



N° 3215

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 novembre 2015.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, EN NOUVELLE  
LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, MODIFIÉ PAR LE SÉNAT, APRÈS  
ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE, *relatif à la santé*,

PAR M. GÉRARD SEBAOUN, MME BERNADETTE LACLAIS,  
M. JEAN-LOUIS TOURAINÉ, MME HÉLÈNE GEOFFROY  
ET M. RICHARD FERRAND

Députés.

---

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>re</sup> lecture : **2302, 2673** et T.A. **505**.  
Commission mixte paritaire : **3167**.  
Nouvelle lecture : **3103**.

*Sénat* : 1<sup>re</sup> lecture : **406, 653, 654, 627, 628** (2014-2015) et T.A. **3 rect.** (2015-2016).  
Commission mixte paritaire : **111, 112** (2015-2016).



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	17
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	23
<b>DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	23
<b>EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	25
<b>TITRE LIMINAIRE – RASSEMBLER LES ACTEURS DE LA SANTÉ AUTOUR D'UNE STRATÉGIE PARTAGÉE</b> .....	25
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : (art. L. 1411-1, L. 1411-1-1, L. 1411-1-2, L. 1411-2, L. 1411-3, L. 1411-4, L. 1411-9 [nouveau], L. 2111-1 du code de la santé publique, L. 111-2-1, L. 161-37, L. 182-2 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale) Rénovation du cadre général de la politique de santé .....	25
<i>Article 1<sup>er</sup> bis</i> : (art. L. 1411-10 [nouveau] du code de la santé publique) Adaptation de la stratégie nationale de santé aux outre-mer .....	30
<i>Article 1<sup>er</sup> ter [supprimé]</i> : Demande d'étude relative à la santé des aidants familiaux .....	30
<b>TITRE PREMIER – RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ</b> .....	32
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé</b> .....	32
<i>Avant l'article 2</i> .....	32
<i>Article 2</i> : (art. L. 121-4-1, L. 541-1 du code de l'éducation, et L. 2325-1 du code de la santé publique) Promotion de la santé en milieu scolaire .....	33
<i>Article 2 bis AA</i> : (art. L. 121-4-1 du code de l'éducation) Rôle des acteurs de proximité non-professionnels de santé dans la promotion de la santé en milieu scolaire .....	35
<i>Article 2 bis AB [supprimé]</i> : (art. L. 541-1 du code de l'éducation) Suivi de la vaccination des élèves .....	36
<i>Article 2 bis A</i> : (art. L. 831-1 du code de l'éducation) Contribution des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé à l'accès aux soins de premier recours .....	38
<i>Article 2 bis B</i> : (art. L. 5314-2 du code du travail) Reconnaissance du rôle de prévention, d'éducation et d'orientation des missions locales en matière de santé .....	40

<i>Article 2 bis</i> : (art. L. 1111-2, L. 1111-5, L. 1111-5-1 [nouveau] et L. 1111-7 du code de la santé publique, et art. 49 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire) Dérogation au consentement parental pour des actes de prévention et de soins réalisés par les sages-femmes ou les infirmiers.....	42
<i>Article 2 ter</i> : (art. L. 114-3 du code du service national) Information des jeunes sur la prévention des conduites à risques lors de la journée défense et citoyenneté .....	44
<i>Article 2 quater</i> : (art. L. 321-3 du code de la sécurité sociale et L. 120-4 du code du service national) Information des jeunes en insertion professionnelle sur l'examen de santé gratuit.....	45
<i>Article 3 bis</i> : (art. L. 5134-1 du code de la santé publique) Droit d'information sur les différentes méthodes contraceptives .....	46
<i>Article 4</i> : (art. 225-16-1 et 227-19 du code pénal, art. L. 3311-1, L. 3342-1, L. 3353-3 et L. 3353-4 du code de la santé publique) Lutte contre la consommation massive d'alcool, en particulier chez les jeunes.....	48
<i>Article 4 ter</i> : (art. L. 3323-3-1 [nouveau] du code de la santé publique) Définition de la publicité en faveur d'une boisson alcoolique .....	51
<i>Article 5</i> : (art. L. 2133-1 et L. 3232-8 [nouveau] du code de la santé publique et L. 112-13 [nouveau] du code de la consommation) Information nutritionnelle complémentaire par graphiques ou symboles.....	62
<i>Article 5 bis AA</i> : Demande de rapport sur l'amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective.....	67
<i>Article 5 bis A</i> : (art. L. 3232-9 [nouveau] du code de la santé publique) Interdiction des fontaines proposant des boissons sucrées.....	68
<i>Article 5 bis B [supprimé]</i> : (art. L. 3231-1 du code de la santé publique) Participation de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie à la concertation préalable à l'élaboration du programme national nutrition santé .....	69
<i>Article 5 ter [supprimé]</i> : (art. L. 3232-4-1 [nouveau] du code de la santé publique) Promotion de l'activité physique et des modes de déplacement actifs dans les campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids .....	71
<i>Article 5 quater</i> : (art. L. 3233-1 du code de la santé publique) Prévention précoce de l'anorexie mentale et lutte contre la valorisation de la minceur excessive.....	72
<i>Article 5 quinquies A</i> : (art. 223-2-1 [nouveau] du code pénal et L. 3232-11 du code de la santé publique) Création d'un délit pénal d'incitation à la maigreur excessive.....	74
<i>Article 5 quinquies B</i> : (art. L. 2133-3 [nouveau] du code de la santé publique) Obligation d'apposer une mention spéciale sur les photographies de mannequins dont l'apparence a été retouchée par un logiciel de traitement d'image .....	77
<i>Article 5 quinquies C [supprimé]</i> : (art. L. 3232-10 [nouveau] du code de la santé publique) Inclusion de la lutte contre la dénutrition dans la politique de la santé.....	81
<i>Article 5 quinquies D</i> : (art. L. 7123-2-1 [nouveau] et L. 7123-27 du code du travail) Encadrement de l'exercice d'activité de mannequin au regard de son état de santé .....	82
<i>Article 5 quinquies E</i> : Encadrement des conditions d'utilisation et de vente des appareils de bronzage.....	89

Chapitre I <sup>er</sup> bis – Lutter contre le tabagisme.....	91
Article 5 quinquies : (art. L. 3511-2 et L. 3511-2-3 [nouveau] du code de la santé publique) Interdiction des arômes et des additifs dans les cigarettes et le tabac à rouler .....	91
Article 5 sexies A [ <i>supprimé</i> ] : (art. L. 3511-2-5 [nouveau] du code de la santé publique) Interdiction des cigarettes à capsules à la date de promulgation de la loi .....	94
Article 5 sexies : (art. L. 3511-3 du code de la santé publique et art. 573 du code général des impôts) Extension aux cigarettes électroniques de l'interdiction de la publicité, suppression des affichettes et limitation de la publicité dans les publications professionnelles.....	96
Article 5 septies A : (art. L. 3511-2-1 du code de la santé publique) Preuve de la majorité pour l'achat de tabac .....	98
Article 5 septies : (art. L. 3511-2-4 [nouveau] du code de la santé publique) Règles d'installation des nouveaux débits de tabac.....	99
Article 5 octies [ <i>supprimé</i> ] : (art. L. 3511-3 et L. 3512-2 du code de la santé publique) Interdiction pour les fabricants et distributeurs de tabac de faire du mécénat.....	101
Article 5 nonies : (art. L. 3511-3-1 [nouveau] du code de la santé publique) Obligation d'information des acteurs du tabac sur leurs dépenses de communication et actions de « lobbying ».....	102
Article 5 decies : (art. L. 3511-6 du code de la santé publique) Neutralité des emballages de produits du tabac.....	104
Article 5 undecies : (art. L. 3511-7-1 [nouveau] du code de la santé publique) Interdiction du vapotage dans certains lieux et création de lieux dédiés au vapotage .....	115
Article 5 terdecies : (art. L. 3512-2 du code de la santé publique) Sanction pénale en cas de non-respect du paquet neutre.....	118
Article 5 quaterdecies [ <i>supprimé</i> ] : (art. L. 3512-2-1 [nouveau] du code de la santé publique) Sanction en cas de manquement à l'obligation d'information incombant aux acteurs du tabac .....	119
Article 5 quindecies [ <i>supprimé</i> ] : (art. L. 3512-3 du code de la santé publique) Application aux personnes morales de la peine prévue en cas de non-transmission du rapport institué par l'article 5 nonies.....	120
Article 5 sexdecies : (art. L. 3512-4 du code de la santé publique) Extension du contrôle au vapotage et habilitation des polices municipales à contrôler les infractions relatives au tabac .....	121
Article 5 septdecies : (art. 414 du code des douanes) Renforcement des sanctions infligées en cas de contrebande de tabac.....	122
Article 5 vicies [ <i>supprimé</i> ] : (art. 575 E ter [nouveau] du code général des impôts) Assujettissement des fournisseurs et des fabricants de tabac à une contribution sur le chiffre d'affaires.....	124
Article 5 unvicies [ <i>supprimé</i> ] : (art. 1810 du code général des impôts) Renforcement de la sanction prévue en cas de détention frauduleuse de tabac.....	125
Article 5 duovicies : Rapport sur les effets du paquet neutre .....	127

Chapitre III – Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et la promotion de la santé.....	129
Article 7 : (art. L. 3121-1, L. 3221-2-2 [nouveau], L. 6211-3, L. 6211-3-1 [nouveau] du code de la santé publique, et art. 47 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015) Facilitation du dépistage des maladies infectieuses transmissibles.....	129
Article 7 ter [supprimé] : (art. L. 1221-5 et L. 1271-2 du code de la santé publique) Suppression de la contre-indication permanente au don du sang applicable aux personnes majeures protégées.....	131
Article 8 : (art. L. 3121-3, L. 3121-4, L. 3121-5 et L. 3121-6 [nouveau], L. 3411-3, L. 3411-6 à L. 3411-9 [nouveaux] du code de la santé publique) Politique de réduction des risques et des dommages à destination des usagers de drogues.....	132
Article 8 bis A [supprimé] : (art. L. 3421-1, L. 3421-1-1 [nouveau], L. 3421-2 et L. 3421-4 du code de la santé publique) Création d'une peine d'amende pour tout premier usage illicite d'une substance stupéfiante.....	137
Article 8 bis : (art. L. 3411-5-1 [nouveau] du code de la santé publique) Définition des missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.....	140
Article 9 : Expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR).....	142
Article 9 ter : (art. L. 221-6-1, L. 222-19-1, L. 222-20-1 du code pénal, art. L. 235-1 du code de la route, art. L. 3421-5 du code de la santé publique, art. 1018 A du code général des impôts) Simplification des modalités de constatation de l'infraction de conduite après usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants.....	150
Chapitre IV – Informer et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement.....	151
Article 10 : (art. L. 221-1, L. 221-6 et L. 222-1 du code de l'environnement) Information du public sur les risques sanitaires liés à la pollution de l'air.....	151
Article 10 bis : (art. L. 1331-28 du code de la santé publique) Modalités de mise en œuvre des polices de l'insalubrité.....	153
Article 11 : (art. L. 1334-1 à L. 1334-12, L. 1334-12-1, L. 1334-13 à L. 1334-16, L. 1334-16-1 et L. 1334-16-2 [nouveaux] et L. 1334-17 du code de la santé publique) Renforcement de la protection contre l'exposition à l'amiante.....	154
Article 11 bis B [supprimé] : (art. L. 1313-1, L. 1313-3-1, L. 1313-5 et L. 1313-6-1 du code de la santé publique) Compétence de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail pour l'autorisation de mise sur le marché des produits biocides.....	157
Article 11 bis E : (art. L. 1337-1 A et L. 1337-11 [nouveaux] du code de la santé publique) Sanctions administratives en cas de non-respect des règles sanitaires relatives aux eaux de baignade.....	158
Article 11 bis : (art. L. 1311-7 du code de la santé publique) Plans régionaux santé environnement.....	159
Article 11 ter A : (art. L. 111-6 du code de la recherche) Articulation entre la stratégie nationale de la recherche et la stratégie nationale de santé.....	160
Article 11 quater A : (art. L. 1312-1, L. 1338-1 à L. 1338-6 [nouveaux] du code de la santé publique) Lutte contre les espèces végétales et animales nuisibles.....	160

<i>Article 11 quater B</i> : Rapport de l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail sur les perturbateurs endocriniens .....	162
<i>Article 11 quater</i> : (art. L. 5231-2 du code de la santé publique) Interdiction du Bisphénol A dans les jouets et les amusettes .....	166
<i>Article 11 quinques A [supprimé]</i> : Rapport sur l'application des règlements européens « cosmétiques », « biocides » et « alimentation » .....	170
<i>Article 11 quinques B</i> : Rapport au Parlement sur les nanomatériaux dans les médicaments et dispositifs médicaux .....	170
<i>Article 11 quinques</i> : (art. L. 5232-1, L. 5232-1-1, L. 5232-1-3 et L. 5232-3-1 du code de la santé publique) Actualisation des dispositions relatives à la protection de l'audition des utilisateurs d'appareils portables permettant l'écoute de son par l'intermédiaire d'écouteurs ou d'oreillettes .....	171
<i>Article 11 sexies A</i> : (art. L. 1311-1 du code de la santé publique) Lutte contre la pollution atmosphérique .....	172
<b>TITRE II – FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ</b> .....	173
Chapitre I <sup>er</sup> – Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé .....	173
<i>Article 12</i> : (art. L. 1411-11-1 [nouveau] du code de la santé publique) Équipes de soins primaires .....	173
<i>Article 12 bis</i> : (art. L. 1411-11-2, L. 1431-2, L. 1434-11, L. 1434-12 et L. 6324-4 du code de la santé publique) Mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé .....	175
<i>Article 12 ter A</i> : (art. L. 1411-12 et L. 4130-2 [nouveau] du code de la santé publique) Missions des médecins spécialistes .....	178
<i>Article 12 ter B [supprimé]</i> : Rapport sur l'attractivité du contrat d'engagement de santé publique .....	179
<i>Article 12 ter</i> : (art. L. 1434-13 du code de la santé publique) Pacte territoire-santé .....	180
<i>Article 12 quater A [supprimé]</i> : (art. L. 162-5-5 du code de la sécurité sociale) Obligation de négocier sur le conventionnement des médecins souhaitant s'installer en zones sous-denses ou sur-denses .....	181
<i>Article 13</i> : (art. L. 1431-2, L. 3211-2-3, L. 3211-11-1, L. 3212-5, L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3214-1, L. 3215-1, L. 3215-2, L. 3221-1 à L. 3221-4, L. 3221-4-1 A [nouveau], L. 3221-4-1, L. 3222-1, L. 3221-5-1, L. 3311-1, L. 3257-2, L. 3824-2 et L. 6143-2 du code de la santé publique) Organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie .....	183
<i>Article 13 quater</i> : (art. L. 3222-5-1 [nouveau] du code de la santé publique) Encadrement du placement en chambre d'isolement et de la contention .....	187
<i>Article 13 quinques</i> : Rapport sur l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris .....	190
<i>Article 14</i> : (art. L. 1431-2 et L. 6327-1, L. 6327-2 et L. 6327-3 [nouveaux] du code de la santé publique) Appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes .....	190
<i>Article 15</i> : (art. L. 6314-1 du code de la santé publique) Régulation médicale de la permanence des soins .....	191

<i>Article 16</i> : (art. L. 541-1 du code de l'éducation, art. L. 2112-2 du code de la santé publique, art. L. 162-5, L. 162-5-3, L. 162-5-4 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale) Médecin traitant des patients de moins de seize ans .....	193
<b>Chapitre III – Garantir l'accès aux soins</b> .....	195
<i>Article 18</i> : (art. L. 133-4, L. 161-1-4, L. 161-36-3, L. 161-36-4, L. 162-21-1, L. 315-1, L. 322-1, L. 322-2 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime) Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville.....	195
<i>Article 18 ter A [supprimé]</i> : (art. L. 861-1 du code de la sécurité sociale) Automaticité de l'ouverture et renouvellement des droits à la CMU-c pour les allocataires du RSA socle.....	204
<i>Article 18 ter [supprimé]</i> : Automaticité du renouvellement de l'aide à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de certaines prestations .....	206
<i>Article 19</i> : Évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins .....	206
<i>Article 20 bis A [supprimé]</i> : (art. L. 863-8 du code de la sécurité sociale) Accessibilité des conventions de partenariat .....	208
<i>Article 20 bis [supprimé]</i> : Information du patient sur l'origine des dispositifs médicaux orthodontiques et prothétiques.....	212
<i>Article 20 ter</i> : (art. L. 1225-3-1 [nouveau] et L. 1225-16 du code du travail) Régime d'autorisation d'absence destiné aux femmes engagées dans un parcours de procréation médicale assistée.....	212
<b>Chapitre IV – Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé</b> .....	215
<i>Article 21</i> : (art. L. 1111-1-1 [nouveau] et L. 1431-2 du code de la santé publique) Instauration d'un service public d'information en santé .....	215
<i>Article 21 bis</i> : (art. L. 114-1-1, L. 146-8, L. 146-9 et L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles) Mise en place d'un dispositif d'accompagnement des personnes handicapées.....	217
<i>Article 21 ter</i> : (art. L. 1110-13 [nouveau] du code de la santé publique et art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale) Encadrement de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique .....	221
<i>Article 21 quater</i> : (art. L. 312-7-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux.....	223
<i>Article 23 bis [supprimé]</i> : (art. L. 6432-3 du code de la santé publique) Information du patient en cas d'évacuation sanitaire à l'initiative de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.....	224



Chapitre V – Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient.....	225
Article 25 : (art. L. 1110-4, L. 1110-4-1 [nouveau], L. 1110-12 [nouveau], L. 1111-7, L. 1111-8, L. 1111-14, L. 1111-15, L. 1111-16, L. 1111-18, L. 1111-19, L. 1111-20, L. 1111-21, L. 1111-22, L. 1111-23, L. 1521-2 et L. 1541-3 du code de la santé publique ; art. L. 161-36-1 A, L. 162-1-14, L. 221-1 et L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale) Échange, partage de données et dossier médical partagé.....	225
Article 25 bis : (art. L. 1111-23 du code de la santé publique) Accès des médecins en établissement au dossier pharmaceutique du patient.....	229
Chapitre VI – Ancrer l'hôpital dans son territoire .....	230
Article 26 : (art. L. 6111-1, L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 et L. 6111-6-1 [nouveaux], L. 6112-1, L. 6112-1-1 [nouveau], L. 6112-1-2 [nouveau], L. 6112-2 à L. 6112-4, L. 6112-4-1 et L. 6112-4-2 [nouveaux], L. 6112-5 et L. 6161-5 du code de la santé publique Refondation du service public hospitalier.....	230
Article 26 bis A : (art. L. 6238-1 [nouveau] du code de la santé publique) Maisons d'accueil hospitalière.....	244
Article 26 bis B : (art. L. 6143-2 du code de la santé publique) Prise en compte de la dimension psychologique lors de l'élaboration du projet d'établissement à l'hôpital .....	245
Article 26 ter [ <i>supprimé</i> ] : Rapport sur les conditions de mise en œuvre d'une mission d'intérêt général pour les établissements n'appliquant pas de dépassements d'honoraire.....	246
Article 27 : (art. L. 6131-2, L. 6131-3, L. 6132-1 à L. 6132-7, L. 6143-1, L. 6143-4, L. 6143-7, L. 6161-8 et L. 6211-21 du code de la santé publique, art. L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2000, et art. 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques) Groupements hospitaliers de territoire.....	247
Article 27 ter : (art. L. 111-8-3 [nouveau], L. 111-9, L. 132-3-2 et L. 211-10 [nouveau] du code des juridictions financières, art. L. 6161-3 du code de la santé publique) Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes aux établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux privés .....	255
Article 27 sexies : (art. L. 6161-3-1 du code de la santé publique, art. 162-22-6 et article 1 <sup>er</sup> de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) Règles d'organisation financière des établissements de santé privés non-lucratifs antérieurement soumis au régime de la dotation globale.....	258
Article 27 septies : (art. L. 6122-15 du code de la santé publique) Plateaux mutualisés d'imagerie médicale .....	258

<b>TITRE III – INNOVER POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ</b> .....	260
Chapitre I <sup>er</sup> – Innover en matière de formation des professionnels .....	260
<i>Article 28</i> : (titre II du livre préliminaire de la quatrième partie, art. L. 4021-1 à L. 4021-8, L. 4124-6-1, L. 4133-1 à L. 4133-4, L. 4143-1 à L. 4143-4, L. 4153-1 à L. 4153-4, L. 4236-1 à L. 4236-4, L. 4242-1, L. 4382-1, L. 4234-6-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique, art. L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale) Développement professionnel continu des professionnels de santé.....	260
<i>Article 28 bis AA [nouveau]</i> : (art. L. 4113-1 [nouveau] du code de la santé publique) Renforcement de la transparence des liens d'intérêt des professionnels de santé dans leur activité d'enseignement.....	264
<i>Article 28 bis AB [supprimé]</i> : Création d'un statut pour les médiateurs sociaux et culturels en santé publique en Guyane.....	265
Chapitre II – Innover pour préparer les métiers de demain .....	267
<i>Article 30</i> : (art. L. 4301-1 et L. 4161 du code de la santé publique) Création d'un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales.....	267
<i>Article 30 bis A [supprimé]</i> : (art. L. 4312-1 à L. 4312-9 du code de la santé publique) Suppression de l'ordre national des infirmiers .....	268
<i>Article 30 ter</i> : (art. L. 4393-8 à L. 4393-16 [nouveaux] et L. 4394-4 du code de la santé publique) Statut des assistants dentaires.....	278
<i>Article 30 quater</i> : (art. L. 4111-1-2 et L. 4221-1-1 [nouveaux], L. 4111-2, L. 4131-4-1 et L. 4221-12 du code de la santé publique) Accès des non-ressortissants communautaires au troisième cycle d'études médicales ou à une formation médicale complémentaire.....	278
<i>Article 30 quinquiés A</i> : (art. L. 6161-7 du code de la santé publique) Recrutement de praticiens en contrats à durée déterminée par les établissements de santé privé non lucratifs.....	280
<i>Article 30 quinquiés</i> : (art. L. 4321-1 et L. 4323-4-1 [nouveau] du code de la santé publique) Clarification des dispositions relatives à la profession de masseur-kinésithérapeute .....	280
<i>Article 30 sexiés</i> : (art. L. 4322-1, L. 4323-4-2 [nouveau] et L. 4322-4 du code de la santé publique) Évolution du statut des pédicures-podologues .....	281
<i>Article 30 septiés</i> : (art. L. 4113-14 du code de la santé publique) Possibilité de suspendre l'exercice de la profession de psychothérapeute .....	282
<i>Article 30 octiés</i> : (art. L. 4341-1, L. 4341-1-1 [nouveau], L. 4341-9 du code de la santé publique) Cadre d'exercice de la profession d'orthophoniste .....	283
<i>Article 31</i> : (art. L. 2212-1 à L. 2212-3, art. L. 2212-5 à L. 2212-8, L. 2212-10, L. 2213-2, L. 2222-1, L. 4151-1 et L. 4151-2 du code de la santé publique) Élargissement du champ de compétences des sages-femmes aux IVG médicamenteuses, à l'examen postnatal et aux vaccinations .....	284
<i>Article 32 quater A</i> : (art. L. 4342-1, L. 4342-7, L. 4344-4-1 [nouveau] du code de la santé publique) Statut des orthoptistes .....	285
<i>Article 32 quater B</i> : (art. L. 4134-1, L. 4362-10, L. 4362-11 du code de la santé publique) Modernisation du cadre d'exercice de l'activité d'opticien-lunetier.....	287

<i>Article 32 quater</i> : (art. L. 4231-4 et L. 4234-10 du code de la santé publique) Composition du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.....	291
<i>Article 33</i> : (art. L. 3511-10 [nouveau], L. 4151-4, L. 4311-1 et L. 4321-1 du code de la santé publique) Prescription de substituts nicotiques.....	292
<i>Article 33 bis</i> : Consultation d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes .....	293
<i>Article 34</i> : (art. L. 6143-7, L. 6146-3 [nouveau], L. 6152-1-1 [nouveau] et L. 6152-6 du code de la santé publique et art. L. 1251-60 du code du travail) Encadrement du recours à l'intérim médical à l'hôpital .....	294
<i>Article 34 bis AA</i> : (loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986) Élargissement des clauses de résiliation de plein droit à l'initiative du bailleur au logement du personnel des établissements publics de santé.....	295
<i>Article 34 ter A</i> : (art. L. 5125-21 du code de la santé publique) Remplacement d'un titulaire d'officine .....	296
<b>Chapitre III – Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage des médicaments et la sécurité des soins .....</b>	<b>297</b>
<i>Article 35</i> : (art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale) Information des professionnels sur l'état des connaissances scientifiques.....	297
<i>Article 35 bis A</i> : (art. L. 1142-30 [nouveau] du code de la santé publique) Prescription d'activités physiques adaptées .....	298
<i>Article 35 quater</i> : (art. L. 5311-1, L. 5232-4 du code de la santé publique) Logiciels d'aide à la prescription médicale et d'aide à la dispensation officinale .....	301
<i>Article 35 quinquies</i> : (art. L. 5121-1-2 du code de la santé publique) Assortir la prescription des médicaments biologiques en dénomination commune internationale de leurs noms de marque ou de fantaisie.....	302
<i>Article 35 sexes</i> : (art. L. 162-13-4 du code de la sécurité sociale) Assouplissement du cadre d'exercice des actes médicaux par les médecins biologistes.....	303
<i>Article 36</i> : (art. L. 5111-4 [nouveau], L. 5121-29 à L. 5121-34 [nouveaux], L. 5124-6, L. 5124-17-2, L. 5124-17-3 [nouveau], L. 5126-4 et L. 5423-8 du code de la santé publique) Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de produits de santé .....	304
<i>Article 36 bis A</i> : (art. L. 5442-10 du code de la santé publique) Sanction des infractions en matière de prescription de médicaments vétérinaires.....	304
<i>Article 36 ter</i> : (art. L. 5214-1 du code de la santé publique) Aménagement de l'interdiction des tubulures comportant du diphtalate.....	305
<i>Article 36 quater</i> : (art. L. 6316-2 [nouveau] du code de la santé publique) Charte de téléradiologie .....	306

Chapitre IV – Développer la recherche et l’innovation en santé au service des usagers .....	307
<i>Article 37</i> : (art. L. 1121-13-1 [nouveau], L. 2151-5, L. 4211-9-1, L. 4211-9-2 [nouveau], L. 5121-1 et L. 6316-1 du code de la santé publique) Mise en œuvre au sein des établissements de santé de recherches cliniques industrielles et autorisation de fabrication de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement .....	307
<i>Article 37 ter</i> : (art. L. 1121-3 du code de la santé publique) Recherches biomédicales concernant le domaine des soins infirmiers .....	312
<b>TITRE IV – RENFORCER L’EFFICACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE .....</b>	<b>313</b>
Chapitre I <sup>er</sup> – Renforcer l’animation territoriale conduite par les ARS .....	313
<i>Article 38</i> : (art. L. 1434-1 à L. 1434-6, L. 1434-6-1 [nouveau], L. 1434-7 à L. 1434-10, L. 1431-2, L. 1432-1, L. 1432-3, L. 1432-4, L. 1433-2, L. 1435-4-2, L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4, L. 3131-7, L. 3131-8, L. 3131-11, L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5, L. 6223-4, L. 6241-1 du code de la santé publique ; art. 151 ter du code général des impôts ; art. L. 632-6 du code de l’éducation) Réforme de l’animation territoriale conduite par les agences régionales de santé .....	313
<i>Article 38 bis [supprimé]</i> : (art. L. 1431-2 du code de la santé publique) Association de tous les acteurs concernés à la régulation de l’offre de services de santé .....	319
<i>Article 39</i> : (art. L. 1431-2, L. 1435-12 [nouveau] et L. 4001-1 [nouveau] du code de la santé publique) Renforcement des dispositifs d’alerte sanitaire .....	319
<i>Article 39 bis</i> : (art. L. 1413-14 du code de la santé publique) Extension du champ de déclaration des infections nosocomiales et événements graves liés à des soins .....	320
Chapitre II – Renforcer l’alignement stratégique entre l’État et l’assurance maladie ...	321
<i>Article 40</i> : (art. L. 182-2-1-1 et L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale, L. 1431-2 et L. 1433-1 du code de la santé publique) Plan national de gestion du risque .....	321
<i>Article 40 bis</i> : (art. L. 221-1 du code de la sécurité sociale) Présence de données sexuées dans le rapport d’activité et de gestion de la Caisse nationale d’assurance maladie .....	322
<i>Article 41</i> : (art. L. 162-5, L. 162-14-4 et L. 162-14-5 [nouveaux], L. 162-14-1-2, L. 162-15, L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale, L. 1432-2 et L. 4031-2 du code de la santé publique) Principes cadres définis par l’État pour la négociation des conventions nationales .....	323
<i>Article 41 bis [supprimé]</i> : Expérimentations spécifiques aux départements d’outre-mer en matière de dépistage, d’organisation des soins et de recherche .....	325
Chapitre III – Réformer le système d’agences sanitaires .....	326
<i>Article 42 A</i> : (art. L. 1261-1 à L. 1261-3, L. 1211-7, L. 1221-8, L. 1245-5, L. 1542-13, L. 5311-1 et L. 5541-3 du code de la santé publique) Suppression du régime juridique spécifique applicable aux produits thérapeutiques annexes .....	326
<i>Article 42</i> : Habilitation à réformer le système d’agences sanitaires par ordonnance .....	327
<i>Article 42 bis AA</i> : (art. L. 5131-3 du code de la santé publique et art. 38 du code des douanes) Contrôle à l’importation sur les produits cosmétiques contenant des substances interdites ou restreintes .....	330

<i>Article 42 bis AB</i> : (art. L. 5124-13 du code de la santé publique) Suppression de procédures d'autorisation relatives aux importations de médicaments pour les particuliers et pour les médecins accompagnant une équipe sportive lors de compétitions se déroulant en France .....	330
<i>Article 42 bis A</i> : Habilitation à favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux organes délibérants des agences régionales de santé et des agences sanitaires par ordonnance.....	331
<i>Article 42 bis B</i> : (art. L. 1222-3 du code de la santé publique) Exportation de plasma lyophilisé .....	332
<i>Article 42 bis</i> : (art. L. 1340-2 à L. 1340-6 [nouveaux], L. 1341-1, L. 1341-2, L. 1341-3, L. 1342-1, L. 1413-4 et L. 6141-4 du code de la santé publique) Transfert du pilotage de la toxicovigilance de l'Institut national de veille sanitaire à l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.....	332
<i>Article 42 quater</i> : (art. L. 3132-1, L. 3132-3, L. 3133-1, L. 3133-2, L. 3133-3, L. 3133-4, L. 3133-7, L. 3134-1, L. 3134-2 et L. 3134-3 du code de la santé publique) Réserve sanitaire.....	333
<b>Chapitre IV – Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits</b> .....	334
<i>Article 43</i> : (art. L. 1142-22, L. 1222-5, L. 1313-4, L. 1413-8, L. 1417-6, L. 1418-3, L. 3135-2, L. 5322-1 et L. 6113-10-1 du code de la santé publique) Représentation des usagers au sein des agences sanitaires.....	334
<i>Article 43 bis</i> : (art. L. 1114-1, L. 1451-1, L. 1451-3, L. 1453-1, L. 1453-2, L. 1454-3, L. 1454-3-1 [nouveau] et L. 5442-13 du code de la santé publique) Transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques et les autres acteurs du monde de la santé .....	336
<i>Article 43 ter</i> : (art. L. 1451-1, L. 1451-4, L. 1452-3 du code de la santé publique, et L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale) Rôle des agences sanitaires en matière de liens d'intérêt .....	340
<i>Article 43 quater A</i> : Habilitation à prendre des ordonnances dans le cadre la lutte contre la corruption dans le domaine sanitaire .....	341
<i>Article 43 quinquies</i> : (art. L. 162-17-4-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Accord-cadre entre le comité économique des produits de santé et les associations de patients et de lutte contre les inégalités de santé.....	343
<i>Article 44</i> : (art. L. 1112-3, L. 6144-1 du code de la santé publique) Remplacement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge des établissements de santé par la commission des usagers .....	345
<i>Article 45</i> : (chapitre III et chapitre IV du titre IV du livre I <sup>er</sup> de la première partie, art. L. 1143-1 à L. 1143-23 [nouveaux] et L. 1144-1 [nouveau] du code de la santé publique) Création de l'action de groupe pour la réparation des dommages causés par des produits de santé .....	347
<i>Article 45 bis B</i> : (art. L. 221-1 et L. 171-7 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Maîtrise du risque contentieux par la CNAMTS .....	361
<i>Article 46</i> : (art. L. 1110-4, L. 1111-5, L. 1111-7 et L. 1111-18 du code de la santé publique) Accès aux informations de santé.....	362
<i>Article 46 bis</i> : (art. L. 1141-5 à L. 1141-7 du code de la santé publique) Droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer.....	363

<i>Article 46 ter</i> : (art. L. 1232-1 et L. 1232-6 du code de la santé publique) Renforcement du consentement présumé au don d'organes .....	366
<b>Chapitre V – Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé</b> .....	369
<i>Article 47</i> : (art. L. 1111-8-1, L. 1435-6, L. 1451-1, L. 1460-1 [nouveau], L. 1461-1 à L. 1461-7 [nouveaux], L. 1462-1 [nouveau], L. 5121-28 du code de la santé publique, L. 161-28-1, L. 161-29, L. 161-30, L. 161-36-5 du code de la sécurité sociale, L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, art. 8, 25, 27, 53, 54, 55, 57, 61 et chapitre X de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) Amélioration de l'accès aux données de santé médico-administratives.....	369
<i>Article 47 bis</i> : (art. L. 6113-8 du code de la santé publique) Transmission au SNDS des informations relatives aux auteurs des actes et prestations effectués en établissement public de santé .....	378
<b>Chapitre VI – Renforcer le dialogue social</b> .....	379
<i>Article 48</i> : (art. L. 6156-1 à L. 6156-7 [nouveaux] du code de la santé publique) Droit syndical et Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.....	379
<i>Article 49 bis</i> : Dispositions transitoires liées à la nouvelle délimitation des régions .....	381
<i>Article 49 ter</i> : (art. 1 <sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013) Report de l'entrée en vigueur du dispositif d'assurance complémentaire collective à adhésion obligatoire pour les salariés qui bénéficient déjà d'une assurance maladie complémentaire de santé obligatoire au titre de leur affiliation au régime local d'Alsace Moselle .....	382
<b>TITRE V – MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'HARMONISATION</b> .....	383
<i>Article 50 C [supprimé]</i> : (art. 146 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, L. 252-1 du code des assurances et L. 1142-29 du code de la santé publique) Dispositions relatives à la responsabilité civile professionnelle des praticiens, à la garantie des dommages et à la politique tarifaire des assureurs .....	383
<i>Article 50 D</i> : (art. 390-0 bis [nouveau] du code des douanes) Imputation des frais de destruction des colis personnels de produits d'origine animale non conformes.....	385
<i>Article 50</i> : Habilitation à prendre par ordonnance des mesures de modernisation des groupements de coopération sanitaire .....	385
<i>Article 50 ter</i> : (art. L. 211-2-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Composition de la commission de recours amiable compétente pour statuer sur les litiges relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles .....	386
<i>Article 50 quater</i> : (art. L. 380-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Création d'une pré-affiliation à l'assurance maladie des Français établis hors de France.....	387
<i>Article 51</i> : Habilitation à prendre par ordonnance des mesures d'amélioration et de simplification du système de santé.....	387
<i>Article 51 bis A</i> : (art. L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles) Renforcement de la connaissance des financements versés aux établissements sociaux et médico-sociaux.....	391
<i>Article 51 bis B</i> : (art. L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles) Assouplissement de l'ouverture aux tiers des structures délivrant des soins à certains assurés mais n'ayant pas la qualité d'établissements médico-sociaux.....	392

<i>Article 51 quater</i> : (art. L. 6323-1 du code de la santé publique) Dispositions relatives aux missions des centres de santé et aux conditions d'accès aux soins en leur sein.....	393
<i>Article 51 septies [supprimé]</i> : Habilitation à prendre par ordonnance des dispositions relatives aux ordres des professions de santé.....	394
<i>Article 51 octies</i> : (art. L. 4031-1, L. 4031-4 et L. 4031-7 du code de la santé publique) Transfert des biens, droits et obligations des unions régionales de professionnels de santé.....	395
<i>Article 52</i> : (art. L. 2223-19, L. 2223-19-1 [nouveau], L. 2223-20 du code général des collectivités territoriales, et L. 311-4-1 du code de la santé publique) Encadrement de la thanatopraxie et obligation vaccinale du virus de l'hépatite B (VHB) pour les thanatopracteurs en formation et en exercice .....	396
<i>Article 52 bis</i> : (art. L. 725-4 et L. 725-5 du code de la sécurité intérieure) Simplification de l'agrément des associations agréées de sécurité civile souhaitant participer aux dispositifs prévisionnels de secours .....	399
<i>Article 53</i> : Habilitation à prendre par ordonnance des mesures d'adaptation du droit national au droit européen et au droit international.....	400
<i>Article 53 bis</i> : (art. L. 1111-3, L. 1111-3-2 à L. 1111-3-6 [nouveaux] du code de la santé publique, L. 162-1-9, L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale et L. 141-1 du code de la consommation) Information du patient sur les frais occasionnés par les activités de prévention, de diagnostic et de soins .....	401
<i>Article 54 bis</i> : (art. L. 231-2 à L. 231-2-3 du code du sport) Assouplissement des conditions de renouvellement des certificats médicaux d'aptitude sportive .....	404
<i>Article 54 quater</i> (ordonnance n° 2015-1207 du 30 septembre 2015 relative aux mesures relevant du domaine de la loi nécessaires pour assurer le respect des principes du code mondial antidopage ; art. L. 232-14-1 et L. 232-14-4 du code du sport) : Ratification de l'ordonnance relative aux nouveaux principes du code mondial antidopage.....	405
<i>Article 55</i> : Habilitation à réformer par ordonnance le service de santé des armées et l'institution nationale des invalides.....	406
<i>Article 56 bis</i> : Volet ultramarin des statistiques sanitaires.....	407
<i>Article 58</i> : (art. L. 1511-3 du code de la santé publique) Ratification d'une ordonnance relative à Mayotte.....	408
<i>Article 59</i> (ordonnance n° 2015-1183 du 19 décembre 2013 relative à l'harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits de santé et à l'adaptation des prérogatives des autorités et des agents chargés de constater les manquements ; art. L. 5422-17, L. 5434-1 et L. 5451-1 du code de la santé publique) : Ratification de l'ordonnance relative à l'harmonisation des sanctions en matière de produits de santé ..	409
<i>Titre</i> .....	410
<b>ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES</b> .....	411





## INTRODUCTION

Très attendu, le projet de loi relatif à la santé a pour ambition de définir les contours de notre politique de santé pour les années à venir. La réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention et aux soins, comme l'adéquation aux besoins des patients, en constituent l'épine dorsale. Il reprend les trois axes prioritaires définis dans le rapport remis par M. Alain Cordier au nom du Comité des « sages » en juin 2013 : la prévention, la révolution du premier recours et le renforcement des droits des patients.

Déposé le 15 octobre 2014, le texte a été adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015, au terme d'importants travaux parlementaires. Rencontres avec les professionnels, auditions, échanges avec le pouvoir exécutif : aucune voie n'a été négligée pour conforter, compléter, rééquilibrer ou remanier les dispositions du projet.

Divers qualificatifs péjoratifs ont été employés pour réduire la portée de ce texte.

D'aucuns prétendent qu'il ne s'agit que d'un projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social en affirmant qu'il manque une véritable stratégie. Cet argument résiste mal à l'analyse des principales dispositions qui sont au cœur du texte en discussion.

Le texte pose les bases d'une politique de prévention élaborée par l'État en lien avec l'ensemble des acteurs de la santé. Afin d'améliorer l'accès aux soins, l'article premier met en place une stratégie nationale de santé qui associe, de façon continue, consultation des différentes parties prenantes et évaluation au regard de finalités partagées. Le projet de loi a également pour objet de réduire les facteurs de risques liés aux conduites addictives : cet objectif se traduit par une politique ambitieuse de réduction des risques et des dommages causés par les drogues ; le texte met également l'accent sur la prévention de la consommation d'alcool chez les plus jeunes, particulièrement exposés.

Le chapitre 1<sup>er</sup> *bis* du titre I porte par ailleurs les dispositions législatives prévues par le programme national de réduction du tabagisme et constitue une avancée majeure dans ce combat indispensable pour la santé publique.

La prévention des risques sanitaires liés à l'environnement n'est pas en reste, comme en attestent les mesures d'information du public relatives à la qualité de l'air, à la pollution atmosphérique ou encore aux déchets liés à l'amiante.

Le texte pose les jalons d'un système de santé décloisonné constitué autour du parcours de soins des patients et impliquant la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le médecin traitant constitue le pivot de la prise en charge des patients. Il importe de conforter sa place en favorisant la

fluidité des parcours des patients, sans rupture de prise en charge. L'avenir du système de santé est à la complémentarité et à l'individualisation des prises en charge grâce à la mise en place d'un parcours de soins, plus qu'au nomadisme et à l'individualisation de tâches non coordonnées.

Le projet de loi institue le tiers payant généralisé et ambitionne de réaliser l'égalité d'accès aux soins. L'accès au tiers payant est aujourd'hui une réalité pour les soins dispensés à un patient bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Or, l'inégalité d'accès aux soins résulte bien souvent de considérations financières. L'avance de frais constitue parfois un obstacle pour nombre de nos concitoyens, se traduisant par le refus de soins essentiels et, partant, par des consultations médicales intervenant tardivement, à un stade avancé de la maladie. La généralisation du tiers payant entend remédier à cette situation. Les rapporteurs ne méconnaissent pas les inquiétudes exprimées par les professionnels de santé sur les modalités d'application de cette mesure. Ces craintes ont été entendues et il importe en effet d'assurer aux médecins que la mise en œuvre du tiers payant généralisé ne se traduira pas par une réduction du « temps médical ».

Le texte refonde également l'organisation hospitalière.

Dans la continuité du rapport remis par M. Édouard Couty, le projet de loi renoue avec la tradition française du service public par le biais du rétablissement d'un bloc de compétences. Depuis la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST), le service public se caractérise par une approche matérielle résumée au travers de quatorze missions précisées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. Y concourent les établissements de santé, publics comme privés. Si cette énumération de missions permet d'identifier les missions principales de service public, elle ne constitue pas une liste exhaustive des obligations qui s'imposent au secteur non lucratif. Toujours selon le rapport Couty, 80 % des missions des activités de soins actuellement assumées par les établissements publics de santé ne sont pas incluses dans le champ de l'article L. 6112-1. À cet effet, le projet de loi renoue la notion de service public hospitalier (SPH) en rétablissant une définition organique : le service public est ainsi assuré par les établissements publics ainsi que les établissements privés dûment habilités.

Avec la création des groupements hospitaliers de territoire, il est instauré une nouvelle forme de coopération conventionnelle fondée sur une adhésion obligatoire des établissements publics de santé. L'offre de soins hospitalière est aujourd'hui trop marquée par une approche concurrentielle induite par le mode de financement à l'activité. Ces dispositions visent à orienter les établissements publics vers une véritable stratégie de groupe.

Le texte comporte également des mesures de modernisation des professions de santé dont le but est à la fois d'adapter l'exercice de certains métiers, et de renforcer l'offre médicale. Il en est ainsi de l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux mais aussi d'autres mesures du titre III du projet de loi.

Le texte confère enfin une nouvelle portée au principe de l'autonomie de la personne et à l'affirmation des droits individuels. La place accordée aux droits collectifs est tout aussi significative : de nouveaux dispositifs tels que l'accès à une information en santé ouverte – mais sécurisée –, le dispositif de l'action de groupe en cas de dommage causé par un produit de santé, ou encore le renforcement de l'association des usagers à l'élaboration de la politique de santé permettront aux représentants d'usagers de peser davantage sur les politiques de santé.

Certains reprochent également au projet de loi son caractère « obèse », caractérisant l'impréparation supposée du Gouvernement. L'on ne peut s'en tenir à une simple comptabilisation du nombre d'articles. Effectivement, le texte totalise un peu plus de 260 articles quand il en comptait quatre fois moins au début de son examen par le Parlement. Plus qu'un éparpillement, la croissance du texte révèle en réalité un véritable enrichissement sur lequel il serait vain de fermer les yeux.

L'examen du texte par le Parlement s'est ainsi caractérisé par de nombreux échanges avec les parlementaires, parallèlement à une concertation avec les professionnels de santé. La présentation puis l'adoption d'articles additionnels reflètent à cet égard la démarche d'écoute et d'ouverture qui a été celle du Gouvernement depuis le dépôt de ce texte. La conciliation des différents points de vue, sans renonciation aux axes essentiels du projet de loi, a pu déboucher sur des ajouts majeurs comme l'organisation de la médecine dans les territoires ou la transcription des mesures du plan national de réduction du tabagisme.

L'adoption d'articles additionnels, en cours d'examen, traduit au contraire la volonté de présenter des mesures juridiquement et légistiquement consolidées. Il en est ainsi des dispositions relatives à la transparence des liens d'intérêt qui complètent utilement le dispositif « anti-cadeaux », ou encore des dispositions instaurant un droit à l'oubli pour faciliter les démarches d'obtention de crédits en faveur des personnes guéries de maladies graves et notamment de cancers. Ces mesures, attendues, trouvent dans ce texte une concrétisation qu'il ne serait pas juste de nier.

Les ajouts correspondent aussi à la légitime prise en compte du travail parlementaire. Citons ainsi les dispositions visant à lutter contre la maigreur excessive, l'association des usagers dans les négociations portant sur le prix des médicaments, la généralisation des maisons hospitalières ou encore l'encadrement de l'activité libérale dans les établissements publics de santé.

Tel qu'adopté par le Sénat le 6 octobre 2015, le texte a été certes enrichi mais a malheureusement été amputé de dispositions que les rapporteurs estiment essentielles pour la constitution d'un système de santé accessible à tous et de qualité. La recherche d'un compromis en commission mixte paritaire ne pouvait que buter sur ces éléments clés qui constituent pour l'ensemble des rapporteurs des orientations stratégiques.

Sur les 262 articles composant le texte en navette, 182 restent encore en discussion. Un tiers d'entre eux correspond à des articles additionnels adoptés par le Sénat et qui n'ont donc pas été examinés par l'Assemblée nationale. Surtout, plusieurs des articles en discussion ont été supprimés voire profondément remaniés.

La modification de trois articles clés a constitué un empêchement dirimant à la formulation d'un compromis lors de la commission mixte paritaire.

Il en est ainsi de l'article 5 *decies* relatif à la suppression du paquet neutre. Cette mesure figure parmi les mesures phares annoncées au titre du programme national de réduction du tabagisme et constitue, aux yeux des rapporteurs, une disposition incontournable dans ce projet de loi.

Les rapporteurs regrettent par ailleurs que le Sénat ne se soit pas inscrit dans la volonté d'une majorité de députés de favoriser l'égalité d'accès aux soins en approuvant l'article 18 relatif à la généralisation du tiers payant en ville.

Sur l'hôpital, le Sénat a préféré rétablir le texte issu de la loi HPST, avec la liste des quatorze missions de service public non exhaustives, et en contradiction avec l'esprit de refondation du service public hospitalier porté par le projet tel qu'adopté par l'Assemblée.

Sur ces trois points, la commission des affaires sociales a logiquement procédé à un rétablissement des dispositions adoptées par l'Assemblée nationale lors de sa première lecture.

Pour d'autres articles, la rédaction adoptée par le Sénat remet en question des équilibres qui mériteraient au contraire d'être confortés.

Le Gouvernement avait profondément remanié l'organisation territoriale de la santé en centrant le projet sur la coordination à l'initiative des acteurs libéraux d'une part et en transcrivant les orientations du Pacte Territoire Santé d'autre part. Le Sénat a revu le dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé et a introduit un article sur le conventionnement sélectif. L'intention de notre majorité était plutôt cohérente en ce qu'elle impliquait des mécanismes incitatifs et laissait le soin aux acteurs de s'organiser librement.

La suppression des structures locales de concertation, telles que les conseils territoriaux de santé prévus par l'article 38, allait par ailleurs à l'encontre de la nécessaire concertation que les professionnels appellent de leurs vœux. La commission des affaires sociales avait d'ailleurs travaillé à renforcer cet organisme et à le rendre opérationnel.

L'article 47 relatif à l'ouverture des données de santé présentait un équilibre qui a été fragilisé au Sénat par l'adoption de dispositions vidant l'*open data* de son contenu ou créant de nouvelles rigidités, par exemple en substituant au régime de déclaration préalable en cas d'urgence sanitaire pour accéder aux données du système national des données de santé un régime d'autorisation.

Sur ces points, la commission des affaires sociales a choisi de renouer avec l'équilibre du dispositif tel qu'issu de la première lecture par l'Assemblée nationale, en adoptant des amendements de suppression ou de rétablissement partiel ou total d'articles.

Enfin, après examen la commission a entendu maintenir certaines dispositions adoptées par le Sénat. Il en est ainsi de celles visant à renforcer la transparence des liens d'intérêt des professionnels de santé lors de leurs activités d'enseignement, à faciliter l'accès des médecins en établissement au dossier pharmaceutique du patient ou de celles visant à aligner le régime des associations agréées sur celui applicable aux services d'incendie et de secours lors des évacuations de victimes.



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### DISCUSSION GÉNÉRALE

*La commission des affaires sociales procède à l'examen, en nouvelle lecture, sur le rapport de M. Gérard Sebaoun, de Mme Bernadette Laclais, de M. Jean-Louis Touraine, de Mme Hélène Geoffroy et de M. Richard Ferrand, des articles du projet de loi, modifié par le Sénat, relatif à la santé (n° 3103) au cours de ses séances des lundi 9 et mardi 10 novembre 2015.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Mes chers collègues, il nous revient d'examiner en nouvelle lecture le texte adopté par le Sénat. En effet, les nombreuses oppositions entre l'Assemblée nationale et le Sénat sur des sujets aussi importants que le paquet neutre, la généralisation du tiers payant ou encore l'hôpital ont empêché la commission mixte paritaire, réunie le 27 octobre dernier, d'aboutir.

182 articles restent en discussion et 345 amendements ont été déposés.

Comme d'habitude, j'ai demandé au président de la commission des finances de se prononcer sur les amendements dont la recevabilité financière me paraissait douteuse. Sur les 11 amendements envoyés, 6 ont été déclarés irrecevables au titre de l'article 40.

Par ailleurs, vous savez qu'après la première lecture s'applique la règle dite de « l'entonnoir » suivant laquelle les amendements doivent être en relation directe avec une disposition restant en discussion, les seules exceptions concernant les amendements destinés à assurer le respect de la Constitution, à opérer une coordination avec des textes en cours d'examen ou à corriger une erreur matérielle. Les amendements ne respectant pas cette règle ont également été déclarés irrecevables.

Comme nous le faisons depuis le début de l'année sur tous les textes importants, je vous propose d'appliquer, bien entendu avec toute la souplesse nécessaire, le dispositif prévu par l'article 100 alinéa 7 de notre règlement pour les discussions en séance publique. Ainsi, pour chaque amendement, ne pourront intervenir pour deux minutes chacun, outre l'auteur ou l'un des auteurs, que le rapporteur et un orateur contre.

Je précise que sont sortis – temporairement – de notre commission M. Jean-Jacques Vlody, M. Francis Vercamer et Mme Sylviane Bulteau, et qu'y sont entrés Mme Catherine Quéré, Mme Anne-Yvonne Le Dain et M. Yannick Favennec. J'insiste sur ce point parce que seuls peuvent voter les membres officiels des commissions.

**M. Patrick Hetzel.** Madame la présidente, la date limite de dépôt des amendements a été fixée au jeudi 12 novembre, à 17 heures. Il serait donc opportun qu'au fur et à mesure de l'avancement de nos travaux, nous puissions disposer d'une version consolidée du texte. En effet, le mercredi 11 novembre étant un jour férié, nous risquons, à défaut, d'avoir du mal à respecter le délai prévu. Je demande donc que les services travaillent en ce sens, à l'instar de ce qui avait été fait au moment de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi Macron.

**M. Bernard Accoyer.** Madame la présidente, pouvez-vous nous garantir que le Gouvernement ne déposera pas de nouveaux amendements au dernier moment ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Accoyer, je serais la première ennuyée si cela se produisait. Comme vous le savez, je suis réfractaire à ce type de méthode. Pour autant, le Gouvernement peut déposer des amendements quand il le souhaite. Mais à ma connaissance, et cela n'engage que moi, je ne pense pas qu'il le fera.

Monsieur Hetzel, cela dépend de l'administration, et cela dépend également de nous. Si nous travaillons mardi jusqu'à 18 heures ou 21 heures, cela sera évidemment plus compliqué. Mais demain, à dix heures, je peux demander à la conférence des présidents de repousser le délai du dépôt des amendements. Je pense qu'elle l'acceptera.

Enfin, vous avez fait référence à la commission spéciale chargée d'examiner la loi Macron 1 : celle-ci avait mobilisé une petite quinzaine d'administrateurs adjoints en charge notamment du texte adopté par la commission et c'est ce qui avait permis la mise en ligne « en temps réel » de ce document. Sur ce texte, ils ne sont que trois. Ils feront le maximum mais il faut tenir compte de la grande différence dans le nombre de personnes mobilisées.



## EXAMEN DES ARTICLES

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

#### *Article 1<sup>er</sup>*

(art. L. 1411-1, L. 1411-1-1, L. 1411-1-2, L. 1411-2, L. 1411-3, L. 1411-4, L. 1411-9 [nouveau], L. 2111-1 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**

Cet article propose de redéfinir les objectifs de la politique de santé et les principes généraux présidant à son élaboration et à sa mise en œuvre, autour d'une « stratégie nationale de santé » (SNS).

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Cet article modifie les objectifs et le cadre général de la politique de santé définis par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Son contenu a été enrichi à l'Assemblée nationale par l'adoption de trente-quatre amendements, dont vingt-cinq en commission et neuf en séance publique.

• Le **I** modifie le livre IV de la première partie du code de la santé publique, relatif à l'administration générale de la santé.

Le **1<sup>o</sup>** remplace l'intitulé du chapitre premier de ce titre, « *politique de santé publique* », par l'intitulé « *politique de santé* ».

Le **2<sup>o</sup>**, composé de 20 alinéas, réécrit l'article L. 1411-1 définissant les domaines d'intervention de la politique de santé :

– Il dispose que la politique de santé définie par la Nation doit « *garantir le droit à la protection de la santé de chacun* » et que cette politique relève de la responsabilité de l'État. Les finalités de la politique de santé, qui « *tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* », sont détaillées. Cette politique est conduite dans le cadre d'une « *stratégie nationale de santé* », qui est inscrite pour la première fois dans la loi (alinéas 4 à 6) ;

– Il énumère les différents domaines d’action de la politique de santé (alinéas 7 à 18) ;

– Il précise que la politique de santé doit être adaptée « *aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux* », qu’elle « *tend à assurer l’accès effectif de la population à la prévention et aux soins* » et qu’elle « *concourt à l’objectif d’équité territoriale* » (alinéa 19) ;

– Il apporte des précisions méthodologiques sur l’adoption et la révision de la stratégie nationale de santé en prévoyant l’obligation pour le Gouvernement de mener une consultation publique en amont (alinéa 20) ;

– Il dispose que tout projet de réforme portant sur la politique de santé envisagé par le Gouvernement doit faire l’objet d’une concertation préalable avec l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM), l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire (UNOCAM), l’Union nationale des professionnels de santé et l’organisation représentative des associations des usagers agréées (alinéa 21) ;

– Il prévoit enfin un suivi annuel et une évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé dans des conditions fixées par décret en Conseil d’État, et dont les résultats seront rendus publics.

Le 3° réécrit l’article L. 1411-1-1 pour prévoir que « *les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l’ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d’environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé* ».

Le 4° réécrit l’article L. 1411-2 afin de préciser que les organismes gestionnaires des régimes d’assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes qui en résultent.

Le 5° est une disposition de coordination.

Le 6° modifie les missions du Haut Conseil de la santé publique, définies à l’article L. 1411-4, pour y inclure sa contribution à l’élaboration, au suivi annuel et à l’évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ainsi que sa contribution « *à l’élaboration d’une politique de l’enfant globale et concertée* ».

Le 6° *bis* crée un nouvel article L. 1411-9, qui prévoit que les différents services de prévention collective mentionnés à l’article L. 1411-8, c’est-à-dire la protection maternelle et infantile (PMI), la santé scolaire et universitaire et la santé au travail, contribuent à la politique de santé.

• Le I *bis* complète l’article L. 2111-1 du code de la santé publique, qui définit les domaines d’intervention de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile, par la mention des « *actions de prévention et d’information*

*sur les risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement, sur la base du concept d'exposome ».*

• Le **II** comporte des dispositions de coordination dans le code de la sécurité sociale.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté un amendement de réécriture globale de cet article, en estimant que celui-ci avait vocation à énoncer, « dans des termes généraux et synthétiques », les objectifs transversaux de la politique de santé ainsi que les principes directeurs de son élaboration. Or, ses rapporteurs ont considéré que la rédaction issue des travaux de l'Assemblée manquait de lisibilité. Certaines dispositions, comme l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales, étaient en effet redondantes. D'autres seraient, selon la commission, de nature réglementaire.

La commission a tout d'abord rétabli l'intitulé initial du chapitre premier du livre IV de la première partie du code de la santé publique, « politique de santé publique ».

Plusieurs dispositions modifiant l'article L. 1411-1 définissant les domaines d'intervention de la politique de santé ont été supprimées – notamment la mention de certains objectifs de la politique de santé, comme l'égalité entre les femmes et les hommes –, ou mentionnées dans d'autres dispositions – en particulier la stratégie nationale de santé. La commission a en revanche ajouté que l'objectif d'amélioration de l'état de santé de chacun devait être réalisé « *au meilleur coût* ».

L'énumération des différents domaines d'action de la politique de santé a également été modifiée : plusieurs dispositions ont été supprimées (comme la référence au concept d'exposome, la mention du parcours éducatif de santé de l'enfant, celle de la santé maternelle et infantile, de la pratique régulière d'activités physiques et sportives...); d'autres dispositions, comme la lutte contre les épidémies, qui figurent dans la version actuellement en vigueur de l'article L. 1411-1 et qui avaient été supprimées par l'Assemblée nationale, ont été rétablies.

La commission a également modifié l'article L. 1411-1-1, qui est désormais relatif à la stratégie nationale de santé.

La rédaction de l'article L. 1411-2, relatif au rôle des organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie dans la mise en œuvre de la politique de santé, a été modifiée de manière marginale par rapport à celle adoptée par l'Assemblée nationale.

À l'article L. 1411-4 relatif aux missions du Haut Conseil de la santé publique, la mission consistant à « *contribuer à l'élaboration d'une politique de*

*santé de l'enfant globale et concertée* », ajoutée par l'Assemblée nationale, a été supprimée. De même, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé le nouvel article L. 1411-9, ainsi que le 5° de l'article L. 2111-1, créées par l'Assemblée nationale (anciens **6° bis** et **I bis**).

En séance publique, le Sénat a enrichi le texte adopté par la commission, en rétablissant de nombreuses dispositions que celle-ci avait supprimées, et qui avaient été adoptées par l'Assemblée nationale.

Ont notamment été réintroduites, avec un avis favorable du Gouvernement, la mention, parmi les objectifs de la politique de santé, de l'égalité entre les femmes et les hommes, celle de la prise en compte de l'ensemble de l'exposome – c'est-à-dire des facteurs non génétiques pouvant influencer la santé humaine –, mais également du développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges, ainsi que celle de la prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale.

Une disposition précisant que « *la politique de santé est adaptée aux besoins des personnes handicapées* » a également été ajoutée, malgré une demande de retrait du Gouvernement au profit d'un autre amendement mentionnant également les aidants familiaux.

Avec un avis favorable du Gouvernement, l'alinéa précisant que tout projet de réforme portant sur la politique de santé envisagé par le Gouvernement doit faire l'objet d'une concertation préalable avec l'UNCAM, l'UNOCAM, l'Union nationale des professionnels de santé et l'organisation représentative des associations des usagers agréées a été rétabli, les représentants des collectivités territoriales ayant été ajoutés aux personnes consultées.

De même, à l'article L. 1411-4 relatif aux missions du Haut Conseil de la santé publique, la mission consistant à « *contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée* », ajoutée par l'Assemblée nationale et supprimée par la commission des affaires sociales, a été rétablie, tout en étant élargie à la « *politique de santé de l'enfant et de la famille* ».

### **3. La position de la commission**

La commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, tout en y apportant, outre des améliorations de nature rédactionnelles, plusieurs dispositions issues des travaux du Sénat.

Concernant l'énumération des différents domaines d'action de la politique de santé prévue à l'article L. 1411-1, la nouvelle rédaction mentionne les risques pour la santé liés à l'alimentation. Elle précise que les actions de prévention sont menées « tout au long de la vie ». Les collectivités territoriales sont ajoutées à la liste des acteurs contribuant à l'organisation des parcours de santé ainsi qu'à celle

des personnes consultées avant tout projet de réforme relatif à la santé. Enfin, pour plus de lisibilité, les dispositions relatives à la stratégie nationale de santé figurent désormais au sein de l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.

\*

*La commission examine l'amendement AS398 de M. Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur pour le titre liminaire et le titre premier.** Madame la présidente, avant de défendre ce premier amendement, permettez-moi d'adresser un signe d'amitié à notre ancien collègue Olivier Véran, qui a défendu le titre liminaire et le titre premier lors de la première lecture. Je suis certain qu'il sera très attentif à nos débats.

L'amendement AS398 propose de réécrire l'article 1<sup>er</sup> tout en tenant compte de l'ensemble des travaux du Sénat. Ce dernier avait en effet déposé de nombreux amendements, qui avaient été reçus favorablement par le Gouvernement.

Cet amendement nous donne l'occasion de clarifier plusieurs formulations, et de mettre en avant certains points de la stratégie nationale de santé, dont la sécurité sanitaire des aliments en tant qu'élément de la politique de santé publique, la notion de « prévention tout au long de la vie », et l'importance de l'action des collectivités territoriales dans l'organisation des parcours de santé.

Pour le reste, on retrouve l'ensemble des éléments du texte adopté en première lecture par notre assemblée.

**M. Bernard Accoyer.** Le Sénat a fait un travail de grande qualité, qui a été d'ailleurs validé par une très large majorité. En conséquence de quoi, ce n'est pas parce que nous ne nous exprimerons pas sur certains amendements du rapporteur qui consistent à réécrire les articles les uns après les autres, que nous y serons favorables. Je tenais à faire cette mise au point.

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 1<sup>er</sup> est donc ainsi rédigé.*

*En conséquence, les amendements : AS164 de M. Jean-Louis Roumegas ; AS17, AS18, AS21 et AS23 de Mme Isabelle Le Callennec ; AS165 de Mme Véronique Massonneau ; les amendements identiques AS213 de Mme Fanélie Carrey-Conte et AS257 de M. Gilles Lurton ; les amendements identiques AS57 de Mme Valérie Boyer et AS265 de M. Gilles Lurton ; AS163 de M. Jean-Louis Roumegas ; les amendements identiques AS59 de Mme Valérie Boyer et AS266 de M. Gilles Lurton ; l'amendement AS209 de M. Arnaud Robinet, tombent.*

*Article 1<sup>er</sup> bis*

(art. L. 1411-10 [nouveau] du code de la santé publique)

**Adaptation de la stratégie nationale de santé aux outre-mer**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en commission, prévoit d'adapter la stratégie nationale de santé aux outre-mer.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Sur proposition de Mme Monique Orphé et des commissaires du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC), la commission a réintroduit un article L. 1411-10 dans le code de la santé publique qui précise que la stratégie nationale de santé tient compte des spécificités des départements et collectivités d'outre-mer. Il prévoit en particulier que cette stratégie propre est élaborée à partir d'« *une évaluation des données de santé et des risques sanitaires spécifiques* » aux départements d'outre-mer (DOM), ainsi qu'aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et des îles Wallis-et-Futuna. L'État peut en outre proposer à La Polynésie française et à la Nouvelle-Calédonie de s'associer à ces programmes.

Un amendement, adopté en séance publique à l'initiative de M. Alfred Marie-Jeanne et de plusieurs membres du groupe de la gauche démocrate et républicaine (GDR) avec l'avis favorable du rapporteur et du Gouvernement, complète cet article par une disposition imposant la prise en compte, par la stratégie nationale de santé, du développement de la coopération régionale en outre-mer dans le domaine de la santé.

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat a adopté en commission un amendement rédactionnel.

**3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article sans modification.*

*Article 1<sup>er</sup> ter [supprimé]*

**Demande d'étude relative à la santé des aidants familiaux**

Cet article, introduit par le Sénat en séance publique, prévoyait la remise au Parlement d'une étude relative à la santé des aidants familiaux.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article est issu de trois amendements identiques, adoptés par le Sénat en séance publique à l'initiative des membres du groupe communiste, républicain et citoyen (CRC), des membres du groupe écologiste et de sénateurs membres du groupe union des démocrates et indépendants (UDI), avec un avis de sagesse du Gouvernement.

L'étude prévue, qui doit être remise au Parlement par le Gouvernement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, doit notamment porter sur l'évaluation des risques psychosociaux, des pathologies particulières liées à la fonction d'aidants et des coûts sociaux engendrés.

## 2. La position de la commission

La commission a supprimé cet article. En effet, il existe déjà plusieurs rapports consacrés aux aidants familiaux, en particulier une étude récente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). D'autres rapports verront encore le jour dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Par ailleurs, la nouvelle rédaction de l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi, adoptée par la commission, prévoit que la politique de santé est adaptée aux besoins des aidants familiaux, disposition qui avait été supprimée par le Sénat.

\*

*La commission examine l'amendement AS369 du rapporteur, visant à supprimer cet article.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Mon amendement vise à supprimer un article additionnel, adopté par le Sénat, et qui concerne les aidants familiaux. Mais je vous rassure : les aidants familiaux sont bien pris en compte au dix-neuvième alinéa de l'article 1<sup>er</sup> que nous venons de voter. Par ailleurs, de nombreux rapports leur sont d'ores et déjà consacrés. Il est donc inutile d'alourdir le texte.

**M. Arnaud Robinet.** Monsieur le rapporteur, en le réécrivant, vous avez néanmoins alourdi l'article 1<sup>er</sup> que le Sénat avait pourtant allégé ! Et cela vous amène à supprimer l'article 1<sup>er</sup> *ter*, qui ne posait aucune difficulté. On a le sentiment que, pour des raisons politiques, vous supprimez systématiquement ce qui a été fait au Sénat.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Ne croyez pas cela, monsieur Robinet. Je suis d'ailleurs très sensible à la situation des aidants familiaux. Simplement, et comme je l'ai souligné, des rapports leur sont déjà consacrés – en particulier une étude récente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – d'autres verront le jour dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Enfin, l'article 1<sup>er</sup>, que nous avons réécrit et que nous venons d'adopter, prend clairement en compte les aidants familiaux.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 1<sup>er</sup> ter est supprimé.*

## **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*

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

En séance publique, le Sénat a modifié le titre de ce chapitre, à la suite de l'adoption, contre l'avis du Gouvernement, d'un amendement présenté par Mmes Laurence Cohen, Annie David, M. Dominique Watrin et les membres du groupe communiste, républicain et citoyen (CRC).

Initialement intitulé « *Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé* », le Sénat a renommé le titre de ce chapitre « *Soutenir les jeunes pour l'égalité des droits en santé* ». Selon les auteurs de l'amendement, le titre initial ne permettait pas de prendre suffisamment en compte les inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins pour les jeunes.

#### **2. La position de la commission**

La commission a rétabli le titre initial du chapitre, intitulé « *soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé* ». En effet, la loi reconnaît déjà l'égalité des droits. La notion d'« *égalité des chances* » met en avant le fait que ces droits doivent pouvoir s'exercer dans un contexte marqué par des différences sociales, territoriales et culturelles.

\*

*La commission examine l'amendement AS370 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir le titre initial du chapitre I<sup>er</sup> : « *Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé* ».

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, le titre du chapitre I<sup>er</sup> est ainsi rétabli et rédigé.*



## Article 2

(art. L. 121-4-1, L. 541-1 du code de l'éducation, et L. 2325-1 du code de la santé publique)

### **Promotion de la santé en milieu scolaire**

Cet article tend à améliorer l'articulation entre les dispositions du code de l'éducation relatives à la santé en milieu scolaire et le nouveau cadre de la politique de santé.

Créé par la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation définit le champ de la mission de promotion de la santé à l'école assurée par le service public de l'enseignement, sans toutefois préciser les modalités de son pilotage, ni comment cette mission est coordonnée avec les actions de promotion de la santé conduites par d'autres acteurs.

L'article 2, dans sa version initiale, proposait donc de compléter cet article L. 121-4-1 en précisant que la promotion de la santé à l'école « *est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé* ».

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Cet article a été enrichi par l'Assemblée nationale, en commission et en séance publique.

À l'initiative du rapporteur, de Mme Martine Pinville et des commissaires du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC), ainsi que des commissaires du groupe radical, républicain, démocrate et progressiste (RRDP), la commission a adopté des amendements identiques de réécriture globale de l'article, dans l'objectif de renforcer l'impulsion donnée à la politique de santé scolaire.

Ces amendements complétaient l'article L. 121-4-1 précité afin de préciser que la mission de promotion de la santé à l'école comprenait le développement des connaissances des élèves à l'égard des services de santé, mais également la promotion des liens entre les services de santé scolaire, les services de la protection maternelle et infantile ainsi que les autres acteurs locaux dans le domaine de la santé. Ils précisaient en outre que la conduite de la promotion de la santé à l'école par les autorités académiques devait être menée en lien non seulement avec les agences régionales de santé (ARS), mais également avec les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Ils prévoyaient enfin de mentionner, à l'article L. 541-1 du code de l'éducation et à l'article L. 2325-1 du code de la santé publique qui en reproduit les dispositions, la notion de « *parcours éducatif de santé* ».

Cet article a été complété en séance publique par l'adoption de deux amendements qui précisaient que la mission de promotion de la santé à l'école est

aussi conduite dans les instituts médicaux éducatifs, et qu'elle « *veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique* ».

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Si elle a reconnu que l'école constituait un lieu privilégié pour les actions de promotion de la santé, la commission des affaires sociales du Sénat a toutefois supprimé cet article, au motif qu'il était dépourvu de portée opérationnelle.

Elle a en particulier estimé que l'éducation à la santé était déjà formalisée dans le projet d'école et dans le projet d'établissement, que la question de l'émergence d'un « parcours éducatif de santé » relevait de chaque établissement à partir d'un diagnostic qui lui est propre, que l'implication des ARS et des autres acteurs était déjà prévue par le droit existant ou déjà effective sur le terrain, et que les compléments introduits par l'Assemblée nationale conduisaient, d'une manière générale, à « *alourdir inutilement des dispositions du code de l'éducation sur lesquelles le Parlement ne s'est prononcé que très récemment* ».

## **3. La position de la commission**

Aujourd'hui, les médecins et les infirmiers scolaires sont confrontés, dans leur pratique quotidienne, à des difficultés pour assurer la continuité de la prise en charge des enfants, souvent par manque de lien avec les autres acteurs de santé tels que les médecins de ville ou la protection maternelle et infantile (PMI).

Or, cet article s'inscrivait pleinement dans l'objectif de décloisonnement des dispositifs de santé publique, en établissant un véritable « parcours éducatif en santé ». Il permettait d'inscrire clairement la promotion de la santé à l'école comme l'une des composantes essentielles de la politique de santé et d'insister sur la nécessité d'une bonne articulation entre la santé en milieu scolaire et les priorités de la stratégie nationale de santé.

C'est pourquoi la commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

\*

*La commission en vient à l'amendement AS390 de M. le rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** De la même façon, cet amendement vise à rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

Nous sommes tous d'accord pour dire que la santé commence dès la toute petite enfance. En établissant un véritable « parcours éducatif en santé », cet article permet d'inscrire clairement la promotion de la santé à l'école comme l'une des composantes essentielles de la politique de santé.

Nous avons par ailleurs reçu les syndicats et les personnels – essentiellement les personnels infirmiers – dont le travail est très important.

En conclusion, je pense que cet article se justifie pleinement.

**M. Arnaud Robinet.** C'est tout à fait louable. Je tiens toutefois à alerter le rapporteur et les membres de la commission sur la nécessité et l'urgence d'un plan d'action en faveur de la médecine scolaire. En effet, de nombreux établissements sont dépourvus de médecins scolaires.

**M. Patrick Hetzel.** Au Sénat, certains ont fait valoir que l'on était en train de charger la barque de l'éducation nationale, au risque d'en oublier l'essentiel. Le premier objectif de l'école est en effet d'apprendre à lire, à écrire et à compter. Bien sûr, il n'est pas question de négliger la prévention et l'éducation à la santé – certaines mesures en ce sens ont d'ailleurs été mises en œuvre depuis la loi Fillon de 2005. Mais vouloir aujourd'hui rajouter de nouveaux dispositifs va à l'encontre des objectifs assignés à notre système éducatif.

**M. Denis Jacquat.** La question de la médecine scolaire a été évoquée lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Mme la ministre nous a répondu à plusieurs reprises que celle-ci relevait de la compétence de l'éducation nationale. Nous considérons, quant à nous, qu'elle doit être abordée par la commission des affaires sociales.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** J'irais dans le sens de M. Hetzel. Nous manquons en effet de médecins scolaires. Les infirmières, qui sont en première ligne et dont le travail est extrêmement lourd, sont satisfaites en tout cas par la réécriture de cet article 2, qui donne une place effective au parcours éducatif en santé.

J'entends les arguments qui ont été développés. Pour autant, il nous appartient, dans ce texte et au sein de cette commission, de favoriser la prévention. Nous devons donc porter une attention toute particulière aux plus jeunes. Certes, il faut savoir lire, écrire et compter. Mais autant apprendre en étant en bonne santé.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 2 est ainsi rétabli et rédigé.*

#### Article 2 bis AA

(art. L. 121-4-1 du code de l'éducation)

### **Rôle des acteurs de proximité non-professionnels de santé dans la promotion de la santé en milieu scolaire**

Cet article, adopté par le Sénat en séance publique, vise à préciser le champ de la mission de promotion de la santé à l'école en reconnaissant, aux côtés des initiatives institutionnelles existant déjà en matière de prévention et

d'éducation à la santé, le rôle des actions de proximité et de prévention partagées favorisant la participation des publics.

### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article est issu d'un amendement présenté par Mme Catherine Génisson et certains membres du groupe socialiste et républicain, adopté en séance publique avec l'avis favorable du Gouvernement.

Il permet de reconnaître le rôle des acteurs de proximité, qui ne relèvent pas du champ sanitaire au sens strict, en matière de promotion de la santé, ainsi que les actions favorisant l'implication et la participation des publics pour leur permettre de s'approprier les outils de prévention et d'éducation à la santé.

### **2. La position de la commission**

La commission a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel.

\*

*La commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS371 du rapporteur.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 2 bis AA **modifié**.*

*Article 2 bis AB [supprimé]  
(art. L. 541-1 du code de l'éducation)*  
**Suivi de la vaccination des élèves**

Cet article, adopté par le Sénat en séance publique, visait à associer l'Éducation nationale au suivi de la couverture vaccinale des élèves.

### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

L'article L. 541-1 du code de l'éducation relatif aux actions de promotion de la santé des élèves dispose notamment que « *les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire* ».

Introduit en séance publique à l'initiative de M. Georges Labazée et des membres du groupe socialiste et républicain avec un avis de sagesse du Gouvernement, cet article complète l'article L. 541-1 en prévoyant que les élèves bénéficient également d'un suivi de leur couverture vaccinale.

## 2. La position de la commission

Le suivi de la vaccination des élèves constitue un enjeu majeur, la défiance à l'égard des vaccins augmentant de manière préoccupante. Dans ce contexte, le Gouvernement a confié, en février dernier, une mission à Mme Sandrine Hurel sur la politique vaccinale en France. Les mesures d'ordre réglementaire qui s'imposent pourront être prises à partir des préconisations formulées dans ce rapport. Dans l'attente des conclusions de la mission, la commission a supprimé cet article.

\*

*La commission examine l'amendement AS396 du rapporteur, visant à supprimer cet article.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Si nous souhaitons supprimer cet article additionnel adopté par le Sénat, ce n'est pas parce que la politique vaccinale n'intéresse pas l'école, bien au contraire. La vérification du statut vaccinal des enfants et des jeunes est en effet une des missions des infirmeries scolaires, bien que l'on n'y vaccine pas.

Aujourd'hui, la couverture vaccinale de certains vaccins est suffisante par rapport aux objectifs de santé fixés par la précédente loi santé de 2004. Mais pour d'autres vaccins, nous rencontrons des difficultés. Il est donc important de continuer à vérifier le statut vaccinal. Une mission portant sur la vaccination de l'ensemble de la population a été confiée à Mme Sandrine Hurel. Je vous propose d'attendre les conclusions de cette mission qui, selon mes informations, devraient être rendues fin novembre.

**M. Arnaud Robinet.** J'ai du mal à comprendre cette suppression. Tout d'abord, nous ne savons pas très bien quand nous pourrions prendre connaissance des conclusions du rapport de Mme Hurel, dont la mission a été prolongée de six mois. En outre, le suivi de la couverture vaccinale des enfants et des adolescents relève des enquêtes de l'Institut national de veille sanitaire (INVS).

Compte tenu des enjeux, il me semblerait tout à fait logique de rejoindre nos collègues du Sénat qui souhaitent renforcer le suivi de la couverture vaccinale dans le cadre de la médecine scolaire – même si la question des moyens de celle-ci reste posée. Ce serait cohérent, notamment avec les articles précédents.

Dans le cadre d'une politique de prévention et de santé publique, l'éducation nationale doit pouvoir se saisir de la question de la vaccination au sein des établissements scolaires. Malheureusement, en effet, un certain nombre de parents ne sont pas à même de suivre la vaccination de leurs enfants.

**M. Bernard Accoyer.** Finalement, on s'oppose à cette disposition parce qu'elle a été introduite par le Sénat. Pourtant, on sait que la couverture vaccinale

est insuffisante en France, et que de trop nombreuses polémiques sont nées autour des effets prétendument dangereux d'un certain nombre de vaccins.

Cette initiative du rapporteur nous paraît donc malencontreuse, d'autant que le rapport Hurel tarde : on ne sait pas ce qu'il y aura dedans, ni quand il sortira.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je défends farouchement la vaccination. Mais nous sommes ici dans le domaine réglementaire, et les infirmières comptent déjà parmi leurs missions la vérification des vaccinations.

J'espère que le rapport Hurel nous apportera des éléments nouveaux car, au regard du programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 et au vu des éléments fournis par l'INVS, nous rencontrons effectivement certaines difficultés. Je prendrai le seul exemple de la rougeole dont nous avons compté plus de 20 000 cas entre 2009 et 2012. On ne peut empêcher un enfant d'aller à l'école que si ses vaccinations obligatoires ne sont pas effectives ; or la rougeole n'est pas une vaccination obligatoire.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il est assez curieux d'entendre certains déplorer le manque de couverture vaccinale, tout en déniaient à certaines professions – sages-femmes, pharmaciens ou autres – le droit de vacciner, alors qu'elles en sont tout à fait capables. Je sais, monsieur Robinet, pour avoir entendu ce que vous avez dit devant un congrès national des professions de santé qui se tenait dans votre ville, que vous êtes de mon avis.

*La commission adopte l'amendement AS396.*

*En conséquence, l'article 2 bis AB est supprimé.*

#### *Article 2 bis A*

(art. L. 831-1 du code de l'éducation)

### **Contribution des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé à l'accès aux soins de premier recours**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en séance publique, prévoit que les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) agréés comme centres de santé contribuent à l'accès aux soins de premier recours.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Cet article résulte de deux amendements identiques, adoptés en séance publique à l'initiative de M. Jean-Louis Roumegas et de plusieurs membres du groupe écologiste et de M. Stéphane Claireaux et de plusieurs membres du groupe radical, républicain, démocrate et progressiste (RRDP), suivant un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Il complète l'article L. 831-1 du code de l'éducation afin de préciser que les SUMPPS, lorsqu'ils dispensent des soins en tant que centres de santé, « *contribuent à l'accès aux soins de premier recours, notamment des étudiants de l'établissement auquel ils sont rattachés* ».

Outre les actions de prévention, d'éducation pour la santé, de dépistage et l'accompagnement des étudiants en situation de handicap, les SUMPPS sont en effet de plus en plus nombreux à se constituer en centres de santé au sein des établissements d'enseignement supérieur. Cet article permet ainsi de reconnaître le rôle qu'ils jouent en permettant aux étudiants, mais également à l'ensemble de la population, d'accéder à la médecine de premier recours dans des conditions qui permettent de diminuer le renoncement aux soins (tarifs conventionnés, tiers payant).

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Considérant qu'il n'apportait rien par rapport au droit existant, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article.

L'article L. 6323-1 du code de la santé publique relatif aux centres de santé définissant ces derniers comme « *des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours* », il est apparu tautologique aux sénateurs de préciser qu'en tant que centres de santé, les SUMMPS contribuent aux soins de premier recours.

## **3. La position de la commission**

Cet article permettait de reconnaître le rôle que jouent les SUMPPS constitués en centres de santé, en permettant notamment aux étudiants d'accéder à la médecine de premier recours dans des conditions qui permettent de diminuer le renoncement aux soins (tarifs conventionnés, tiers payant).

C'est pourquoi la commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

\*

*La commission est saisie de deux amendements identiques, AS372 du rapporteur et AS4 de Mme Dominique Orliac.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il s'agit de rétablir un article introduit en première lecture qui a été supprimé par le Sénat. Il vise à reconnaître le rôle que jouent les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) constitués en centres de santé, notamment en offrant aux étudiants la possibilité d'accéder à la médecine de premier recours dans des conditions qui permettent de diminuer le renoncement aux soins – tarifs conventionnés, tiers payant.

**M. Jacques Krabal.** Je considère que l'amendement AS4 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** Chacun connaît le rôle que joue la médecine universitaire. Inutile d'en rajouter ! Dans le texte de l'Assemblée adopté en première lecture, il était affirmé que les centres de santé étaient des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. C'était déjà une évidence, et une forme de propagande pour les centres de santé. Les professions de santé en avaient été troublées.

Il est donc dommage de réintroduire, par le biais de cet amendement, un texte qui va contribuer à tendre davantage encore les relations entre le Gouvernement et les professions de santé – puisque c'est malheureusement le résultat déjà tangible de ce projet de loi.

**M. Denis Jacquat.** Est-on sûr d'avoir le personnel médical et paramédical suffisant ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** J'admets l'argument de M. Jacquat. Et je réponds à M. Accoyer qu'il n'est pas inutile de rappeler aux étudiants qu'ils peuvent accéder à certains soins dans des centres de santé qui, que je sache, n'ont pas fait la preuve de leur inefficacité. Ces centres, à côté de la médecine de ville, sont un autre moyen de délivrer des soins. Pourquoi devrait-on les écarter d'un revers de main.

*La commission adopte les amendements identiques.*

*L'article 2 bis A est ainsi rétabli et rédigé.*

#### *Article 2 bis B*

(art. L. 5314-2 du code du travail)

### **Reconnaissance du rôle de prévention, d'éducation et d'orientation des missions locales en matière de santé**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en séance publique, vise à reconnaître le rôle joué par les missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en matière de prévention, d'éducation et d'orientation des jeunes dans le domaine de la santé.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Adopté en séance publique à l'initiative de M. Jean-Patrick Gille et de membres du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC), avec un avis favorable du Gouvernement, cet article permet de reconnaître dans la loi le rôle joué par les missions locales en matière de prévention et d'éducation à la santé, mais aussi d'orientation des jeunes nécessitant une prise en charge par le système de santé.



Les 450 missions locales présentes sur l'ensemble du territoire national exercent une mission de service public de proximité qui permet chaque année d'accompagner près de 1,4 million de jeunes âgés de 16 à 25 ans pour les aider à surmonter les difficultés faisant obstacle à leur insertion professionnelle et sociale.

En vertu de l'article L. 5314-2 du code du travail, les missions locales sont chargées :

– d'assurer « *des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement à l'accès à la formation professionnelle initiale ou continue, ou à un emploi* » ;

– de favoriser « *la concertation entre les différents partenaires en vue de renforcer ou compléter les actions conduites par ceux-ci, notamment pour les jeunes rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle et sociale* » ;

– de contribuer « *à l'élaboration et à la mise en œuvre, dans leur zone de compétence, d'une politique locale concertée d'insertion professionnelle et sociale des jeunes* ».

Le dispositif proposé complète cet article L. 5314-2 en précisant que les missions locales « *sont reconnues comme participant au repérage des situations qui nécessitent un accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins, et comme mettant ainsi en œuvre les actions et orientant les jeunes vers des services compétents qui permettent la prise en charge du jeune concerné par le système de santé de droit commun et la prise en compte par le jeune lui-même de son capital santé* ».

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Estimant qu'il n'était pas de nature législative, la commission des affaires sociales a supprimé cet article. Selon elle, la définition des objectifs poursuivis en matière d'accès à la santé relève davantage des conventions pluriannuelles d'objectifs (CPO) signées entre l'État et chaque mission locale et des démarches de contractualisation entre partenaires au niveau local.

Elle a par ailleurs considéré que la rédaction actuelle de l'article L. 5314-2 était suffisamment large pour couvrir l'ensemble des dimensions concourant à l'insertion sociale et professionnelle, y compris les actions en matière de santé des jeunes.

## **3. La position de la commission**

À l'initiative de M. Jean-Patrick Gille, la commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission examine l'amendement AS208 de M. Jean-Patrick Gille.*

**M. Christophe Sirugue.** Cet amendement a pour objectif de reconnaître le rôle de prévention, d'éducation à la santé et d'orientation des Missions locales. On peut souligner que celles-ci prennent systématiquement en compte l'état de santé des jeunes qu'elles accompagnent, considéré comme un élément de leur situation globale. Les situations d'exclusion que vivent certains peuvent avoir un impact sur leur équilibre psychologique, voire leur santé mentale.

**M. Bernard Accoyer.** Cela relève du domaine réglementaire. Par ailleurs, les Missions locales jouent déjà un tel rôle. On comprend comment le Gouvernement a obtenu de sa majorité un texte pléthorique. Arrivé à l'Assemblée avec 57 articles, il en est ressorti avec 210 ! C'est ainsi que l'on rend la législation française obèse et totalement illisible.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis favorable à cet amendement, d'autant que je crois que nous ne sommes pas dans le domaine réglementaire. Il était important de reconnaître le rôle de conseil que jouent les Missions locales auprès de nombreux jeunes – 1,4 million d'entre eux sont concernés.

*La commission adopte l'amendement AS208.*

*En conséquence, l'article 2 bis B est ainsi rétabli et rédigé.*

#### *Article 2 bis*

(art. L. 1111-2, L. 1111-5, L. 1111-5-1 [nouveau] et L. 1111-7 du code de la santé publique, et art. 49 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire)

### **Dérogation au consentement parental pour des actes de prévention et de soins réalisés par les sages-femmes ou les infirmiers**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en commission, prévoit d'étendre aux sages-femmes et aux infirmiers la dérogation à l'obligation de recueil du consentement parental, aujourd'hui réservée aux médecins, pour les actes de prévention et de soins.

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique, relatif au droit pour toute personne d'être informée sur son état de santé, dispose que les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. La règle générale est ainsi celle de l'information et de l'obligation du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour tout acte pratiqué par un médecin sur le mineur.

Ce principe est néanmoins assorti de dérogations. Ainsi, en vertu de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. L'article L. 2212-7 du même code prévoit en outre qu'une interruption volontaire de grossesse peut être réalisée sans qu'ils soient consultés ou que leur consentement ait été obtenu. Enfin, aux termes de l'article L. 1111-5 du même code, « *le médecin peut se*

*dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale ».*

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Adopté en commission à l'initiative de Mme Annie Le Houerou et de plusieurs commissaires du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC), cet article étend la dérogation prévue à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, aujourd'hui réservée aux actes pratiqués par les médecins, à ceux des sages-femmes. Il prévoit en outre que cette dérogation concerne « *l'action de prévention, le dépistage et le diagnostic* », et non plus seulement le « *traitement* » délivré à la personne mineure.

Par ailleurs, le présent article créé un nouvel article L. 1111-5-1 établissant une dérogation analogue au principe du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale pour les infirmiers agissant sous l'autorité d'un médecin lorsque l'acte de « *prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure âgée de quinze ans ou plus* ».

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

À l'initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement étendant la dérogation prévue par le nouvel article L. 1111-5-1 du code de la santé publique à l'ensemble des personnes mineures, qu'elles soient ou non âgées plus de quinze ans.

Cet amendement procède en outre à des modifications rédactionnelles et corrige une erreur de référence.

### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 2 bis sans modification.*

*Article 2 ter*

(art. L. 114-3 du code du service national)

**Information des jeunes sur la prévention des conduites à risques lors de la journée défense et citoyenneté**

Introduit par l'Assemblée nationale en commission, cet article prévoyait initialement la mise en place d'un test de dépistage de la surdité lors de la journée défense et citoyenneté (JDC).

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Établi par un amendement présenté en commission par M. Gérard Bapt et Mme Sophie Errante, avec un avis de sagesse du rapporteur, cet article complétait l'article L. 114-3 du code du service national qui définit le contenu de l'enseignement délivré lors de la journée défense et citoyenneté (JDC), afin de prévoir, lors de cette journée, la réalisation d'un test de dépistage de la surdité.

Cet article a été modifié en séance publique à l'initiative de leurs auteurs, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement. La nouvelle rédaction remplaçait le test de dépistage de la surdité par une information, dispensée lors de la JDC, « *sur la prévention des conduites à risque pour la santé, notamment celles susceptibles de causer des troubles de l'audition* ».

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article pour trois raisons principales.

Elle a tout d'abord estimé que le dispositif proposé ne relevait pas à proprement parler des objectifs de la JDC, en mettant en garde contre la « *tendance générale à vouloir reporter sur cette journée la recherche de solutions à des problèmes divers auxquels il n'a pu être remédié auparavant, en particulier dans le cadre des parcours éducatifs ou de la médecine scolaire* ».

Elle a également considéré que la sensibilisation aux conduites à risque pour la santé, notamment en matière d'audition, intervenait trop tardivement, les jeunes concernés ayant un peu moins de 18 ans.

Elle a enfin jugé que l'intérêt du dispositif était limité dans la mesure où la participation à la JDC impliquait déjà la présentation d'un certificat délivré par un médecin attestant de la réalisation d'un examen de santé dans les six mois précédents.

**3. La position de la commission**

À l'initiative de M. Gérard Bapt, la commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale, tout en ajoutant que

l'information dispensée lors de la JDC porte également sur la prévention des addictions.

\*

*La commission en vient à l'examen de l'amendement AS45 de M. Gérard Bapt.*

**M. Gérard Bapt.** Il s'agit de rétablir l'article 2 *ter* que, dans sa volonté partisane, le Sénat a supprimé.

À l'origine, j'avais déposé un amendement prévoyant la réalisation d'un test de dépistage de la surdité lors de la journée Défense et citoyenneté. À la suite d'une observation de Mme Delaunay, nous avons fait également allusion aux addictions. Le test de dépistage de la surdité a donc été remplacé par une information « sur la prévention des conduites à risque pour la santé, notamment celles susceptibles de cause des troubles de l'audition ».

**M. Denis Jacquat.** La question de l'étiologie des troubles de l'audition avait déjà été abordée par Bernard Accoyer et moi-même, mais à l'époque, elle était tombée comme une feuille à l'automne... Le problème est d'importance, car les surdités de perception sont irréversibles.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis favorable.

*La commission adopte l'amendement AS45.*

*En conséquence, l'article 2 ter est ainsi rétabli et rédigé.*

#### *Article 2 quater*

(art. L. 321-3 du code de la sécurité sociale et L. 120-4 du code du service national)

### **Information des jeunes en insertion professionnelle sur l'examen de santé gratuit**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en séance publique, prévoit une information des jeunes en insertion professionnelle sur la possibilité de réaliser un examen de santé gratuit.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

L'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale dispose que toute personne affiliée ou rattachée au régime général d'assurance maladie bénéficie, « à certaines périodes de sa vie », d'un examen de santé gratuit, selon des modalités fixées par voie réglementaire. En pratique, cet examen est possible tous les cinq ans et s'adresse en priorité aux personnes ne faisant pas l'objet d'un suivi médical régulier.

Le présent article, adopté en séance publique à l'initiative de M. Serge Letchimy et de plusieurs membres du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC), suivant l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, complète l'article L. 321-3 précité afin de prévoir que les jeunes en insertion professionnelle sont informés de la possibilité d'effectuer cet examen de santé gratuit.

Les personnes visées sont celles admises dans une école de la deuxième chance, les jeunes effectuant un service civique, les jeunes travailleurs en contrat d'apprentissage, les stagiaires du service militaire adapté et les personnes titulaires d'un contrat de professionnalisation.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement procédant à une réécriture de l'article à des fins de précision.

## **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 2 quater sans modification.*

### *Article 3 bis*

(art. L. 5134-1 du code de la santé publique)

## **Droit d'information sur les différentes méthodes contraceptives**

Cet article vise à améliorer l'information sur les différentes méthodes contraceptives.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Cet article, introduit en commission à l'initiative de Mme Maud Olivier et de plusieurs commissaires du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC) avec un avis favorable du rapporteur, visait à renforcer l'information sur les méthodes contraceptives en mentionnant, à l'article L. 5134-1 du code de la santé publique relatif à la délivrance de contraceptifs, le droit de toute personne d'être informée sur les méthodes contraceptives et de voir sa liberté de choix préservée.

Il était en outre précisé que « *cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* ».

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article, au motif qu'il était déjà satisfait par le principe général du droit à l'information, prévu à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, et par celui du droit au consentement, consacré à l'article L. 1111-4 du même code.

## 3. La position de la commission

La commission a rétabli cet article tout en adoptant un amendement rédactionnel précisant que l'information délivrée concerne l'ensemble des méthodes contraceptives.

\*

*La commission examine l'amendement AS157 de Mme Maud Olivier, qui fait l'objet du sous-amendement AS402 du rapporteur.*

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** L'amendement de ma collègue Maud Olivier rétablit l'article 3 *bis* tel qu'adopté en première lecture à l'Assemblée nationale. Il vise à assurer à tous et toutes une information sur l'ensemble des méthodes contraceptives existantes, en vue d'un choix libre et éclairé.

Comme le fait remarquer un rapport du Conseil économique et social et environnemental de 2010, il y a eu au fil du temps une très grande diversification des méthodes de contraception sans que l'état des connaissances de la population et l'information des jeunes gens et des professionnels de santé suivent cette évolution des techniques. Chez les jeunes femmes, la pilule fait l'objet d'une prescription « de principe », alors qu'elle ne convient pas forcément le mieux à la situation individuelle et au mode de vie des utilisatrices. La pose du stérilet est ainsi souvent refusée aux nullipares, contrairement aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Face à ces constats, il est important de rappeler dans la loi que tous les hommes et toutes les femmes doivent être informés par les professionnels de santé du panel contraceptif mis à leur disposition et que le choix de la contraception est libre.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Mme Fanélie Carrey-Conte vient de nous rappeler l'importance de dispenser une information sur « l'ensemble des méthodes contraceptives ». Or, à l'amendement AS157, il n'est question que d'une information « sur les méthodes contraceptives ».

Mon sous-amendement AS402, après avoir cité les articles du code de la santé publique relatifs au droit à l'information et au droit au consentement, précise donc que toute personne a le droit d'être informée sur « l'ensemble des méthodes contraceptives ».

Sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement, je donnerai un avis favorable à l'amendement AS157.

**M. Arnaud Robinet.** Cela ne relève pas du législatif. Cette disposition va encombrer un texte fourre-tout, déjà incompréhensible.

**Mme Fanélie Carry-Conte.** Je remercie le rapporteur pour les précisions qu'il apporte.

Pour ma part, je considère que les textes législatifs peuvent aussi permettre de faire évoluer les mentalités et les pratiques. Au vu des situations que j'ai évoquées, il me semble important de rétablir la disposition adoptée en première lecture.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je rejoindrai M. Robinet. En effet, n'est-ce pas à la Haute Autorité de santé de donner des référentiels ?

*La commission adopte le sous-amendement AS402.*

*Elle adopte ensuite l'amendement AS157 ainsi sous-amendé.*

*En conséquence, l'article 3 bis est rétabli ainsi modifié.*

#### *Article 4*

(art. 225-16-1 et 227-19 du code pénal, art. L. 3311-1, L. 3342-1, L. 3353-3 et L. 3353-4 du code de la santé publique)

### **Lutte contre la consommation massive d'alcool, en particulier chez les jeunes**

Cet article tend à renforcer les dispositions législatives permettant de lutter contre la consommation excessive d'alcool, en particulier chez les jeunes.

• Le **I** modifie le livre II du code pénal relatif aux crimes et délits contre les personnes.

Le **1°** complète l'article L. 225-16-1 définissant et réprimant le bizutage, en rattachant à cette infraction le fait d'inciter une personne, quel que soit son âge, à consommer de l'alcool de manière excessive lors de manifestations ou de réunions liées au milieu scolaire et socio-éducatif. Ces pratiques sont punies de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Le **2°** remplace le premier alinéa de l'article L. 227-19, qui punit le fait de provoquer directement un mineur à la consommation « habituelle et excessive » d'alcool de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende, par deux alinéas permettant de distinguer :

– d'une part, le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool, puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ;



– d’autre part, le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle d’alcool, puni de deux ans d’emprisonnement et de 45 000 euros d’amende.

• Le **II** modifie le livre III de la troisième partie du code de la santé publique, relatif à la lutte contre l’alcoolisme.

Le **1°** complète l’article L. 3342-1 relatif à l’interdiction de la vente de boissons alcooliques à des mineurs par un second alinéa interdisant également la vente à des mineurs de tout objet incitant directement à la consommation excessive d’alcool. Les types et caractéristiques de ces objets doivent être définis par un décret en Conseil d’État. Il pourrait s’agir par exemple de vêtements ou de jeux de société qui conduisent à donner une image positive ou humoristique de l’ivresse ou qui poussent à adopter un comportement de consommation excessive d’alcool.

La répression de cette infraction nouvelle est établie par le **2°** qui modifie l’article L. 3353-3 qui prévoit, pour les infractions définies à l’article L. 3342-1, une peine de 7 500 euros d’amende. Le **2°** dispose également que le fait de se rendre coupable de l’une de ces infractions tout en ayant déjà été condamné depuis moins de cinq ans pour un délit prévu au chapitre III, relatif à la répression de l’ivresse publique et à la protection des mineurs, du titre V du livre III de la troisième partie du code de la santé publique porte au double le maximum des peines encourues.

Le **3°** propose une nouvelle rédaction de l’article L. 3353-4 à des fins de coordination avec la nouvelle rédaction de l’article L. 227-19 du code pénal, modifié par le **2°** du **I** du présent article.

## **1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée**

Plusieurs amendements ont été adoptés en commission.

• À l’initiative du rapporteur, le **2°** du **I** a été complété par un alinéa permettant de maintenir, en cas de circonstances aggravantes, la hiérarchie des peines distinguant l’incitation directe à la consommation habituelle d’alcool de l’incitation directe à la consommation excessive d’alcool.

• Le **II** a été enrichi par l’adoption d’un amendement de Mme Seybah Dagoma précisant, à l’article L. 3311-3 du code de la santé publique, que les campagnes de lutte contre l’alcoolisme doivent également porter sur la prévention de la consommation excessive d’alcool chez les jeunes.

À l’initiative du rapporteur Olivier Véran, le dispositif initial a été complété afin d’interdire non seulement la vente, mais également l’offre à des mineurs de tout objet incitant directement à la consommation excessive d’alcool.

La commission a également adopté un amendement présenté par plusieurs commissaires du groupe Les Républicains prévoyant, à l'article L. 3342-1 du code de la santé publique, une obligation pour la personne qui délivre la boisson alcoolique d'exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.

La commission a enfin adopté un amendement du rapporteur Olivier Véran qui modifiait l'article L. 3323-4 du code de la santé publique pour prévoir que la définition du message sanitaire devant figurer dans la publicité des boissons alcooliques, aujourd'hui mentionné par la loi (« L'abus d'alcool est dangereux pour la santé »), serait renvoyée à un arrêté du Ministre chargé de la Santé. Ce dispositif a été supprimé en séance publique par l'adoption de treize amendements identiques de suppression.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales a approuvé le dispositif proposé par cet article, auquel elle n'a pas apporté de modifications.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement présenté par M. Franck Montaugé et des membres du groupe socialiste et républicain, avec un avis défavorable du Gouvernement, afin d'encadrer les pratiques de « *happy hours* », période d'une ou plusieurs heures au cours de laquelle un débit de boissons propose des boissons, en particulier alcoolisées, à des tarifs plus avantageux que d'ordinaire.

Cet amendement complète ainsi l'article L. 3322-9 du code de la santé publique encadrant la vente de boissons alcoolisées en prévoyant que le prix unitaire de vente des boissons alcoolisées pratiqué par les commerçants lors d'opérations de promotion ponctuelle dans le temps ne peut être inférieur à un seuil fixé par décret. Ce seuil correspond à une fraction du prix de vente unitaire affiché dans l'établissement.

## **3. La position de la commission**

Le dispositif visant à mettre en place un prix plancher pour les boissons alcoolisées vendues lors des périodes de « *happy hours* », adopté par le Sénat, soulève plusieurs difficultés. En effet, l'encadrement des réductions lors de ces opérations d'« *happy hours* » présente un risque de non-conformité avec le droit européen dans la mesure où il pourrait être contraire au principe de liberté de fixation des taux de réduction, qui n'est limité que par l'interdiction des pratiques commerciales déloyales. Par ailleurs, la pratique des prix réduits par les débitants de boissons est encadrée par l'article R. 3351-2 du code de la santé publique : ce dispositif relève donc du domaine réglementaire.

La commission a donc adopté un amendement de suppression de ce dispositif, revenant ainsi à la rédaction de l'article adoptée par l'Assemblée nationale.

\*

*La commission examine l'amendement AS373 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Le Sénat a souhaité introduire un dispositif de prix planchers pour les opérations de promotion ponctuelle des boissons alcoolisées dites *happy hours*, qui sont surtout pratiquées dans les bars fréquentés par la jeune génération. Cependant, il existe un risque que ce dispositif ne soit pas conforme au principe de liberté de fixation des taux de réduction inscrit dans le droit européen. Il nous semble donc raisonnable, à ce stade, de supprimer les alinéas correspondants.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 4 modifié.*

#### *Article 4 ter*

(art. L. 3323-3-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Définition de la publicité en faveur d'une boisson alcoolique**

Cet article, inséré par le Sénat en séance publique, énumère les opérations de communication relatives à une boisson alcoolique qui ne doivent pas être considérées comme une publicité ou une propagande.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Afin de lutter contre l'alcoolisme, le chapitre III du titre II du livre III de la troisième partie du code de la santé publique, issu principalement de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite « Loi Évin », encadre strictement la publicité en faveur des boissons alcooliques.

L'article L. 3323-2 définit ainsi de façon limitative la liste des supports pour lesquels la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques est autorisée. L'article L. 3323-3 définit quant à lui la propagande ou publicité indirecte comme « *la propagande ou publicité en faveur d'un organisme, d'un service, d'une activité, d'un produit ou d'un article autre qu'une boisson alcoolique qui, par son graphisme, sa présentation, l'utilisation d'une dénomination, d'une marque, d'un emblème publicitaire ou d'un autre signe distinctif, rappelle une boisson alcoolique* ».

Le présent article, qui résulte de l'adoption en séance publique, contre l'avis du Gouvernement, de quatre amendements identiques, créé un nouvel article L. 3323-3-1 énumérant les opérations de communication qui ne sont pas considérées comme de la publicité en faveur de l'alcool. Il s'agit des contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication

géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée.

Cette énumération, en permettant de distinguer clairement la publicité, qui reste encadrée par les dispositions issues de la loi Évin, d'une part, et le simple contenu journalistique ou touristique, d'autre part, vise à mettre fin à une insécurité juridique qui pouvait conduire les journalistes et opérateurs touristiques à s'autocensurer. Ainsi, selon le sénateur Gérard César, la « *définition du champ de la publicité par la Cour de cassation induit l'assimilation d'un contenu journalistique, œnotouristique, culturel ou artistique à de la publicité, et des journaux tels que Paris Match ou Le Parisien ont été condamnés à ce titre. Aujourd'hui, compte tenu des risques juridiques et judiciaires, beaucoup de journalistes pratiquent l'autocensure en s'abstenant d'écrire des articles sur les régions viticoles, fût-ce pour se contenter d'évoquer leurs paysages* ».

Le présent article est identique à l'article 225 de la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, censuré par le Conseil constitutionnel au motif que ses dispositions, introduites en première lecture, ne présentaient pas de lien, même indirect, avec celles qui figuraient dans le projet de loi. Cet article avait été proposé par le Gouvernement et adopté par l'Assemblée nationale dans le cadre du « vote bloqué » lors du recours à l'article 49, alinéa 3 de la Constitution.

## 2. La position de la commission

Malgré un amendement de suppression de l'article présenté par la Présidente Catherine Lemorton, auquel le rapporteur était favorable, la commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS277 de la présidente Catherine Lemorton.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Mon amendement vise à supprimer l'article 4 *ter*, qui a été introduit au motif que la loi Évin serait source d'instabilité juridique s'agissant des informations touristiques concernant certains territoires. Or, en vingt-cinq ans, seuls cinq articles de la loi Évin ont fait l'objet d'une décision de justice, soit un article tous les cinq ans. On ne peut donc pas dire que l'instabilité juridique soit importante !

Dans notre pays, c'est une particularité, nous nous sommes fait voler la communication en matière de santé publique concernant l'alcool. Et tant la majorité actuelle que la précédente en sont responsables. Qui a inventé « Sam, celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas » ? Les alcooliers. En effet, on dit au

conducteur qu'il ne doit pas boire, mais on laisse les trois ou quatre autres occupants de la voiture boire autant qu'ils le souhaitent ! Qui s'est approprié le slogan « boire avec modération » ? Le lobby des alcools. En enfonçant un coin dans la loi Évin, nous ferions une grave erreur en termes de santé publique.

Je le dis très tranquillement et sans passion : les associations défendant les régions viticoles, entre autres « Vin et société », ont été davantage reçues que les réseaux luttant contre les addictions. Or, selon moi, quand on est parlementaire, on doit entendre toutes les parties. Pour ma part, j'ai entendu très longuement ces réseaux, notamment la Fondation Addiction et le docteur Alain Rigaud, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Nous pourrions penser que les choses sont contrôlées et que l'image d'une bouteille apparaissant à côté d'un soleil qui se lève sur les vignes ne va pas entraîner une consommation accrue. Eh bien si ! Cela s'appelle l'acquis : lorsqu'une image devient évidente, banale, le fait de consommer ce à quoi elle renvoie le devient tout autant.

Lors de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) présenté par Mme Bachelot, il avait été question, souvenez-vous, d'une étude anglo-saxonne très intéressante. On avait fait regarder un même film à deux groupes de jeunes choisis au hasard, qui se rendaient ensuite à une soirée. Au premier groupe, on avait montré une version du film dans laquelle les acteurs buvaient de l'alcool – de manière non pas outrancière, mais tout à fait banale. À l'autre groupe, on avait montré une version dans laquelle les acteurs buvaient non pas de l'alcool, mais de l'eau ou du jus de fruit. Résultat : à la sortie de la soirée, le premier groupe était en moyenne plus alcoolisé que le second.

Je redis mon attachement à la loi Évin. Ne profitons pas du fait que cinq de ses articles ont fait l'objet d'une décision de justice pour revenir sur ce texte, alors que d'autres pays envisagent actuellement d'adopter une législation équivalente.

**Mme Catherine Quéré.** Je suis tout à fait d'accord avec beaucoup de vos remarques, madame la présidente. Cependant, l'article 4 *ter* que vous souhaitez supprimer ne vise en aucun cas à mettre à mal la loi Évin ou la lutte contre l'alcoolisme – les sénateurs et les députés ne sont pas des irresponsables, et il n'y a d'ailleurs aucune demande des filières en ce sens. La rédaction proposée a pour seul objet de sécuriser juridiquement la communication sur les territoires, afin qu'il n'y ait pas lieu à interprétation en cas de contentieux. C'est, selon moi, le rôle de la loi d'apporter la sécurité juridique.

**M. Denys Robiliard.** Je rappelle l'historique qui a mené à l'adoption de l'article 4 *ter* par le Sénat. Initialement, j'avais déposé, en première lecture de ce projet de loi, un amendement qui visait à faire échec à une jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de cassation datant de 2004, selon laquelle la loi Évin s'appliquait à « 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 ». En d'autres termes, tombaient sous le coup de la loi Évin non seulement la publicité au sens classique du terme – celle que l'on paie pour faire la promotion d'un produit –, mais aussi tout article, voire toute œuvre d'art qui, d'une façon ou d'une autre, se référait à une boisson alcoolisée. J'avais donc proposé une définition de la publicité au sens commercial du terme.

L'article 4 *ter* n'est pas issu de mon amendement. Au dernier stade de l'examen du projet de loi Macron par notre assemblée, le Gouvernement a proposé une autre voie : exclusion du champ d'application de la loi Évin les messages qui font la promotion du savoir-faire, de l'histoire ou du patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique. En effet, il n'est pas possible de parler du Bordelais sans parler du bordeaux, ou de la Bourgogne sans parler du bourgogne.

Selon moi, cet article ne remet pas en cause la loi Évin : il vise simplement à préciser ce que recouvre la notion de publicité, dont la chambre criminelle de la Cour de cassation a retenu une définition extensive.

Par ailleurs, selon les documents de l'ANPAA, il y a eu non pas cinq affaires sur ce point, mais une cinquantaine. La responsabilité pénale des psychiatres n'a été recherchée que dans une seule de ces affaires, celle d'Aix-en-Provence, mais tous les psychiatres la connaissent. De même, il est très rare que la responsabilité pénale d'un instituteur pour homicide involontaire soit mise en cause, mais on a parlé de l'affaire du Drac dans toutes les cours de récréation. C'est donc non pas le nombre d'affaires qui importe, mais le fait que la règle telle qu'elle a été interprétée par la Cour de cassation soit connue de beaucoup de personnes et qu'elle conduise des journalistes à refuser des reportages. Cette autocensure n'est pas acceptable. Encore une fois, l'information et l'art ne sont pas de la publicité. L'une et l'autre ont besoin d'un statut différent.

**M. Arnaud Robinet.** L'article 4 *ter* que vous souhaitez supprimer vise uniquement à préciser que ne relèvent pas de la publicité les contenus relatifs notamment à une « région de production » ou encore au « patrimoine culturel, gastronomique ou paysager lié à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée ». Il serait totalement incompréhensible qu'un amendement qui a été élaboré en commun par des parlementaires de gauche et de droite, qui a été défendu à un moment par le Gouvernement, qui a fait l'objet d'un arbitrage interministériel clair, soutenu publiquement par le Président de la République lors du dernier salon Vinexpo à Bordeaux, et qui a été adopté une première fois dans l'hémicycle en juin lors de l'examen du projet de loi Macron, recueillie, quelques mois plus tard, un avis défavorable de ce même Gouvernement et des parlementaires !

Soyons clairs : la loi Évin telle qu'elle est appliquée aujourd'hui empêche les conseils régionaux de communiquer positivement à propos des territoires viticoles ou les journalistes d'évoquer positivement le vin dans les médias, sous

peine d'être condamnés. Et il y a eu beaucoup plus que cinq affaires en la matière ! Il faut mettre fin à cette insécurité juridique permanente et à l'autocensure. À titre d'exemple, *Le Parisien* a été condamné en 2007 pour un article pourtant purement journalistique dont le titre était « Le triomphe du champagne ». Très récemment, il a été refusé à un journaliste qui intervient dans une émission du matin sur France Télévisions de faire un reportage pour informer de la parution d'un livre magnifique sur les caves de champagne, qui sont aujourd'hui classées au patrimoine mondial de l'UNESCO.

Le véritable débat porte non pas sur la disposition prévue à l'article 4 *ter*, mais sur la prévention de l'alcoolisme et les moyens qui lui sont alloués. Le budget de prévention de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) n'est que de 5 millions d'euros, alors que le produit des taxes sur les boissons alcoolisées s'élève à plus de 3 milliards chaque année. Il serait donc temps que la France se dote d'une politique ambitieuse en matière de prévention de l'alcoolisme et d'information sur la consommation d'alcool, notamment envers les jeunes. D'ailleurs, dans son panorama de la santé publié il y a une semaine, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a relevé que les dépenses de prévention n'étaient pas suffisamment importantes en France.

Ne nous trompons pas de combat : allons vers une véritable politique de prévention pour lutter contre l'alcoolisme, notamment chez les jeunes, mais laissons les collectivités et les institutions compétentes communiquer autour du vin. Le vin, c'est notre patrimoine et notre culture, mais aussi un pan important de notre économie, qu'on le veuille ou non. Or nous sommes en train de nous tirer une balle dans le pied. Ainsi que je l'ai indiqué en première lecture, les concurrents du champagne, notamment les producteurs italiens de *prosecco*, disent actuellement à leurs interlocuteurs étrangers : « Achetez notre vin ! Les Français ne font pas de publicité autour de leur produit, car il est mauvais pour la santé ! »

En tout cas, l'article 4 *ter* introduit par le Sénat ne remet pas en cause la loi Évin - personne ne souhaite le faire. Nous demandons simplement un assouplissement afin de sortir de l'imbroglio juridique dans lequel on se trouve actuellement dès que l'on souhaite communiquer à propos des régions viticoles.

**M. Jacques Krabal.** J'ai déjà participé au débat sur cette question en première lecture. Vous m'aviez alors interpellé, madame la présidente, sur le fait que j'aurais pu rencontrer le lobby viticole. Or je l'ai fait. Aujourd'hui, vous dénoncez le fait que nous n'avons pas reçu les acteurs de la lutte contre l'alcoolisme, notamment l'ANPAA. Or je les ai rencontrés également.

Il faut arrêter de nous faire de tels procès : en tant que parlementaires, nous ne sommes pas agrégés ès certitudes ! Nous avons certes des convictions, mais nous avons besoin de connaître les arguments des uns et des autres. Pour ma part, je ne suis pas viticulteur et n'ai pas d'intérêt dans la vigne, et je sais ce qu'est l'alcoolisme pour l'avoir vécu dans ma famille. Je ne peux donc pas accepter que l'on m'accuse de défendre une mesure qui favorise l'alcoolisme !

Regardons la réalité en face : la loi Évin est un totem ; certes, elle a été un succès dans bien des domaines, mais nous avons encore des efforts à faire en matière de prévention. Le vin est un aliment dont la consommation a fortement chuté, alors que le *binge drinking* connaît une hausse phénoménale. Nous devons lutter contre l'alcoolisme, en particulier chez les jeunes. Or, selon moi, ce n'est pas en supprimant l'article 4 *ter* que nous renforcerons cette lutte.

Par contre, je suis certain que nous nous tirerons ainsi une balle dans le pied. Je l'ai constaté encore il y a quelques jours : des journalistes d'une chaîne de télévision nationale sont venus faire des reportages sur le vin, mais ils ne voulaient surtout pas filmer de bouteilles ! Peut-être n'y a-t-il eu que cinquante cas de jurisprudence, mais il y a aujourd'hui un blocage lorsqu'il s'agit de communiquer sur le produit culturel et artistique qu'est le vin. Je suis donc favorable à une clarification des règles, tout comme le Président de la République.

Et je suis favorable à la prévention ! Mais arrêtons d'aller au-delà ! C'est une très bonne chose que d'autres pays européens envisagent d'adopter une législation équivalente à la loi Évin. Mais observons aussi comment les autres pays communiquent sur le vin, en Europe et ailleurs dans le monde. Ce qui a été dit sur le *prosecco* et le *cava* est exact. C'est même tellement vrai que la France s'est fait souffler la première place mondiale en matière de ventes de vin cette année ! Nous devons donc renforcer ce qui marche, tout en luttant de toutes nos forces contre l'alcoolisme. L'enjeu est d'agir sur ces deux aspects à la fois. Et il n'y a pas d'enjeu personnel en la matière.

D'ailleurs, les représentants de l'ANPAA ne sont pas opposés à cette politique. En réalité, ils craignent que cet article n'ouvre la voie à davantage de publicité sur les alcools étrangers, point sur lequel il serait certainement nécessaire de le préciser. Madame la présidente, pourquoi cherchez-vous à faire passer pour des pro-alcooliques les députés qui défendent la France et le vin comme produit culturel ? Je ne comprends pas votre position.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** De même que je ne comprends pas la vôtre, monsieur Krabal.

**Mme Anne-Yvonne Le Dain.** Cet amendement de suppression suscite mon inquiétude. Ainsi que cela a été dit, le vin appartient à notre patrimoine : c'est un marqueur culturel et paysager, dans l'essentiel de la France, au nord comme au sud.

Les publicités pour les marques de whisky, de rhum, de vodka et de pastis s'étalent sur de grandes affiches sur toutes nos routes entre le mois de janvier et le mois de mai. Il y a donc une véritable distorsion de concurrence entre les boissons qui titrent entre 40 et 50 degrés et nos vins qui titrent *grosso modo* entre 10 et 18 degrés, selon qu'il s'agit de vin classique ou de vin doux naturel. C'est incohérent : la loi Évin traite de la publicité pour des produits, mais ne règle pas la question de la publicité pour des marques. Au sud de la France, nous avons une



marque, et nous arrivons à faire figurer de plein droit un verre de vin sur nos affiches, sans le nommer. Nous sommes en pleine hypocrisie !

J'appelle l'attention sur le fait que la loi Évin touche fondamentalement les vins français, dont la qualité est reconnue, alors qu'elle ne touche pas des produits qui viennent d'ailleurs et qui sont beaucoup moins bons pour la santé, car ils sont très clairs et contiennent très peu de polyphénols et d'anthocyanes. Qu'on le veuille ou non, le vin consommé avec modération, c'est excellent pour notre santé, tant pour les femmes que pour les hommes, mais évidemment pas pour les jeunes.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Madame Le Dain, je vous rappelle que la commission des affaires sociales s'occupe de santé publique et que son rôle n'est pas de promouvoir le vin !

**M. Bernard Perrut.** Nous sommes tous ici attachés, je crois, aux fondements de la politique publique en matière de lutte contre l'alcoolisme et les comportements excessifs, car ceux-ci peuvent mettre en péril la santé et la vie. Bien évidemment, il faut agir. Mais, à mon sens, nos efforts doivent avant tout porter sur l'information, l'éducation et la prévention, objectifs d'ailleurs mis en œuvre par la filière viticole, qui se veut responsable en la matière.

Lors des débats, la ministre de la santé s'est engagée à mettre en place un groupe de travail. Or celui-ci ne s'est encore jamais réuni. Peut-être serait-il bon, pourtant, que des hommes et des femmes qui pensent différemment puissent dialoguer autour d'une même table.

Beaucoup d'entre nous ici sont favorables à une clarification de la loi. Il s'agit de distinguer très clairement ce qui relève de la publicité et ce qui relève de l'information, afin de permettre la création artistique et culturelle, ainsi que la promotion du tourisme dans nos communes et dans nos territoires. Évitions que soient condamnés des journalistes, voire des élus qui auraient parlé de vin dans leur communication !

Nous ne voulons pas d'évolutions inacceptables qui porteraient un grave préjudice à la filière viticole. Celle-ci représente à la fois un patrimoine, une histoire, une culture, une économie et une activité touristique. Elle constitue, les uns et les autres l'ont dit, une fierté nationale.

Cette mesure qui semble tant vous inquiéter, madame la présidente, n'assouplit pourtant pas la loi Évin : elle n'autorise ni de nouveaux supports ni de nouveaux contenus pour ces publicités ; elle ne supprime pas les avertissements sanitaires ; elle ne signifie pas qu'il y aura davantage de publicité demain. Elle vise simplement à apporter une clarification juridique, car la définition de la Cour de cassation va bien au-delà de l'esprit initial des dispositions de la loi Évin et a entraîné l'assimilation de contenus journalistiques, œnotouristiques, culturels ou artistiques à de la publicité.

Nous sommes bien sûr le terrain du droit. Nous ne souhaitons nullement encourager les jeunes ou les adultes à consommer davantage d'alcool. Selon moi, nous sommes parvenus à une solution équilibrée et acceptable, qui permet tant de soutenir la filière viticole que de respecter les exigences que nous devons tous avoir en matière de santé.

**Mme Michèle Delaunay.** J'ai deux réserves principales concernant l'article 4 *ter*. D'une part, je constate un très grand écart entre ce que certains orateurs précédents ont dénoncé et la réalité que je vis en tant que Bordelaise : je vois à longueur de journée des publicités pour le vin et les territoires qui lui sont liés, qu'il s'agisse du Sauternais ou des châteaux, tant dans la presse nationale que régionale. Et il en va de même à Reims.

D'autre part, il me semble très inopportun d'introduire un tel article dans une loi relative à la santé et de toucher ainsi à l'un des textes fondateurs de la santé publique au cours des dernières décennies. Je voterai donc en faveur de l'amendement de suppression. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas réfléchir à une définition plus précise de la publicité, mais à condition de le faire dans le cadre d'un autre texte. À cet égard, je suis tout à fait d'accord avec Mme Le Dain sur un point : la loi est moins sévère avec les alcools forts – on se doute d'ailleurs de l'origine de cette distorsion.

**M. Patrick Hetzel.** Plusieurs d'entre nous l'ont dit : l'article 4 *ter* ne remet pas en cause la loi Évin. En revanche, il est essentiel d'apporter une sécurité juridique à ceux qui souhaitent utiliser le patrimoine culturel que représentent le vin et la bière pour valoriser leur territoire. Cette richesse est une chance extraordinaire, et le marketing territorial constitue un atout pour notre pays. Or les textes en vigueur le rendent très problématique, voire impossible.

De plus, avec cet amendement de suppression, on revient en arrière : on fait comme si le débat n'avait pas eu lieu, notamment au Sénat. Je suis d'ailleurs surpris que la majorité adopte une position diamétralement opposée à celle qu'elle a défendue dans un premier temps, et remette ainsi en cause les propos très clairs du Président de la République. Je sais que vous n'êtes pas à un paradoxe près, mais tout de même !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** En tant que législateurs, nous avons le droit d'avoir un avis différent de celui du Président de la République sur une question de santé publique.

**M. Bernard Accoyer.** Il serait vraiment dommage de passer par pertes et profits le travail très intéressant du Sénat et les prises de position de nombreux parlementaires de tous bords, y compris de la majorité. Il est aujourd'hui nécessaire de modifier notre droit à la marge pour clarifier la loi Évin sur certains points. Or, à cause d'une forme d'obsession, vous empêchez cette clarification et, partant, vous vous en prenez à la liberté d'expression. Je trouve que nous laissons

s'installer petit à petit une véritable police des mots et des images ! Aura-t-on le droit demain d'acheter un livre ou un roman dans lequel il est question de vin ?

**Mme Michèle Delaunay.** Il y en a des bibliothèques entières !

**M. Bernard Accoyer.** Si tel est le cas, on ferait bien d'utiliser ces livres avant qu'ils ne soient interdits ! Car tel est le résultat auquel nous risquons d'aboutir si nous adoptons votre amendement de suppression.

**M. Christophe Sirugue.** Force est de constater que nous sommes confrontés à une difficulté : compte tenu de la définition actuelle de la notion de publicité, ceux qui veulent parler d'un territoire dont l'héritage est lié, pour l'essentiel, à des productions viticoles s'exposent à un risque juridique. Cette situation complexe tient notamment au fait qu'un même nom désigne, dans beaucoup d'endroits, à la fois un terroir et un produit. Pour ma part, une fois n'est pas coutume, je ne soutiendrai pas votre position, madame la présidente. Ce faisant, j'ai le sentiment de défendre non pas la consommation de vin, mais l'identité d'un territoire. Il ne s'agit nullement de remettre en cause la loi Évin – jamais je ne m'exprimerai en ce sens –, mais d'apporter une solution à des difficultés juridiques que nous avons constatées.

**M. Arnaud Richard.** Je partage en partie le point de vue que vient d'exprimer Christophe Sirugue, et je salue nos collègues qui s'intéressent à la sécurité juridique. Cependant, l'objet de ce projet de loi n'est pas, selon moi, de régler ces questions.

Je ne conteste pas qu'il y ait un problème de valorisation ou de marketing territorial, ni qu'il soit difficile de faire la différence entre la Bourgogne, l'Alsace, le Val de Loire, la Savoie et leurs vins respectifs, mais cela n'empêche pas de faire la promotion de ces régions. Certes, il faut défendre la production viticole, qui fait partie de notre patrimoine culturel, mais il me paraît problématique d'affirmer, comme l'a fait l'un de nos collègues, que le vin est un produit artistique, surtout lorsque l'on débat d'un texte relatif à la santé publique.

J'ai beau être élu de Chanteloup-les-Vignes (*Sourires*), nous ne devons pas faire passer de message de cette nature, et je ne comprends pas que l'on puisse défendre, à longueur de texte, des dispositions qui visent à corriger la loi Évin – je n'imagine pas qu'il puisse s'agir de la mettre en mal. D'autant que les arguments avancés sont assez fallacieux. Ainsi, la consommation de vin ne serait pas assez importante en France ? Je peux comprendre que la concurrence de boissons plus légères, mentionnée par notre collègue, pose un problème économique dans certaines régions, mais, malgré le respect que j'ai pour notre patrimoine culturel et pour ces régions, je ne pense pas que la disposition proposée ait sa place dans ce texte. Je voterai donc en faveur de l'amendement de Mme la présidente.

**M. Gilles Lurton.** Je rejoins l'analyse de Christophe Sirugue : nous sommes confrontés à une difficulté juridique lorsqu'il s'agit de valoriser les terroirs, lesquels sont pourtant un atout pour notre pays. Il n'est nullement

question de remettre en cause la loi Évin. M. Évin déclarait d'ailleurs lui-même que c'est l'abus d'alcool qui est dangereux pour la santé. Mme Delaunay nous dit voir tous les jours des publicités pour le sauternes et les grands crus de bordeaux. Mais, en l'état actuel des textes, ces publicités risquent en permanence de faire l'objet d'un contentieux. C'est cette incertitude qu'il nous faut lever en clarifiant le droit. Nous demandons donc de conserver la rédaction adoptée par le Sénat.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Krabal, vous avez employé le terme « aliment » à propos du vin.

**M. Arnaud Robinet.** C'est Pasteur qui l'avait utilisé !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je vous invite à faire le tour de nos épiceries et de nos supermarchés. Quel est le seul aliment sur lequel le nombre de calories pour 100 millilitres n'est pas indiqué ? Le vin ! Or, dans le cadre de la lutte contre le diabète, le surpoids et l'obésité, il serait intéressant de savoir combien de calories contient un verre de vin. Et je n'insulte pas la viticulture en le disant : ce serait tout simplement logique.

Certains d'entre vous font valoir que la droite et la gauche ont voté ensemble l'article 4 *ter* au Sénat. Méfiez-vous de cet argument : je vous rappelle que les salles de consommation de drogue à moindre risque, dont nous allons discuter ultérieurement, ont été maintenues par le Sénat. Attention, donc, à ne pas vous faire prendre à votre propre piège !

Lorsqu'il est question d'alcool, c'est chaque fois la même chose : nous avons droit à une grande communion entre la droite et la gauche. Tel a notamment été le cas lors de l'examen du projet de loi HPST présenté par Mme Bachelot. Or j'aimerais un peu de dignité dans nos débats. Car j'avais notamment entendu, à gauche : « La bière, ce n'est pas de l'alcool, c'est du houblon dans de l'eau ! » ; et, à droite : « La bière est un don de Dieu ! » (*Rires et exclamations.*)

**M. Arnaud Robinet.** C'est de la caricature ! Vous mélangez tout ! Revenons-en au sujet !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce n'est pas de la caricature, monsieur Robinet : nous avons effectivement entendu des arguments de ce type, tous plus idiots les uns que les autres. Voilà jusqu'où l'on va en termes d'arguments irrecevables lorsqu'il est question d'alcool ! Et nous n'en sommes qu'au début de ce roman : j'attends les débats sur ce sujet dans l'hémicycle, qui donneront sans doute encore lieu à des articles dans les journaux satiriques !

Moins de 6 % des poursuites engagées concernaient le vin ! J'entends invoquer la culture, mais je vous rassure : dans les hebdomadaires, dans la presse, sur internet, la publicité pour le vin trône en bonne place, il n'y a absolument aucun problème !

Il semble toujours que l'alcool ne doive jamais être directement visé par des mesures de prévention. Ce n'est jamais le moment. Or il faut toujours faire plus de prévention. Le but de la prévention, c'est pourtant d'en réduire la consommation ! « L'alcool est bon pour la santé », prétend-on, mais il n'y a que l'eau qui lui soit nécessaire. Rassurons ceux qui suivraient nos débats : s'ils ne boivent qu'un verre de vin par mois, ils n'en mourront pas ! En santé publique, une politique de prévention s'inscrit dans une perspective de très long terme, et il faut attaquer sur tous les fronts. Je le répète : ce n'est pas qu'en buvant des alcools forts que nos jeunes s'alcoolisent massivement ! Ce faux clivage entre les alcools forts et nos vins, qui, eux, ne seraient que plaisir, m'agace profondément.

Le docteur Amine Benyamina a intitulé l'un de ses ouvrages *L'Alcool, du plaisir à la souffrance*. C'est précisément à ce point que doivent se tenir nos politiques. Il s'agit de ne pas favoriser le passage du plaisir à la souffrance, donc à la dépendance. En maintenant cet article 4 *ter* nouveau, nous ferions précisément franchir ce pas à certains. Oh, évidemment, tout le monde ne serait pas concerné ! Nous savons très bien que les effets de l'alcool et du vin ne sont pas les mêmes selon les personnes et les situations, que les corps n'auront pas le même souvenir du plaisir procuré.

Si mon amendement de suppression n'est pas voté, je n'en fais pas une affaire personnelle. Je vous donne simplement rendez-vous dans quinze ou vingt ans. Pour ma part, je ne joindrai pas ma voix aux vôtres pour enfoncer un coin dans la loi Évin, car c'est de cela qu'il s'agit, ne vous en déplaie !

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il n'est évidemment pas question de faire ici le procès de nos viticulteurs, qui ont beaucoup progressé, ces quarante dernières années, et la viticulture est effectivement un facteur important de dynamisme pour de nombreuses régions. Il n'en est pas moins question de santé publique. De même, il n'y a pas, d'un côté, les prohibitionnistes et, de l'autre, des agents du lobby viticole. Tenons-nous en à des éléments factuels.

La première fois que Denys Robiliard m'a expliqué qu'un problème juridique se posait à la suite d'un arrêt de la Cour de cassation, je n'y comprenais rien – et je ne suis pas formé pour savoir si la Cour a tort ou raison. Après avoir assisté à des débats assez vifs, pour ne pas dire violents, je me suis intéressé à la question de manière plus générale. N'était-il question que d'un tout petit accroç à la loi Évin ? Ou bien voulait-on faire passer un gros chat par le chas de l'aiguille ?

Vous dites, chers collègues, vouloir améliorer la loi Évin, grâce à cet article 4 *ter* issu des travaux du Sénat, qui a pour objet d'insérer un article L. 3323-3-1 après l'article L. 3323-3 du code de la santé publique. Je vous invite cependant à lire l'article L. 3323-4 du code de la santé publique, issu de la loi Évin. Le second alinéa est ainsi rédigé : « Cette publicité peut comporter des références relatives aux terroirs » – précisément le mot qu'a employé M. Lurton – « de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine [...] ou aux indications géographiques ». Ainsi, quoi que vous en disiez, cette question du

terroir et des indications géographiques est déjà prise en compte par le droit actuellement en vigueur.

Je me suis également demandé si quelque « publicité cachée » n'était pas pratiquée du côté non des viticulteurs mais, plus généralement, des alcooliers et si des associations ne promouvaient pas l'alcool sous un jour très ludique, ou très doré. J'en donnerai deux exemples. Dans tous les concerts de musique, notamment au très connu festival Rock en Seine, vous trouvez une association : Pression Live, qui existe depuis dix ans. Or qui est derrière Pression Live ? Un brasseur, dont je ne citerai pas le nom. Ensuite, connaissez-vous Entreprise & Prévention ? Cette association fut même partenaire de l'éducation nationale et a lancé une opération intitulée « Espace » dans le Limousin. Née en 1990, et soutenue par l'ensemble de la filière et des alcooliers, cette association est devenue le 6 octobre 2015 – est-ce un symbole ? je ne sais – Avec modération ! L'ensemble des alcooliers sont donc réunis – la composition du conseil d'administration en fait foi – dans une association qui s'appelle « Avec modération ! »

Les alcooliers nous vendent donc l'idée de la consommation responsable. Je considère que je suis un consommateur responsable. Si vous buvez du vin ou de l'alcool, beaucoup d'entre vous, chers collègues, sont des consommateurs responsables, j'en suis persuadé. Représentez-vous cependant la déviance que cela représente. Si les territoires ne sont pas empêchés, aujourd'hui, de faire de la publicité, nous avons, d'un autre côté, des entreprises qui font la promotion de leurs produits, en faisant la promotion de la prévention, de la modération.

Le petit travail que j'ai fait et mes rencontres avec ceux qui s'occupent de prévenir et de soigner l'alcoolisme aigu ou chronique m'a donné la conviction, indépendamment de cette question juridique soulevée par mon collègue Robiliard et d'autres, sur laquelle je suis incapable de me prononcer, qu'il serait bon de ne pas toucher à la loi Évin. N'oublions pas ce que peut représenter l'alcool, et cela n'emporte aucune action hostile aux viticulteurs – je ne veux pas, monsieur Accoyer, d'autodafés !

La position de Mme la présidente me paraît donc devoir être soutenue. Je suis favorable à cet amendement.

*La commission rejette l'amendement puis adopte l'article 4 ter sans modification.*

#### *Article 5*

(art. L. 2133-1 et L. 3232-8 [nouveau] du code de la santé publique  
et L. 112-13 [nouveau] du code de la consommation)

#### **Information nutritionnelle complémentaire par graphiques ou symboles**

Cet article, modifié par l'Assemblée nationale en commission et par le Sénat en séance publique, ouvre la possibilité, pour les producteurs et distributeurs du secteur de l'alimentation, de prévoir une information nutritionnelle

complémentaire sur les emballages alimentaires au moyen de graphiques ou de symboles.

Le règlement n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 (dit « règlement Inco »), entré en vigueur le 13 décembre 2014, définit les mentions qui doivent obligatoirement figurer sur l'emballage de la plupart des denrées alimentaires ayant fait l'objet d'une transformation industrielle.

L'article 30 de ce règlement prévoit une déclaration nutritionnelle obligatoire, c'est-à-dire l'indication de la valeur énergétique et des quantités de graisses, acides gras saturés, glucides, sucres, protéines et sel présentes dans la denrée. L'article 35 ouvre quant à lui la possibilité aux producteurs et aux distributeurs de faire figurer sur l'emballage des denrées alimentaires des « formes d'expression et de présentation complémentaires » de la déclaration nutritionnelle obligatoire, « au moyen de graphiques ou symboles ».

Le présent article traduit l'intention du Gouvernement de favoriser de telles pratiques.

Le **I** créé ainsi un nouvel article L. 3232-8 au sein du titre unique, consacré à la nutrition et à la santé, du livre II *bis* de la troisième partie du code de la santé publique. Cet article indique qu'« *afin de faciliter l'information du consommateur et pour l'aider à choisir en toute connaissance de cause* », la déclaration nutritionnelle obligatoire prévue par le règlement européen « *peut être accompagnée d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles* ».

Ce nouvel article L. 3232-8 prévoit également que les modalités selon lesquelles les recommandations adressées aux producteurs et distributeurs sont établies et évaluées sont définies par décret en Conseil d'État après avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

Le **II** créé une disposition miroir dans le code de la consommation, qui renvoie à l'article L. 3232-8 du code de la santé publique.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

À l'initiative du rapporteur ainsi que de Mme Dominique Orliac et des commissaires du groupe radical, républicain, démocrate et progressiste (RRDP), la commission a ajouté un **I A** modifiant l'article L. 2133-1 du code de la santé publique afin de prévoir la révision régulière de l'information à caractère sanitaire figurant dans les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

En séance publique, le Sénat a apporté plusieurs modifications à cet article, malgré l'avis défavorable du Gouvernement.

Deux amendements identiques, présentés par M. Gilbert Barbier et certains membres du groupe du rassemblement démocratique et social européen (RDSE) et par M. Michel Raison et certains membres du groupe Les Républicains, prévoient que les modalités selon lesquelles les recommandations adressées aux producteurs et aux distributeurs sont définies après avis, non seulement de l'Anses, mais également du Conseil national de l'alimentation.

Un amendement de Mme Elisabeth Lamure et de certains membres du groupe Les Républicains vise à exclure les denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière du champ d'application de cet article.

Enfin, à l'initiative de M. Paul Vergès et des membres du groupe communiste, républicain et citoyen (CRC), le Sénat a adopté un amendement prévoyant que l'arrêté déterminant la teneur maximale en sucres ajoutés contenue dans les denrées alimentaires distribuées dans les outre-mer soit signé uniquement par le ministre chargé des outre-mer, et non plus également par les ministres chargés de la santé, de l'agriculture, de la consommation.

## **3. La position de la commission**

La commission n'a pas été convaincue par les trois dispositions adoptées par le Sénat.

Concernant tout d'abord les modalités de définition des recommandations adressées aux producteurs et aux distributeurs, le dispositif envisagé repose déjà sur une expertise scientifique. Par ailleurs, l'ensemble des parties prenantes, consommateurs, sociétés scientifiques et exploitants du secteur alimentaire, sont consultés dans le cadre d'une concertation globale initiée en mars 2015.

Ensuite, dans la mesure où les producteurs ou distributeurs auront le choix de mettre en œuvre ou non la recommandation, il ne paraît pas utile d'exclure certaines denrées alimentaires du champ d'application de ces dispositions.

Enfin, l'arrêté déterminant la teneur maximale en sucres ajoutés contenue dans les denrées alimentaires distribuées en outre-mer a récemment fait l'objet d'un accord interministériel. Il était légitime que le ministère de la santé y soit associé.

Pour ces raisons, la commission a adopté trois amendements du rapporteur rétablissant cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.



*La commission se saisit de l'amendement AS291 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** Cet article pose le principe, dans le code de la santé publique, d'une information nutritionnelle synthétique, simple et largement accessible, mise à disposition par les producteurs et distributeurs volontaires. La forme que prendrait cette information pourra s'appuyer sur des recommandations dont les modalités d'établissement sont renvoyées à un décret d'application mais qui devront bien évidemment se fonder sur une analyse scientifique.

Nous considérons que la mise en œuvre d'un étiquetage complémentaire doit mobiliser l'ensemble des professionnels du secteur de l'alimentation et faire l'objet d'une concertation approfondie, pour que son impact sur les comportements alimentaires soit le plus fort possible. Si nous souscrivons aux objectifs visés, nous estimons néanmoins souhaitable que la mise en œuvre d'un système d'étiquetage nutritionnel complémentaire fasse l'objet d'une expérimentation préalable qui permette d'en mesurer les effets en termes d'information du consommateur avant une éventuelle généralisation.

**Mme Michèle Delaunay.** Nous tournons autour du problème depuis des années : il faut un étiquetage simple et compréhensible par tous, largement répandu, il y a presque urgence. Une expérimentation me paraît donc inutile.

**Mme Valérie Boyer.** Nous expérimentons des étiquetages plus ou moins farfelus depuis des années. Aujourd'hui, il faut passer à quelque chose de clair et net. Indiquons enfin sur le devant du paquet le nombre de calories pour 100 grammes afin que tout le monde comprenne de quoi il s'agit ! Tout le monde sait ce que sont les calories, mais je vous mets au défi de calculer le nombre de calories d'un pot de yaourt pris dans les rayons d'un supermarché : chaque marque a son propre étiquetage et ses propres messages de santé publique. Il faut une information claire, nette et partagée. Mettons un terme à ces sempiternels débats en instaurant une mesure générale, n'expérimentons plus !

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je n'ai rien à ajouter aux propos de Mme Boyer. En outre la préoccupation de M. Richard est d'ores et déjà satisfaite puisque seuls les volontaires s'engageront dans la démarche. Arrêtons de tourner en rond, et allons-y !

**M. Arnaud Richard.** Je veux être très clair : l'idée de l'expérimentation visait surtout à permettre que l'État édicte, par décret, des recommandations appropriées.

**M. Denis Jacquat.** Il est extrêmement difficile de lire l'étiquetage actuel – il faudrait quasiment faire ses courses avec une loupe. Peut-être faudrait-il donner moins à lire, car, d'une façon générale, plus il y en a et moins les gens lisent !

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement ASI67 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Je propose d'élargir les possibilités d'étiquetage. L'article 5 prévoit non l'obligation mais la possibilité, encadrée par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), d'indiquer la teneur en sucres, en sel et en matières grasses. Je propose d'envisager d'indiquer aussi la teneur en additifs. La question des risques associés aux additifs alimentaires est d'ailleurs l'une des grandes problématiques sur lesquelles travaille l'autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA). Bien entendu, l'ANSES devra étudier la question avec les parties concernées en vue d'un décret en conseil d'État. Je le rappelle : il s'agit simplement d'ouvrir une possibilité, comme pour la valeur nutritionnelle.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je sais, cher collègue, votre intérêt pour ces questions. Avec l'adoption de l'article 5, les produits que nous consommons pourront être étiquetés différemment, avec une échelle colorimétrique simple. C'est une première étape. Peut-être est-il prématuré d'accélérer le mouvement d'autant que l'Europe cherche effectivement à affiner l'évaluation des risques sanitaires.

Je suis donc défavorable à votre amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS374 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il s'agit de supprimer, à l'alinéa 4, les mots « et du Conseil national de l'alimentation ». Le conseil consultatif en question n'a pas sa place, en effet, dans une démarche d'expertise scientifique.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS375 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Dans la mesure où les producteurs ou distributeurs auront le choix de mettre en œuvre ou non la recommandation prévue par cet article, il ne paraît pas utile d'exclure certaines denrées alimentaires du champ d'application de ces dispositions.

**M. Gérard Bapt.** J'ai été approché par des producteurs d'aliments à visée médicale. Ils s'inquiétaient : allait-on leur imposer un étiquetage ? J'aimerais que ce point soit précisé.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il n'y a aucune obligation, c'est bien le sens de l'article 5, dont nous venons de débattre.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle se saisit ensuite de l'amendement AS376 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à supprimer une disposition adoptée par le Sénat, prévoyant que l'arrêté déterminant la teneur maximale en sucres ajoutés contenus dans les denrées alimentaires distribuées outre-mer soit signé uniquement par le ministre des outre-mer. Il nous paraît délicat de priver le ministre de la santé de son rôle d'acteur alors que la question du sucre dans l'alimentation est de sa compétence.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 5 **modifié**.*

#### Article 5 bis AA

### **Demande de rapport sur l'amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective**

Cet article, inséré au Sénat en séance publique, prévoit la remise d'un rapport sur l'amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Introduit en séance publique à l'initiative de Mme Aline Archimbaud et des membres du groupe écologiste suivant un avis favorable du Gouvernement, cet article précise que le rapport demandé au Gouvernement « *s'intègre dans un projet de santé publique qui articule la qualité d'accueil dans les restaurations collectives avec un projet d'éducation à la santé permettant aux usagers de la restauration collective, en premier lieu les élèves des établissements scolaires fréquentant la cantine, de faire des choix nutritionnels adaptés à leur santé et leur activité physique* ».

#### **2. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission **adopte** l'article 5 bis AA **sans modification**.*

### Article 5 bis A

(art. L. 3232-9 [nouveau] du code de la santé publique)

## **Interdiction des fontaines proposant des boissons sucrées**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en séance publique, vise à interdire la mise à disposition de fontaines de boissons sucrées.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Inscrit en séance publique à l'initiative de M. Arnaud Richard et de plusieurs membres du groupe Union des démocrates indépendants (UDI), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, cet article crée un article L. 2133-2 nouveau du code de la santé publique qui interdit, dans tous les lieux ouverts au public ou recevant du public, la mise à disposition en libre-service, payant ou non, de fontaines proposant des boissons avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse.

La détermination de la liste des catégories de boissons visées par l'interdiction est renvoyée à un arrêté ministériel.

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Alors que le dispositif initial visait les fontaines « *en libre-service, payant ou non* », la commission des affaires sociales du Sénat a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un amendement restreignant la portée de l'interdiction aux fontaines proposant des boissons « à volonté ». Ne seraient ainsi concernées par l'interdiction que les boissons accessibles sans limitation de quantité, gratuitement ou après acquittement d'un prix forfaitaire.

Par ailleurs, outre des modifications rédactionnelles, cet amendement déplace le dispositif au sein des dispositions du code de la santé publique relatives à la prévention de l'obésité et du surpoids. Il est par conséquent inscrit dans un article L. 3232-9 nouveau.

En séance publique, outre un amendement corrigeant une erreur de référence, le Sénat a adopté un amendement présenté par M. Jean-Marie Vanlerenberghe et des membres du groupe UDI, sous-amendé par le Gouvernement. Il prévoit une entrée en vigueur différée du dispositif, douze mois après la promulgation de la présente loi. Ce délai doit permettre aux professionnels concernés soit de mettre fin à l'accès en libre-service de boissons sucrées, soit de les transformer en fontaines à eau.

### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

*La commission examine l'amendement AS278 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** Cet amendement avait pour objet de rétablir la rédaction initiale de l'Assemblée nationale, adoptée à une large majorité. Il s'agissait de lutter contre la pratique du *free refill* – libre-service à volonté – qui se développe depuis quelques années en France. Des enseignes proposent des boissons sucrées à volonté, ce qui va à l'encontre des préconisations en termes de santé publique et met souvent en danger les populations les plus défavorisées et touchées par l'obésité. Les boissons sucrées, en particulier le soda, sont riches en calories, au point de favoriser le surpoids et les pathologies nutritionnelles, comme l'hypertension.

La France a été, mes chers collègues, pionnière dans la mise en place d'une politique publique de santé nutritionnelle effective et durable, avec le lancement dès 2001 du programme national nutrition santé (PNNS). Ce programme fixe l'objectif une réduction de la proportion d'enfants consommant plus d'un demi-verre de boissons sucrées par jour de 25 %. Il nous semblait cohérent de poursuivre dans cette voie en interdisant, par l'amendement adopté à une large majorité par l'Assemblée nationale en première lecture, la promotion au volume pour les aliments ou boissons dont les propriétés nutritionnelles sont considérées comme nuisibles à la santé. J'ai cependant été assez convaincu – mais pas totalement – par les arguments développés par nos collègues sénateurs en commission et en séance. Je retire donc cet amendement, quitte à en déposer un nouveau plus tard, en vue de l'examen en séance plénière ; je crois quand même la rédaction de nos collègues sénateurs meilleure.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 5 bis A sans modification.*

#### *Article 5 bis B [supprimé]*

(art. L. 3231-1 du code de la santé publique)

### **Participation de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie à la concertation préalable à l'élaboration du programme national nutrition santé**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale et supprimé par le Sénat, prévoyait la participation de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) à la concertation préalable à l'élaboration du programme national relatif à la nutrition et à la santé (PNNS).

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

L'article L. 3231-1 du code de la santé publique prévoit l'élaboration par le Gouvernement, tous les cinq ans, d'un PNNS, dont il détaille les objectifs.

L'article 5 bis B, introduit en séance publique à l'initiative de Mme Chaynesse Khirouni et de plusieurs membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen (SRC), malgré un avis défavorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement, complète l'article L. 3231-1 pour prévoir la participation de l'UNCAM et de l'UNOCAM à la concertation préalable à l'élaboration du PNNS.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de suppression de cet article.

Elle a estimé qu'il n'appartenait pas à la loi de dresser la liste des organismes associés à la concertation préalable à l'élaboration du PNNS. Elle a également rappelé que l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi prévoyait déjà, plus généralement, que « *tout projet de réforme portant sur la politique de santé [...] fait l'objet d'une concertation préalable avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire* » et que « *les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent [...] à la mise en œuvre de la politique de santé définie par l'État* ».

## 3. La position de la commission

Estimant que cet article était déjà satisfait par l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi, la commission a maintenu sa suppression.

\*

*La commission examine l'amendement AS47 de Mme Chaynesse Khirouni.*

**Mme Annie Le Houerou.** Le présent amendement inscrit l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) dans la concertation préalable à l'élaboration du PNNS car l'implication de l'ensemble des parties prenantes du système de santé français permettra d'en renforcer l'efficacité.

Lancé en 2001, le PNNS vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Pour être efficace, la politique nutritionnelle nécessite l'intervention de tous les acteurs en capacité d'intervenir sur la santé et le bien-être des individus, notamment en matière de prévention.

Les organismes obligatoires et complémentaires de l'assurance maladie sont en effet des acteurs centraux de notre politique de prévention. Par leurs actions, ils empêchent ou retardent l'apparition de problèmes de santé, par exemple en organisant des services de permanence d'information santé, en

promouvant le dépistage précoce de certaines maladies ou en remboursant les vaccinations non-obligatoires.

**M. Bernard Accoyer.** Une remarque d'ordre général : au fil du temps, nous avons introduit une confusion entre les assureurs, les professionnels de santé, les institutions éducatives. Laissons les organismes du secteur assurantiel, qu'il s'agisse des régimes obligatoires ou des régimes complémentaires, se consacrer à leur mission, notamment l'accès à l'innovation – matière à un vaste débat –, la délivrance ou la couverture des soins dans les meilleures conditions de qualité, d'accessibilité ou de moindre coût, et ne leur faisons pas faire qui n'est pas leur mission naturelle. L'État s'étant retiré, en particulier de certaines missions de prévention et d'éducation sanitaire, nous avons chargé la barque des organismes d'assurance obligatoire ou complémentaire.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** En fait, l'article 1<sup>er</sup>, principal, cite déjà l'ensemble des acteurs du champ. Je partage donc les arguments de M. Accoyer. Il n'est pas nécessaire de rétablir l'article 5 bis B.

*La commission rejette l'amendement AS47.*

*La suppression de l'article 5 bis B est donc maintenue.*

#### *Article 5 ter [supprimé]*

(art. L. 3232-4-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Promotion de l'activité physique et des modes de déplacement actifs dans les campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale et supprimé par le Sénat, visait à préciser que les campagnes de lutte contre l'obésité et le surpoids promeuvent l'activité physique régulière et les modes de déplacement actifs.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Le chapitre II du titre unique, relatif à la nutrition et à la santé, du livre II bis de la troisième partie du code de la santé publique est consacré à la politique de prévention de l'obésité et du surpoids.

Les articles L. 3232-3 et L. 3232-4 de ce chapitre sont relatifs aux campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids.

Introduit en commission à l'initiative de M. Denis Baupin et de plusieurs commissaires du groupe écologiste, avec l'avis favorable du rapporteur, le présent article créé un nouvel article L. 3232-4-1 précisant que ces campagnes d'information encouragent l'activité physique régulière et les « modes de déplacement actifs, notamment le vélo et la marche ».

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

À l'initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article.

Elle a estimé que la définition du contenu des campagnes de lutte contre l'obésité et le surpoids ne relevait pas du domaine de la loi. Elle a en outre précisé que l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi prévoyait déjà, de manière plus générale, que la politique de santé concernait « *la prévention individuelle et collective des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie [...] par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges* ».

## **3. La position de la commission**

La commission a maintenu la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 5 ter.*

### *Article 5 quater*

(art. L. 3233-1 du code de la santé publique)

### **Prévention précoce de l'anorexie mentale et lutte contre la valorisation de la minceur excessive**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, a pour objet de lutter contre la maigreur excessive.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Introduit en commission à l'initiative du rapporteur Olivier Véran et de plusieurs commissaires du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC), cet article complétait le chapitre II du livre II *bis* de la troisième partie du code de la santé publique, relatif à la prévention de l'obésité et du surpoids, par un nouvel article L. 3232-9 précisant que « *la politique de santé contribue à la prévention et au diagnostic précoce de l'anorexie mentale et des troubles des conduites alimentaires, notamment en luttant contre la valorisation de la minceur excessive* ».

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Un amendement des rapporteurs, adopté par la commission des affaires sociales du Sénat, a tout d'abord déplacé ce dispositif dans un nouveau chapitre III



du livre II *bis* de la troisième partie du code, intitulé « Lutte contre la maigreur excessive ». Le dispositif proposé figure donc dans un nouvel article L. 3233-1. La portée de cet article a été réduite, puisque l'objectif de prévention et de diagnostic précoce de l'anorexie mentale et des troubles des conduites alimentaires a été supprimé.

Cet amendement a également intégré dans l'article 5 *quater* les dispositions figurant initialement à l'article 5 *quinquies* B du projet de loi, que le Sénat a supprimé en commission. Cet article prévoyait l'obligation d'accompagner les photographies de mannequins dont l'apparence a été modifiée par logiciel de traitement d'image d'une mention indiquant qu'il s'agit de photographies retouchées (voir le commentaire de l'article 5 *quinquies* B).

Désormais prévu dans un nouvel article L. 3233-2, ce dispositif a en outre été modifié par rapport à la version figurant initialement à l'article 5 *quinquies* B. Sa portée a été élargie à toutes les images publicitaires afin de viser non seulement les photographies mais également les vidéos commerciales. Il a été précisé que l'obligation de mentionner les retouches repose sur les annonceurs et les promoteurs et qu'elle s'impose à toute promotion, destinée au public, par voie d'imprimés et de publications périodiques. Dans le cas des messages publicitaires diffusés sur Internet ou à la télévision, elle ne s'appliquerait qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. Enfin, la disposition relative à l'amende maximale encourue en cas de non-respect de cette obligation a été fixée à 30 000 euros.

En séance publique, un amendement des rapporteurs, adopté contre l'avis du Gouvernement, précise que l'obligation d'apposer une mention spéciale sur les photographies de mannequins s'applique seulement lorsque la silhouette a été « affinée », et non plus « modifiée », par un logiciel de traitement d'image.

### **3. La position de la commission**

La commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, moyennant plusieurs modifications.

La mention spécifique de l'anorexie a été supprimée, celle-ci faisant partie des troubles du comportement alimentaire. Par ailleurs, cet article a été déplacé au sein du chapitre I<sup>er</sup>, consacré aux dispositions générales relatives à la lutte contre les troubles du comportement alimentaire, où il a davantage sa place qu'au sein du chapitre II, consacré à la lutte contre l'obésité et le surpoids.

\*

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS377 du rapporteur Gérard Sebaoun, et AS226 de Mme Maud Olivier.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement AS377 vise deux objectifs.

Il s'agit tout d'abord de redonner tout leur sens à la prévention et au diagnostic précoce de l'ensemble des troubles du comportement alimentaire, sans se focaliser sur l'anorexie. Le champ des troubles du comportement alimentaire est beaucoup plus vaste, même si l'anorexie y est cardinale.

Il s'agit ensuite de replacer le dispositif au sein du chapitre Ier du titre unique du livre consacré à la lutte contre les troubles du comportement alimentaire. Actuellement, il figure à la fin du chapitre II, consacré à la lutte contre l'obésité et le surpoids.

**Mme Marie-Françoise Clergeau.** L'amendement AS226 vise à favoriser le diagnostic précoce de l'anorexie mentale et des troubles du comportement alimentaire. Il est cependant moins bien rédigé que l'amendement AS377. Je le retire donc.

*L'amendement AS226 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS377.*

*En conséquence, l'article 5 quater est ainsi rétabli et rédigé.*

#### *Article 5 quinquies A*

(art. 223-2-1 [nouveau] du code pénal et L. 3232-11 du code de la santé publique)

#### **Création d'un délit pénal d'incitation à la maigreur excessive**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, tend à créer un délit pénal d'incitation à la maigreur excessive.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Ni le délit de mise en danger d'autrui, prévu à l'article 223-1 du code pénal, ni le délit de délaissement, défini à l'article 223-3 du même code, ne permettent actuellement de s'attaquer à l'action des sites internet incitant à l'anorexie, connus sous le nom de « pro-ana ».

Cet article, issu d'un amendement de Mme Maud Olivier adopté en séance publique avec un avis favorable du Gouvernement, visait à réprimer l'incitation à la maigreur excessive.

Le **I** insérait dans le chapitre du code pénal relatif à la mise en danger des personnes un nouvel article 223-2-1 tendant à créer un délit de provocation à la recherche d'une maigreur excessive. Ce délit était caractérisé par le fait d'encourager une personne à des restrictions alimentaires prolongées ayant pour effet de l'exposer à un danger de mort ou de compromettre directement sa santé. La peine prévue était d'un an d'emprisonnement et de 10 000 euros d'amende.

Le **II** créait dans le livre II bis du code de la santé publique relatif à la lutte contre les troubles du comportement alimentaire un nouveau titre intitulé « lutte

contre la maigreur excessive » composé d'un article unique. Celui-ci prévoyait que le fait de provoquer directement une personne à rechercher une maigreur excessive était réprimé par l'article 223-2-1 du code pénal.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

À l'initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article.

Elle a considéré que les études sociologiques réalisées sur le sujet, ainsi que les expériences menées en Italie et aux Pays-Bas tendaient à montrer que la pénalisation des sites incitant à la maigreur excessive conduisait en réalité à pénaliser les malades de l'anorexie, qui ont davantage besoin d'être soutenus que d'être punis, et à empêcher l'émergence de lieux de discussions ouverts aux soignants.

## 3. La position de la commission

La commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, tout en adoptant un sous-amendement permettant de corriger une erreur de référence.

\*

*La commission se saisit de l'amendement AS231 de Mme Maud Olivier.*

**Mme Marie-Françoise Clergeau.** Cet amendement rétablit l'article 5 *quinquies* A tel qu'adopté en première lecture à l'Assemblée nationale. Il vise à combattre les troubles alimentaires tels que l'anorexie ou la boulimie en réprimant l'incitation à la maigreur excessive. Nous proposons donc de créer un nouveau délit dans le code pénal.

**Mme Valérie Boyer.** La rédaction retenue par le Sénat me semble meilleure. Ne rétablissons pas une version beaucoup moins adaptée.

**M. Bernard Accoyer.** Les dispositions que cet amendement a pour objet de rétablir paraissent quelque peu décalées, eu égard à la nécessité d'une harmonisation du droit européen et compte tenu de l'ouverture de la France au reste du monde. La prévention des troubles du comportement alimentaire, leur diagnostic, leur prise en charge sont déjà bien connus. Il s'agit là de questions sanitaires et pathologiques comme les autres. Pourquoi les stigmatiser par de telles dispositions ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Tout d'abord, madame Boyer, l'amendement défendu par Mme Clergeau a pour objet de rétablir un article supprimé par le Sénat, il ne s'agit pas de modifications rédactionnelles. Sans doute aviez-vous un autre article à l'esprit.

Sur le fond, il me semble essentiel, dans un texte de santé publique, de parler des troubles du comportement alimentaire. Chacun, ici, sait que Mme Boyer – qui avait notamment déposé une proposition de loi sur le sujet – et d’autres s’y intéressent depuis longtemps.

Néanmoins, la littérature suscitée par les troubles du comportement alimentaire montre qu’il y a incontestablement matière à débat. Personne ne conteste l’idée que l’anorexie mentale, qui concerne à 90 % des jeunes femmes, est un drame, une maladie qui peut conduire à la mort. Ceux qui y poussent doivent donc être durement sanctionnés. Cependant, les professionnels sont plus réservés que nous. On cite toujours les sites internet « pro-ana » – souvent américains – mais les tribunes publiées à la suite de l’examen de ce texte en première lecture nous mettent en garde. Il s’agit aussi parfois de sites de socialisation pour des jeunes femmes confrontées à des difficultés majeures.

Je ne vous cache pas que je suis dans une position délicate. Oui, incontestablement, celui qui promeut certaines images, jusqu’à faire risquer la mort à une jeune femme, doit être sanctionné, mais soyons aussi attentifs à ce que nous écrivons et n’embrassons pas un champ trop important.

L’Assemblée nationale s’était déjà prononcée en première lecture. Respectueux de ce choix, je me prononce donc en faveur de cet amendement de rétablissement, mais je tenais à relayer auprès de vous les réserves exprimées par les professionnels.

**Mme Valérie Boyer.** Effectivement, monsieur le rapporteur, j’ai confondu avec un autre article.

L’article que nous examinons est effectivement issu d’une proposition de loi que j’avais déposée, qui avait été adoptée par l’Assemblée nationale en 2009, moyennant une modification de la peine encourue – il s’agissait surtout de faire en sorte que la loi ne porte pas mon nom, mais ce n’est pas grave, c’est l’idée qui compte, et elle a été reprise par un député qui n’est plus là.

Aujourd’hui, il est très important que l’Assemblée, comme elle l’a fait en 2009, donne un signal concernant les pratiques qui incitent des personnes à se mettre en danger de mort, puisque l’on sait que l’anorexie mentale est la maladie psychiatrique qui tue le plus.

Bien évidemment, ce n’est pas l’incitation qui rend malade : nous ne faisons pas de confusion entre la maladie et les personnes qui en incitent d’autres à se priver de nourriture jusqu’à altérer leur santé. Mais il est important que notre assemblée adresse un signal, comme elle l’a fait s’agissant de la provocation ou de l’incitation au suicide. C’est pourquoi j’avais déposé ma proposition de loi en 2009 en m’inspirant des dispositions du code pénal sur la provocation et l’incitation au suicide. Étant donné que l’extrême maigreur peut conduire au décès, il est important que l’incitation à l’extrême maigreur soit pénalisée.

La loi peut servir à lancer des signaux et il me semble important de le faire sur cette question. Lorsque l'Assemblée avait voté ma proposition de loi, c'était la première fois que dans un hémicycle, on parlait de l'extrême maigreur et de l'anorexie alors que ce problème touche pourtant énormément de personnes et de familles. Il est important de marquer notre opposition que ces incitations ou provocations se fassent sur les réseaux sociaux, dans le milieu professionnel ou les clubs sportifs. Les agences de mannequins ne sont pas les seules en cause ; toutes les situations où une personne peut avoir une emprise sur une autre, y compris parfois dans le cercle familial ou très proche, sont visées.

**Mme la présidente.** À titre personnel, j'ai évolué entre les deux lectures. Je voterai contre cet amendement. J'ai écouté les professionnels : les sites internet sont des sources de recherches et d'étude du comportement des filles – jeunes ou moins jeunes – qui les fréquentent. Je tenais à ce que ma position soit claire.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Les auteurs de l'étude ANAMIA ont publié une tribune dans *Libération* voilà quelques mois dans laquelle, en leur qualité de professionnels ayant étudié ces sites pendant quatre ans, ils expliquaient les risques qu'ils craignaient que cet amendement puisse engendrer.

Par ailleurs, dans un souci de légistique, je souhaite faire rectifier l'amendement afin qu'il y soit fait mention dans tous ses paragraphes de l'article 223-2-1 du code pénal.

**Mme Marie-Françoise Clergeau.** Je suis d'accord avec la modification que propose le rapporteur. Il est important de voter cet amendement car l'anorexie démontre que des personnes fragiles peuvent se laisser influencer avec les conséquences que l'on sait.

*La commission adopte l'amendement ainsi rectifié.*

*L'article 5 quinquies A est ainsi rétabli et rédigé.*

#### *Article 5 quinquies B*

(art. L. 2133-3 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Obligation d'apposer une mention spéciale sur les photographies de mannequins dont l'apparence a été retouchée par un logiciel de traitement d'image**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit l'obligation d'accompagner les photographies à usage commercial de mannequins dont l'apparence a été modifiée par un logiciel de traitement d'image de la mention « Photographie retouchée ».

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée

Introduit en séance publique à l'initiative de Mme Maud Olivier et de plusieurs membres du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, cet article permettait d'encadrer la diffusion de photographies de mannequins dont l'apparence a été retouchée à l'aide d'un logiciel de traitement d'image.

Il complétait le chapitre III relatif à l'alimentation, à la publicité et à la promotion du titre III, consacré aux actions de prévention concernant l'enfant, du livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code de la santé publique par un nouvel article L. 2133-1. Celui-ci disposait que les photographies à usage commercial de mannequins « dont l'apparence corporelle a été modifiée par un logiciel de traitement d'image afin d'affiner ou d'épaissir la silhouette du mannequin doivent être accompagnées de la mention « Photographie retouchée » ».

En cas de non-respect de ces dispositions, une amende de 37 500 euros, dont le montant peut être porté à 30 % des dépenses consacrées à la publicité, était prévue.

Les modalités d'application et de contrôle de l'article étaient renvoyées à un décret, pris après consultation de l'autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Lors de l'examen de l'article 5 *quater*, la commission des affaires sociales, à l'initiative de ses rapporteurs, a intégré dans cet article le dispositif prévu par le présent article, moyennant plusieurs modifications (voir le commentaire de l'article 5 *quater*).

Elle a donc adopté un amendement de conséquence supprimant le présent article.

## 3. La position de la commission

La commission a rétabli cet article dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

\*

*La commission examine l'amendement AS237 de Mme Maud Olivier.*

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Cet amendement tend à rétablir l'article 5 *quinquies* B tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Cet article a pour objet de combattre les troubles alimentaires tels que l'anorexie ou la boulimie. Il est proposé d'imposer sur les photographies d'images

corporelles retouchées la mention de cette retouche. La politique de prévention de ces troubles passe notamment par l'encadrement des photographies d'images corporelles retouchées, car ces images peuvent conduire des personnes à croire à des réalités qui n'existent pas et les entretiennent dans la spirale de la maigreur extrême.

Le non-respect de cette disposition serait sanctionné d'une amende dont le montant est aligné sur ce qui existe en cas de publicité mensongère.

**M. Gilles Lurton.** Je suis tout à fait opposé à cet amendement. Il reste très peu de mannequins issus de notre pays, et les photographes comme tous ceux qui ont besoin de mannequins n'ont aucun problème à aller les chercher dans les pays étrangers, notamment à l'est de l'Europe. La grande majorité des mannequins salariés qui reste dans les agences de mannequins françaises ont, de par leur morphologie, une minceur constitutionnelle. Je n'imagine pas ces mannequins accepter de voir la mention « photo retouchée ». Cette disposition me semble complètement inapplicable.

**Mme Valérie Boyer.** Une fois de plus, mes collègues ont dû trouver mon travail excellent puisqu'ils ont totalement plagié la proposition de loi que j'avais déposée, en changeant juste les sanctions pour qu'elle ne porte pas mon nom.

Le problème n'est pas tant celui des mannequins que celui du modèle qui est proposé. Nous sommes soumis à plus de 2 000 signaux publicitaires par jour, qui utilisent souvent le corps des femmes comme vecteurs, avec des photos retouchées. Le problème n'est pas que ces photos soient retouchées, il en va de la liberté de l'artiste et chaque publicitaire peut diffuser l'image qu'il souhaite, mais de faire passer pour réel quelque chose qui ne l'est pas, sans prévenir le lecteur ou le spectateur. Il ne s'agit pas d'incriminer les mannequins plus que les autres, mais de faire savoir que les images diffusées ne reflètent pas la réalité, contrairement à ce que l'on voudrait nous faire croire.

Il existe aujourd'hui des logiciels de traitement de l'image très simples – ce sont des formules mathématiques – qui permettent de dire dans quelle proportion l'image a été retouchée, au-delà du fait d'effacer une imperfection passagère sur un visage. Chaque personne est propriétaire de son image, le problème est de s'adresser à un public sans le prévenir que l'image a été modifiée. Il en va des images corporelles comme des photos de guerre ou des photos de manifestations, c'est un problème de déontologie de l'image.

Souhaitons-nous avoir un débat sur la déontologie de l'image, ou préférons-nous continuer à infantiliser et tromper les lecteurs en utilisant des logiciels de transformation de l'image sans les prévenir ? Lorsqu'un article de journal affirme des faits qui ne correspondent pas à la réalité, le journal peut être attaqué en diffamation. Pour les images, il n'y a aucune protection, ni du travail des photographes, ni de la propriété de l'image corporelle du modèle – ces images, en effet, sont souvent modifiées sans prévenir cette dernière – ni des spectateurs.

Aujourd'hui, nous avons la possibilité de signaler simplement qu'une image a été modifiée. Il est proposé non pas d'interdire sa modification, mais simplement de cesser d'infantiliser le lecteur ou le spectateur, et de protéger la personne à qui cette image est destinée, ainsi que celle qui pose. C'est un simple problème d'information.

**M. Bernard Accoyer.** Après la police des textes rédactionnels, qui a été utilement corrigée suite aux dérives jurisprudentielles sur la loi Évin, voilà la police des photos ! Les professions concernées par cet article sont totalement opposées à de telles dispositions.

Nous faisons comme si la France était entourée de murs permettant d'empêcher la diffusion des images provenant du monde entier. Si quelque chose est mondialisé aujourd'hui, ce sont bien les images. Ces dispositions entraîneraient la fin dans notre pays de toute une série d'activités qui font partie de notre patrimoine : la mode, le luxe, les défilés. C'est inadapté, la France n'est pas une île coupée du monde.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement est important, et les deux interventions extrêmement légitimes que nous venons d'entendre posent bien le débat : Mme Boyer a beaucoup travaillé sur le sujet, et parle bien de l'image, quant à M. Accoyer, il nous met en garde contre le risque de nous heurter à un problème beaucoup plus vaste.

L'apparence corporelle, cela va du sommet du crâne jusqu'au dernier orteil. Or tout peut être modifié – les agences et des syndicats de mannequins que M. Lurton et moi-même avons auditionnés nous ont d'ailleurs dit que toutes les photos étaient retouchées.

Cela pose des problèmes juridiques très importants qui relèvent de différents codes. La définition du mannequin par le code du travail est extrêmement large : un bébé, Mamy Nova, ou quiconque pose pour une photo est considéré comme un mannequin. M. Accoyer a eu raison de dire que nous touchons l'ensemble du champ de la mode. Comment gérer en outre les images qui vont nous venir de l'étranger ?

Cet article est important – j'entends les arguments de Mme Boyer – mais il soulève des difficultés considérables, que je ne suis pas certain que nous ayons mesurées. Nous avons bien sûr réfléchi avec le Gouvernement. Si l'on décide d'imposer la mention « photographie retouchée », elle figurera sur tous les supports dans notre pays – les affiches sur les murs, les photos, etc. Tous porteront cette mention, comme nous avons imposé à une autre époque la mention « Fumer tue ». Il s'agit d'avertir les spectateurs : soyez attentifs, cette image que vous êtes en train de regarder peut ne pas refléter la réalité. Mme Boyer l'a très bien expliqué, je n'ai rien à rajouter.

Je suis favorable à l'idée d'aiguiser le sens critique de nos concitoyens. La méthode est-elle la bonne ? C'en est une en tout cas. Je souhaitais néanmoins



partager avec vous mes interrogations sur le champ que nous ouvrons d'autant que je ne suis pas sûr que tous les acteurs aient été consultés. J'accepte l'amendement même si, toutes les photos pouvant être retouchées aujourd'hui, cette disposition risque de poser des difficultés à l'avenir.

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 5 quinquies B est ainsi rétabli et rédigé.*

#### *Article 5 quinquies C [supprimé]*

(art. L. 3232-10 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Inclusion de la lutte contre la dénutrition dans la politique de la santé**

Introduit par l'Assemblée nationale et supprimé par le Sénat, cet article précisait que la prévention, le traitement et la lutte contre la dénutrition font partie de la politique de santé.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Inscrit en séance publique à l'initiative de Mme Brigitte Allain et de plusieurs membres des groupes socialiste, républicain et citoyen (SRC) et écologiste, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, cet article complétait le chapitre II, relatif à la prévention de l'obésité et du surpoids, du titre unique du livre II *bis* de la troisième partie par un nouvel article L. 3232-10. Celui-ci disposait que la politique de santé « contribue à la prévention, au traitement et à la lutte contre la dénutrition, notamment à travers le suivi nutritionnel des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes ».

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article. Elle a estimé que la lutte contre la dénutrition faisait déjà partie des objectifs de la politique de santé, définis à l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi.

Par ailleurs, d'un point de vue formel, la commission a relevé que cet article n'avait pas sa place au sein du chapitre visé, qui concerne la lutte contre l'obésité et le surpoids.

Elle a en outre rappelé que la question de la dénutrition dans les EHPAD renvoyait avant tout aux bonnes pratiques des établissements. Les outils de suivi des EHPAD existent déjà, en particulier le « recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées » du ministère des affaires sociales, l'outil « nutrition » du programme « MobiQual » de la société française de gériatrie et de gérontologie et de la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée ». Le plan médicament devrait

également aborder la question de la dénutrition, au travers des pratiques de délivrance de médicaments aux personnes âgées ne pouvant avaler de comprimés.

### 3. La position de la commission

La commission a maintenu la suppression de cet article.

\*

*La commission examine l'amendement ASI68 de Mme Brigitte Allain.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Il s'agit de rétablir un article adopté à l'Assemblée nationale que le Sénat a supprimé. Il proposait que la prévention de la dénutrition soit l'une des priorités de la politique de santé publique. Nous avons convaincu les députés dans cette commission et dans l'hémicycle.

Ce sujet touche 800 000 personnes en France, des personnes âgées, y compris certaines placées dans des établissements d'accueil.

Il faut réinscrire cette priorité parmi les objectifs de la politique de santé, car il s'agit d'un problème bien réel et dramatique.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Sans nier la dénutrition des personnes âgées, je suis persuadé que cet article est particulièrement mal placé, puisque nous étudions le chapitre qui traite des troubles du comportement alimentaire tels que l'obésité. Il ne me semble pas légitime de placer cette disposition ici, avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*En conséquence, la suppression de l'article 5 quinquies C est maintenue.*

#### *Article 5 quinquies D*

(art. L. 7123-2-1 [nouveau] et L. 7123-27 du code du travail)

#### **Encadrement de l'exercice d'activité de mannequin au regard de son état de santé**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale et modifié par le Sénat, vise à encadrer l'exercice de l'activité de mannequin.

### 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée

Issu d'un amendement du rapporteur Olivier Véran et de plusieurs membres du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC) adopté en séance publique, cet article créé un nouvel article 7123-2-1 au sein de la section du code du travail relative aux mannequins.

Le 1° interdit l'exercice de l'activité de mannequin à toute personne dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à un niveau défini, sur proposition de la Haute Autorité de santé (HAS), par arrêté des ministres en charge de la santé et du travail. Les personnes qui exploitent une agence de mannequins ou qui recourent, moyennant rémunération, au concours d'un mannequin, sont chargées de veiller au respect de cette interdiction, dans les conditions définies par un décret en Conseil d'État.

Le 2° rétablit l'article 7123-27 du code du travail pour prévoir une sanction pouvant aller jusqu'à six mois d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende, en cas de non-respect de ces dispositions.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a approuvé cet article, moyennant l'adoption d'un amendement de ses rapporteurs retirant du texte proposé le détail du mode de calcul de l'IMC.

Le dispositif a été modifié en séance publique par l'adoption, contre l'avis du Gouvernement, de quatre amendements identiques présentés par M. Alain Vasselle, Mme Patricia Schillinger, Mme Corinne Imbert et plusieurs membres du groupe Les Républicains, et M. Gilbert Barbier et plusieurs membres du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE).

Ils remplacent le 1° relatif à l'interdiction de l'exercice de l'activité de mannequin pour toute personne dont l'IMC est inférieur à un certain seuil par un nouveau dispositif précisant que les obligations de tout employeur en matière de sécurité et de protection de la santé physique et mentale des travailleurs, définies aux articles L. 4121-1 et suivants du code du travail, s'appliquent bien aux employeurs de mannequins.

La nouvelle rédaction du 1° précise également que le médecin du travail « *contrôle que les conditions de travail du mannequin ne mettent pas en danger son état de santé et sa croissance* » et renvoie aux articles L. 4624-1 et L. 4624-2 du code du travail relatif à la médecine du travail.

Les auteurs de ces amendements identiques ont évoqué plusieurs arguments pour supprimer le critère de l'IMC :

– la pertinence de ce critère susciterait des réserves, les seuils « limites » pouvant varier selon la morphologie, l'âge ou le sexe de la personne ;

– il ne s'appliquerait que lors de l'embauche des mannequins et ne garantirait donc pas l'état de santé du mannequin sur le long terme ;

– il introduirait une discrimination à l'embauche liée à l'apparence physique ou à l'état de santé, qui font partie des discriminations mentionnées à l'article L. 1132-1 du code du travail ;

– il défavoriserait les agences de mannequins françaises au profit des agences étrangères n’appliquant pas un tel critère.

### 3. La position de la commission

Convaincue ni par le dispositif initial adopté par l’Assemblée nationale, ni par celui adopté par le Sénat, la commission a adopté une nouvelle rédaction de cet article, proposée par le rapporteur.

En effet, le dispositif adopté à l’Assemblée nationale, consistant à interdire l’embauche de mannequins dont l’IMC est inférieur à un certain seuil, est problématique. Il existe par exemple des maigreurs constitutionnelles et il est délicat d’interdire une activité à une personne classée comme « maigre » au regard de l’IMC et par ailleurs en très bonne santé.

Le dispositif adopté par le Sénat, qui renvoie à la médecine du travail, est quant à lui inopérant et ne s’applique qu’aux mannequins salariés. Les mannequins étrangers travaillant sous statut indépendant ne pourraient pas en bénéficier. Il précise en outre que l’agence de mannequin veille à ce que l’exercice du métier de mannequin ne mette pas en danger sa santé. Toutefois, cette prescription très générale, difficile à contrôler, est assortie d’une sanction disproportionnée.

Conscient de la nécessité de veiller à ce que l’état de santé de certains mannequins, en particulier leur statut pondéral, soit compatible avec l’exercice de leur activité, la nouvelle rédaction de l’article, permet de conditionner l’exercice de l’activité de mannequin à la délivrance d’un certificat médical. Ce certificat devra attester que l’IMC du mannequin est compatible avec l’exercice de son métier.

Par ailleurs, le partage des responsabilités est clarifié : c’est à l’agence de mannequin de s’assurer que le mannequin dispose bien d’un certificat médical, mais c’est au médecin d’évaluer si son état de santé est compatible avec l’exercice de son activité.

\*

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS401 du rapporteur Gérard Sebaoun et AS275 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet article important, introduit en première lecture, vise spécifiquement le métier de mannequin. Tel que rédigé, il interdisait l’exercice du mannequinat à toute personne dont l’indice de masse corporelle (IMC) était inférieur à un seuil, et allait jusqu’à spécifier le mode de calcul de l’IMC.

Je vous propose une rédaction différente de celle retenue en première lecture, soumettant l’exercice du mannequinat à la délivrance d’un certificat

médical attestant que l'indice de masse corporelle est compatible avec l'exercice de ce métier. Les modalités d'application de cette disposition seraient définies par un arrêté des ministres chargés de la santé et du travail, pris après avis de la Haute Autorité de santé. L'amendement prévoit ensuite la sanction du non-respect de cette disposition.

Cette mesure ouvre, là encore, un champ important, parce que si l'IMC est reconnu par l'Organisation mondiale de la santé comme un des critères majeurs pour mesurer la masse corporelle des individus, il est surtout utilisé dans le cadre des études portant sur l'obésité. Plusieurs pays, tels qu'Israël et l'Espagne, utilisent déjà l'IMC. Israël, en particulier, est très allant sur le seuil de 18,5 qui révèle la maigreur excessive et sur la mention des retouches photographiques.

La rédaction de cet article au terme de la première lecture ne me convenait pas, car le texte prévoyait *ex abrupto* d'interdire de mannequinat les personnes dont l'IMC n'était pas compatible. À ce stade, je n'ai pas souhaité supprimer la référence à l'IMC, indicateur reconnu de tous. Mais j'ai interrogé différents organismes, notamment le service juridique de l'ordre des médecins, qui s'est avéré extrêmement dubitatif quant à la mention de cet indice dans la loi.

Le second élément que je souhaite porter au débat porte sur l'application de cette mesure. Aujourd'hui, comme l'a dit M. Lurton, 90 % des mannequins qui défilent en France sont de nationalité étrangère et n'ont donc pas grand-chose à voir avec le salariat que la médecine du travail peut contrôler. C'est pourquoi la rédaction du Sénat, qui prévoit précisément l'intervention de la médecine du travail, ne me semble résoudre le problème que pour un tout petit nombre de mannequins.

Le certificat médical répond-il à une problématique spécifique ? Il y a peu de professions qui, au-delà de l'aptitude nécessaire pour les salariés, doivent répondre à une telle obligation. J'en ai trouvé une : les plongeurs. Les pilotes de ligne sont également concernés, mais ils mettent en jeu la vie d'autrui, ce qui n'est pas le cas des mannequins, à moins qu'ils n'aient un IMC tellement bas qu'ils donnent une image à haut risque. Mais mon propos portait sur l'interdiction de travailler.

Bref, la rédaction que je propose est loin d'être parfaite, mais elle me semble meilleure que celle adoptée en première lecture ou par le Sénat, qui se fondait sur la médecine du travail. La solution du Sénat ne peut être retenue car nous verrons défiler sur nos podiums lors de la *Fashion week*, par exemple, des mannequins qui ne sont pas concernés par notre droit. Pour autant, peut-on demander un certificat médical à une personne, originaire, ou non, de l'Union européenne ? Je reconnais les limites de ma proposition.

**M. Gilles Lurton.** En présentant votre amendement, monsieur le rapporteur, vous avez également défendu le mien. Comme vous le rappeliez, 90 % des mannequins sont des étrangères non salariées et recrutées à l'étranger par les

photographes et les personnes qui en ont besoin pour leurs présentations. Si donc on maintient la mention à l'IMC tel que cela est proposé, les professionnels ne prendront plus de mannequins salariés français, et cela fera peser un grand risque sur toute cette industrie dans notre pays.

Beaucoup de mannequins ont un IMC bas du fait de leur morphologie naturelle, pas à cause de l'anorexie. Si leur IMC n'entre pas dans le cadre qui sera imposé par la loi, ils seront rejetés *de facto*, ce qui entraînera une discrimination à l'embauche qui pourra très rapidement être dénoncée.

Cette référence à l'IMC peut également entraîner des dégâts économiques beaucoup plus importants qu'on ne l'imagine : les agences qui ont des bureaux à Paris n'auront plus recours aux mannequins français, et toute l'industrie qui vit des démonstrations organisées disparaîtra car tout aura lieu à l'étranger. Je suis favorable à un contrôle médical, mais pas à la mention de l'indice de masse corporelle.

**M. Bernard Accoyer.** Les dispositions en cause, qui semblent du reste problématiques pour le rapporteur, finiraient d'exclure la France de la profession du mannequinat si elles étaient adoptées.

Par ailleurs, ces dispositions posent un réel problème constitutionnel en prévoyant une discrimination fondée sur le critère des mensurations. Cela ouvre la porte à de nombreuses dérives.

Enfin, s'il s'agit de salariés, les visites d'embauche déterminent l'aptitude professionnelle, ce qui paraît tout à fait suffisant.

Si, par malheur, l'amendement du rapporteur devait être adopté, je propose de le modifier en remplaçant la mention à l'indice de masse corporelle par celle du certificat d'aptitude rendu par la médecine du travail suite à la visite d'embauche.

**M. Arnaud Richard.** J'ai également déposé des amendements à cet article, qui risquent de tomber si l'amendement du rapporteur est adopté. Les sénateurs ont supprimé, en première lecture, la référence au calcul de l'IMC et ont décidé d'accroître le rôle du médecin du travail. Mes amendements proposent de reformuler l'alinéa 3 de l'article, car il ne me semble pas judicieux de faire reposer le contrôle de la santé des mannequins sur la personne du directeur de l'agence, même si je comprends la volonté des sénateurs de responsabiliser les agences de mannequins. Il est important de rappeler les obligations des employeurs, mais il faut également renforcer le rôle des médecins en la matière.

Nous sommes conscients des difficultés que connaît la médecine du travail. Pour autant, la confusion entre maigre et anorexie est néfaste. Il est essentiel de bien cerner ce qui relève de la pathologie. Il convient donc d'être prudent en la matière.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Je trouve que l'on entre beaucoup trop dans les détails pour réglementer une profession bien précise. J'espère que ce n'est pas simplement parce que celle-ci bénéficie d'une présence médiatique plus importante que d'autres professions qui sont confrontées à des problèmes de conditions de travail au moins aussi sérieux.

De plus, je ne peux m'empêcher de penser que si l'inspection du travail avait les moyens d'exercer son métier, nous n'aurions pas besoin de superposer les textes pour entrer à ce point dans les détails d'une profession. Je m'abstiendrai sur ces amendements.

**M. Patrick Hetzel.** Indépendamment du débat de fond, je souhaite soulever un point de nature juridique. L'amendement du rapporteur fait explicitement référence à l'IMC. Or si le Sénat a supprimé cette mention, c'est qu'elle fait peser un risque de discrimination. S'il y a une discrimination, le texte court le risque d'être jugé inconstitutionnel.

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Je voulais rappeler quelques éléments évoqués lors de la discussion de ce sujet dans l'hémicycle, notamment par Olivier Véran.

La réalité, aujourd'hui, est que des personnes qui sont en situation de danger physique suite à des incitations à la maigreur excessive sont exploitées commercialement. Sachant cela, le législateur a la responsabilité d'agir, c'est aussi une question de protection des personnes qui subissent ces incitations à la maigreur excessive. La rédaction issue de la première lecture pouvait être améliorée – et le rapporteur propose d'ailleurs un certain nombre de précisions juridiques. Il importe surtout de ne pas revenir en arrière sur cette question qui ne peut pas nous laisser indifférents et impuissants.

**Mme Valérie Boyer.** Sur le fond, je me félicite qu'à Paris, capitale mondiale de la mode, on se préoccupe de l'image corporelle et de protéger des personnes qui peuvent être en danger. On envoie ainsi des signaux à toutes celles dont la santé est en péril du fait de leur extrême maigreur.

Pour autant, il ne faut pas stigmatiser la profession de mannequin ou les agences de mannequins. Celles-ci emploient en effet des personnes hors-norme, aux mensurations exceptionnelles, même si nous avons tous entendu des témoignages particulièrement poignants de personnes qui s'affamaient pour pouvoir continuer à travailler. Ne tombons donc pas dans le mythe de Procuste, qui voulait que tout le monde se ressemblent.

Comme mes collègues qui se sont exprimés sur le sujet, je suis néanmoins gêné par les discriminations que cet amendement introduit dans la loi. Il est en effet compliqué de faire mention de l'IMC, car on pourrait ensuite l'appliquer à d'autres professions et introduire d'autres discriminations, ce qui me semble dangereux. Je ne mésestime pas non plus le danger que courent les personnes qui travaillent en état d'extrême maigreur. C'est la raison pour laquelle j'avais

proposé une rédaction qui me semblait mieux correspondre à la situation. On peut appliquer aux agences de mannequins l'obligation de sécurité prévue par le code du travail, puisqu'il existe déjà une règle générale prévoyant une obligation de sécurité de l'employeur envers son salarié. Il faudrait donc ériger cette règle générale en règle spécifique pour des métiers exposés.

Nous parlons des agences de mannequins, mais rappelons que dans le monde du sport ou de la danse, et partout où des employeurs ont des comportements excessifs, les mêmes problèmes se posent. Je propose donc que l'on ait des exigences propres à l'exercice de certains métiers, pour qu'ils ne mettent pas en danger la santé de ceux qui les exercent. Une sanction pénale peut être prévue pour les employeurs de ces personnes qui ne veilleraient pas au respect de ces obligations, en conformité avec des mesures pénales qui existent déjà et qui sont définies par le code du travail. Cette protection supplémentaire pour des métiers exposés me semble préférable à l'introduction, dans le code de la santé publique, d'une discrimination fondée sur un critère physique.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Sur la notion de discrimination, il est vrai qu'il est considéré comme discriminatoire d'engager quelqu'un sur son apparence. Mais je rappelle que l'amendement que je propose prévoit que le certificat atteste que l'indice de masse corporelle du mannequin est compatible avec l'exercice de son métier. C'est bien le médecin qui décidera en conscience, à un moment donné, sachant que la population compte environ 5 % de maigres constitutionnels avec un IMC inférieur à la norme de 18,5 proposée par l'Organisation mondiale de la santé. Renvoyer à une décision médicale qui constate la compatibilité de l'IMC avec l'exercice du mannequinat est une protection supplémentaire. L'amendement permet également de ne pas évoquer la médecine du travail, qui ne sera quasiment pas concernée puisque 90 % des mannequins ne sont pas français et ont un statut d'indépendant. Reste que, à ce stade, je ne peux pas faire disparaître la notion de discrimination.

En bref, cette rédaction est la seule qui donne un message clair – celui que défend Mme Boyer et d'autres ici. C'est pourquoi je vous demande d'adopter l'amendement.

**M. Gérard Bapt.** On éviterait l'écueil auquel il a été fait allusion par un sous-amendement indiquant que « ce certificat atteste que l'état de santé du mannequin est compatible avec l'exercice de son métier ».

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Comme je vous l'ai dit précédemment, c'est la proposition de rédaction qu'avait faite le Conseil de l'ordre des médecins, mais elle ne correspond pas à notre volonté initiale. L'adopter serait évacuer le problème juridique évoqué en première lecture ; c'est pourquoi j'y suis défavorable.

*L'amendement AS 160 de Mme Maud Olivier est retiré.*



*La commission **adopte** l'amendement AS401, et l'article 5 quinquies D est ainsi rédigé.*

*En conséquence, les amendements AS275 de M. Gilles Lurton, AS285 et AS286 de M. Arnaud Richard **n'ont plus d'objet**.*

#### Article 5 quinquies E

### **Encadrement des conditions d'utilisation et de vente des appareils de bronzage**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à encadrer les conditions d'utilisation et de vente des appareils de bronzage artificiel.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée**

Ces règles encadrant la vente, la mise à disposition et l'utilisation des appareils de bronzage sont aujourd'hui fixées par le décret n° 2013-1261 du 27 décembre 2013 relatif à la vente et à la mise à disposition du public de certains appareils utilisant des rayonnements ultraviolets, pris sur le fondement de l'article L. 221-3 du code de la consommation.

Introduit en séance publique à l'initiative du rapporteur Olivier Véran et de la présidente Catherine Lemorton, avec l'avis favorable du Gouvernement, cet article avait pour objet d'inscrire dans la loi l'interdiction de la mise à disposition des appareils de bronzage aux personnes mineures, de la publicité en faveur de ces appareils et de leur vente aux particuliers.

Le fait de mettre un appareil de bronzage à disposition d'une personne mineure était puni de 7 500 euros d'amende. Le non-respect de l'interdiction de la publicité et la vente ou la cession d'un appareil de bronzage pour un usage autre que professionnel étaient quant à eux sanctionnés par une amende de 100 000 euros.

Cet article renvoyait au pouvoir réglementaire le soin de définir les conditions de mise à disposition de ces appareils par des professionnels aux personnes majeures, d'information du public, de contrôle, de récupération et de destruction de ces appareils, ainsi que la formation des professionnels.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté un amendement des rapporteurs qui impose à toute personne mettant à la disposition du public un appareil de bronzage d'exiger de l'intéressé qu'il établisse la preuve de sa majorité, ce qui n'est aujourd'hui qu'une simple faculté.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement de réécriture globale de cet article, présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, tendant à interdire la vente, la mise à disposition et l'utilisation d'appareils de bronzage. Il prévoit une période transitoire de deux ans avant l'entrée en vigueur de cette interdiction.

### 3. La position de la commission

La commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, moyennant plusieurs modifications permettant de mieux encadrer l'utilisation des cabines de bronzage. La première vise à imposer à toute personne mettant à la disposition du public un appareil de bronzage d'exiger de l'intéressé qu'il établisse la preuve de sa majorité, ce qui n'était qu'une simple faculté dans la version initiale de l'article. La seconde consiste à interdire les ventes à forfait, illimitées et promotionnelles, ainsi que toute publicité qui ferait croire que l'exposition aux UV artificiels a un effet bénéfique sur la santé. Enfin, la rédaction proposée renforce les mesures d'information des utilisateurs sur les risques liés à l'utilisation des appareils de bronzage.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS395 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement propose de rétablir l'article adopté par l'Assemblée nationale mais, dans un souci de sauvegarde de la santé publique, la rédaction en est précisée. Il est imposé à toute personne mettant à la disposition du public un appareil de bronzage d'exiger la preuve de la majorité des personnes intéressées – ce n'était que facultatif dans la version initiale ; les ventes à forfait, illimitées et promotionnelles sont interdites ; les mesures d'information des utilisateurs sur les risques liés à l'utilisation des appareils de bronzage sont renforcées.

Nous n'interdisons pas ces cabines parce que les études se poursuivent sur les risques que fait courir leur utilisation et parce que les professionnels du secteur nous ont dit travailler à une harmonisation européenne. Mais, étant donné la progression du nombre de mélanomes en France, à laquelle contribue sans aucun doute l'exposition aux rayons ultraviolets que le Centre international de recherche sur le cancer a classés éléments cancérigènes potentiels, je vous propose d'adopter cette rédaction plus sévère.

**M. Arnaud Robinet.** Comment contrôlera-t-on l'usage des cabines de bronzage domestiques ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'article interdit la vente ou la cession, y compris à titre gratuit, d'un appareil de bronzage pour un usage autre que professionnel.

*La commission adopte l'amendement, et l'article 5 quinquies E est ainsi rédigé.*

## CHAPITRE I<sup>ER</sup> BIS Lutter contre le tabagisme

*Article 5 quinquies*  
(art. L. 3511-2 et L. 3511-2-3 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Interdiction des arômes et des additifs dans les cigarettes et le tabac à rouler**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, transpose l'article 7 de la directive 2014/40 sur les produits du tabac et interdit les arômes et les additifs dans les cigarettes, le tabac à rouler, les filtres et le papier à cigarettes. Il a été modifié par le Sénat, la date d'entrée en vigueur de cette disposition étant reportée pour certains produits. La commission a rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

À l'initiative du Gouvernement, la commission avait adopté un amendement visant à transposer l'article 7 de la directive 2014/40 sur les produits du tabac et à interdire les arômes et les additifs dans les cigarettes, le tabac à rouler, les filtres et le papier à cigarettes. Étaient également visés les additifs aux propriétés dites « CMR » (cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction). Le I de l'article insérait donc dans le code de la santé publique un nouvel article L. 3511-2-3.

Le II de l'article prévoyait une entrée en vigueur de l'interdiction au 20 mai 2016, date limite de transposition fixée par l'article 29 de la directive.

Un délai supplémentaire de quatre ans était néanmoins laissé pour les cigarettes ou tabac à rouler aromatisés dont le volume des ventes représente, à l'échelle de l'Union européenne, 3 % ou plus du volume des ventes dans une catégorie de produits déterminée. Ce délai supplémentaire concerne principalement le menthol.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Considérant qu'il était préférable « *que la France s'en tienne, pour l'ensemble des produits concernés, au calendrier prévu par la directive européenne, afin que l'interdiction soit simultanée dans l'ensemble des États*

*membres* », la commission des affaires sociales du Sénat a souhaité élargir ce délai supplémentaire à deux catégories de produits (les 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> du nouvel article 3511-2-3) :

– les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant ;

– tout dispositif technique permettant de modifier l’odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion.

En séance publique, un amendement du Gouvernement rétablissant le texte de l’Assemblée nationale a été rejeté et le texte de la commission a été adopté.

### **3. La position de la commission**

Le rapporteur partage l’analyse juridique du Gouvernement et, semble-t-il, de la commission européenne, selon laquelle la nouvelle dérogation prévue par le Sénat est contraire à la directive.

En effet, l’article 7 de la directive prévoit que les États membres doivent interdire d’une part « *la mise sur le marché de produits du tabac contenant un arôme caractérisant* » (alinéa 1) et, d’autre part, « *la mise sur le marché de produits du tabac contenant des arômes dans l’un de leurs composants tels que les filtres, le papier, le conditionnement et les capsules, ou tout dispositif technique permettant de modifier l’odeur ou le goût des produits du tabac concernés* » (alinéa 7).

Par ailleurs, l’alinéa 14 du même article de la directive prévoit la dérogation suivante : « *En ce qui concerne les produits du tabac contenant un arôme caractérisant particulier, dont le volume des ventes à l’échelle de l’Union représente plus de 3% ou plus dans une catégorie de produits déterminée, les dispositions du présent article s’appliquent à compter du 20 mai 2020* ».

Toute la question est de savoir ce qu’il faut entendre par arôme caractérisant ? La réponse se trouve à l’article 2 de la directive qui donne la définition suivante de l’arôme caractérisant : « *une odeur ou un goût clairement identifiable autre que celle ou celui du tabac, provenant d’un additif ou d’une combinaison d’additifs, notamment à base de fruits, d’épices, de plantes aromatiques, d’alcool, de confiseries, de menthol ou de vanille (liste non exhaustive), et qui est identifiable avant ou pendant la consommation du produit du tabac* ».

Le menthol présent dans les capsules, les filtres ou le papier ne répond donc pas à la définition de l’arôme caractérisant puisqu’il n’est pas présent dans le tabac et, argument supplémentaire pour les capsules, il n’est pas identifiable avant la consommation de la cigarette.

La directive vise donc à interdire le menthol en permettant en ce qui concerne les cigarettes mentholées classiques pour les fumeurs de disposer d'un temps suffisant pour s'adapter. L'idée n'est pas de permettre aux industriels de développer les parts de marché de leurs autres produits, qui étaient très peu présents sur le marché lors des négociations de la directive tabac et qu'ils ont largement développé depuis, notamment pour recruter de nouveaux fumeurs auprès des jeunes.

Sur proposition du rapporteur, la commission a donc rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS379 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement rétablit le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture : la dérogation supplémentaire introduite par le Sénat n'est pas conforme à la directive européenne, qui interdit le menthol sous toutes ses formes dès 2016.

**M. Patrick Hetzel.** Cette rédaction entraîne deux difficultés. La première est d'ordre juridique, la directive n'interdisant les cigarettes mentholées qu'à partir de 2020. La seconde est de nature fiscale : selon *Le Figaro*, anticiper le délai d'application de la disposition permis par la directive entraînerait un manque à gagner de 1,1 milliard d'euros pour les finances publiques. Pourriez-vous nous donner des précisions sur ces points ?

**M. Denis Jacquat.** Je partage ces interrogations.

**M. Bernard Accoyer.** J'avais cru entendre le Premier ministre dire que l'on n'en ferait jamais davantage que ce que demandent les directives. Il serait bon d'être fidèle à la parole de M. Valls.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je vous remercie d'appuyer le Premier ministre. (*Sourires*)

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Comme cela apparaît clairement dans le texte, la rédaction qui vous est proposée respecte strictement les termes de la directive. Les cigarettes mentholées seront interdites en 2020. C'est des capsules mentholées qu'il est question ici, conformément à l'article 7 de la directive, dont les premiers mots sont : « Les États membres interdisent la mise sur le marché de produits du tabac contenant un arôme caractérisant. » J'ai eu des contacts avec une entreprise française leader mondial de la production de capsules mentholées et je suis conscient des difficultés dans laquelle elle se trouve ; elles sont dues à ce qu'elle a malheureusement mal interprété la directive qui nous oblige à supprimer dès 2016 les arômes caractérisants.

**M. Patrick Hetzel.** Les choses ne sont pas aussi claires que vous le dites, monsieur le rapporteur, car on peut aussi interpréter la directive comme ne distinguant pas les procédés de fabrication permettant de mentholer les cigarettes. C'est pourtant ce que vous faites, introduisant ainsi une discrimination assez curieuse.

**M. Denis Jacquat.** Ce qui me paraît surprenant est que l'on traite les directives à diverses sauces : il faudrait transposer celle-ci immédiatement, alors que, comme l'a rappelé notre collègue Accoyer, le Premier ministre nous a expliqué qu'il ne faut pas anticiper leur application. Dans son rapport, sur lequel nous reviendrons, M. Barbier indique clairement la même chose.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous avons devancé les délais prévus par la directive relative aux travailleurs détachés ; ce n'est pas un mal, me semble-t-il.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** La directive interdit tout arôme caractérisant, et spécifiquement les capsules.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 5 quinquies ainsi modifié.*

*Article 5 sexies A [supprimé]*

(art. L. 3511-2-5 [nouveau] du code de la santé publique)

**Interdiction des cigarettes à capsules à la date de promulgation de la loi**

Cet article interdisait la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes contenant des capsules. Il a été supprimé par le Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Introduit par un amendement de Jean-Louis Roumégas adopté en séance publique malgré l'avis défavorable de la commission et du Gouvernement, cet article créait un article du code de la santé publique visant à interdire la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de « *cigarettes contenant des capsules ou tout autre dispositif technique permettant de transformer la cigarette* ».

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré que cet article était redondant avec le 3° du nouvel article L. 3511-2-3 du code de la santé publique introduit par l'article 5 *quinquies*, qui interdit la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes ou de tabac à rouler « *contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion* ». Elle l'a donc supprimé.

En séance publique, le Sénat a confirmé cette suppression.

### 3. La position de la commission

Compte tenu du rétablissement de l'article 5 *quinquies*, la commission a confirmé la suppression de l'article.

\*

*La commission examine l'amendement AS169 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** L'amendement tend à rétablir l'article. La vente de cigarettes à capsules est une stratégie marketing ciblant les adolescents. Elle fonctionne parfaitement : les deux catégories de la population dans lesquelles le nombre de fumeurs a le plus fortement augmenté au cours des dix dernières années sont les jeunes – et plus tôt on commence à fumer, plus grand est le danger – et les femmes. Si les capsules ne sont pas mentionnées dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), c'est que l'industrie les gardait dans ses cartons ; auraient-elles déjà été commercialisées que le texte les aurait aussi visées. Il importe de ne pas présenter la consommation de tabac comme ludique, mettant ainsi en péril les plus fragiles.

**M. Bernard Accoyer.** La consommation problématique qui a le plus augmenté en France est celle du cannabis, et des dispositions volontaristes à ce sujet manquent cruellement dans le texte. Cette substance a pourtant des effets plus délétères encore que ceux du tabac – cancérigènes d'une part, psychiatriques d'autre part – que nul ne discute.

**Mme Michèle Delaunay.** Puis-je rappeler d'abord que l'usage du cannabis est interdit en France, ensuite que s'il a des effets neurologiques et psychologiques chez les jeunes, il n'a pas d'effet cancérigène ?

**M. Bernard Accoyer.** Outre que ce n'est pas le lieu de débattre des effets cancérigènes de telle substance ou de telle autre – c'est le travail de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques –, l'effet cancérigène du cannabis est démontré.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce que l'on peut dire, c'est que le cannabis est mélangé à du tabac, cancérigène par nature.

**M. Arnaud Robinet.** On lit dans l'exposé des motifs de l'amendement : « La transposition de la nouvelle directive interdit uniquement l'introduction d'arôme, de nicotine ou de tabac mais elle n'en interdit pas le principe. » N'est-ce pas en contradiction avec ce que nous a dit le rapporteur ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** La directive n'interdit pas les capsules mais celles qui contiennent des arômes caractérisants. L'amendement, tel qu'il est

rédigé, pourrait interdire des capsules vides ; et comme il est partiellement satisfait par celui que nous venons d'adopter, je vous suggère de le retirer. Je devrais, sinon, donner un avis défavorable.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Je le retire, puisqu'il est partiellement, mais substantiellement, satisfait.

**M. Denis Jacquat.** Nous aurions besoin de documentation sur les capsules. Lors de l'examen de la loi HPST, les techniques de mentholisation des cigarettes étaient différentes.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je ne doute pas que vous trouverez une multitude d'informations à ce sujet sur l'Internet.

*L'amendement est retiré.*

*La suppression de l'article 5 sexies A est maintenue.*

#### *Article 5 sexies*

(art. L. 3511-3 du code de la santé publique et art. 573 du code général des impôts)

### **Extension aux cigarettes électroniques de l'interdiction de la publicité, suppression des affichettes et limitation de la publicité dans les publications professionnelles**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, modifie les règles relatives à la publicité pour les produits du tabac en étendant l'interdiction générale aux dispositifs de vapotage ; il supprime par ailleurs les autorisations dérogatoires des affichettes dans les débits de tabac et des publications professionnelles diffusées ou accessibles au-delà du réseau professionnel.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Issu des travaux de la commission, cet article modifie l'article L. 3511-3 du code de la santé publique qui pose une interdiction générale de publicité pour le tabac et interdit toute opération de parrainage lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac.

Deux exceptions sont néanmoins prévues à ces interdictions dans le droit en vigueur :

– les enseignes des débits de tabac et les affichettes qui sont disposées à l'intérieur des débits ;

– les publications et services de communication en ligne édités par les organisations professionnelles et destinés aux professionnels ou non principalement destinés au marché communautaire.



L'article adopté par l'Assemblée nationale modifiait le code de la santé publique sur trois points :

– l'extension au vapotage de l'interdiction de publicité et de parrainage (amendement du Gouvernement) ;

– la suppression de l'exception dont bénéficient les affichettes dans les débits de tabac (amendement du Gouvernement) ;

– l'interdiction de la publicité dans les publications professionnelles (amendement de Mme Michèle Delaunay).

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a substantiellement modifié cet article. Concernant l'interdiction de la publicité dans les publications professionnelles, elle a considéré que le droit existant permettait d'atteindre les objectifs visés par l'amendement de Mme Michèle Delaunay pour peu que son effectivité soit assurée. Elle a donc supprimé le b) du 3° du I.

Elle a confirmé l'extension au vapotage de l'interdiction de publicité, de parrainage et de mécénat, mais en intégrant à l'article 5 *sexies* certaines dispositions de l'article 5 *octies* qui modifiaient le même article du code de la santé publique (voir commentaire de l'article 5 *octies*).

En séance publique a été rejeté un amendement du Gouvernement visant à rétablir le texte de l'Assemblée nationale.

A par contre été adopté, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement du groupe Union des démocrates et indépendants-UC permettant aux détaillants de dispositifs électroniques de vapotage, buuralistes et commerçant spécialisés, de disposer d'affichettes publicitaires pour ces produits sur les lieux de vente.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur considère que le texte adopté par le Sénat respecte les intentions exprimées par l'Assemblée nationale en première lecture. La commission a donc, pour l'essentiel, adopté cette rédaction. Elle a simplement adopté un amendement du rapporteur visant à aligner le régime des sanctions applicable au mécénat, désormais interdit, sur celui de la publicité.

\*

*La commission adopte l'amendement rédactionnel AS380 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS381 du même auteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement vise à aligner le régime de sanction applicable au mécénat, désormais interdit, sur celui de la publicité.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 5 sexies ainsi modifié.*

#### *Article 5 septies A*

(art. L. 3511-2-1 du code de la santé publique)

### **Preuve de la majorité pour l'achat de tabac**

Cet article prévoit que les débitants de tabac doivent exiger de leurs clients qu'ils établissent la preuve de leur majorité.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Issu de deux amendements identiques présentés par M. Arnaud Richard et Mme Michèle Delaunay et adoptés en séance publique avec un avis favorable du rapporteur et du Gouvernement cet article complète l'article L. 3511-2-1 relatif à l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs pour prévoir l'obligation, pour le débitant de tabac, d'exiger que l'acheteur établisse la preuve de sa majorité.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Partageant le constat de multiples détournements à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification.

En séance publique par contre, a été adopté, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, un amendement de Mme Dominique Estrosi-Sassone et de plusieurs sénateurs membres du groupe Les Républicains modifiant le dispositif : il n'est plus prévu que la personne délivrant le produit exige du client qu'il établisse la preuve de sa majorité mais que, lors de la vente du produit, il soit exigé du client qu'il établisse cette preuve.

Cette modification sémantique a pour objet de prendre en compte la spécificité des e-cigarettes et des e-liquides dont la commercialisation s'effectue très majoritairement en dehors du réseau des buralistes et n'est pas toujours effectué par une personne physique comme le prouve les nombreux distributeurs automatiques.

#### **3. La position de la commission**

Le texte adopté par le Sénat introduit une ambiguïté sur la personne responsable du contrôle de la majorité du client. La commission a donc adopté un

amendement du rapporteur visant à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture ainsi qu'à harmoniser le vocabulaire utilisé pour désigner le vapotage.

\*

*La commission examine l'amendement AS382 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Le texte adopté par le Sénat introduisant une ambiguïté sur la personne responsable du contrôle de la majorité du client, l'amendement rétablit le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. De plus, il harmonise le vocabulaire utilisé pour désigner le vapotage.

*La commission **adopte** l'amendement, et l'article 5 septies A est **ainsi rédigé**.*

*En conséquence, l'amendement AS162 de M. Jean-Louis Roumégas, et les amendements identiques AS245 de Mme Michèle Delaunay et AS280 de M. Arnaud Richard **n'ont plus d'objet**.*

#### Article 5 septies

(art. L. 3511-2-4 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Règles d'installation des nouveaux débits de tabac**

Cet article prévoyait la fixation au niveau national d'une distance minimale entre les nouveaux débits de tabacs et les lieux accueillant des mineurs. Supprimé par le Sénat, il a été rétabli par la commission.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'article L. 3335-1 du code de la santé publique donne au préfet la possibilité de prendre des arrêtés déterminant, pour l'installation d'un nouveau débit de boisson, une distance minimale par rapport à des zones. En application de l'article L. 3511-2, ce pouvoir existe aussi pour les lieux de ventes de tabac manufacturé.

Introduit à l'initiative de Mme Michèle Delaunay et de plusieurs membres du groupe SRC au stade de la commission et partiellement réécrit en séance publique, l'article 5 septies définit un régime dérogatoire à l'article L. 3335-1 : pour les « établissements d'instruction publique et établissements scolaires privés ainsi que tous établissements de formation ou de loisirs de la jeunesse », la distance minimale serait fixée par décret en Conseil d'État.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article, considérant que l'édiction d'une norme applicable à l'ensemble du territoire n'était pas opportune. Selon elle, « *dans certains cas, la définition au niveau national de la distance maximale pourrait conduire à une solution moins adaptée à la situation locale, que le préfet semble mieux à même d'évaluer* ».

Aucun amendement de rétablissement n'ayant été déposé en séance publique, le Sénat a confirmé la suppression de l'article.

## 3. La position de la commission

Le rapporteur partage l'analyse du Sénat selon laquelle le préfet de département est mieux placé pour évaluer la situation locale, l'édiction d'une norme au niveau national risquant d'être contre-productif. La commission a donc adopté un amendement du Mme Delaunay visant à confier le soin au préfet de département de fixer une distance minimale entre un nouveau débit de tabac et certains établissements fréquentés par des jeunes.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS243 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** L'amendement rétablit l'article adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, dans une rédaction modifiée : pour tenir compte des contraintes locales, le périmètre d'interdiction de l'installation de débits de tabac autour de certains établissements fréquentés par des jeunes n'est plus décidé par un décret en Conseil d'État mais par les préfets. On évitera ainsi d'empêcher complètement l'installation de nouveaux débits de tabac si deux établissements scolaires sont trop proches.

**M. Dominique Tian.** Lors du débat en première lecture, nous avons insisté sur l'extraordinaire effet d'aubaine que provoquerait la mesure pour les commerces existants, l'interdiction de toute nouvelle création de débit de tabac les dotant d'une rente de situation. Le risque sera moins grand avec la nouvelle version du texte, mais l'article demeure très dangereux.

**M. Bernard Perrut.** Je comprends l'esprit qui anime cette proposition, mais comment définira-t-on la « distance de sécurité minimale » dont fait état l'exposé des motifs de l'amendement ? Tout adolescent déterminé à acheter des cigarettes sera prêt à parcourir le trajet de 100 ou de 200 mètres supplémentaires nécessaires pour cela.

**M. Bernard Accoyer.** Cette disposition est inconstitutionnelle puisque la loi ne s'appliquera pas de manière uniforme sur tout le territoire.

**Mme Michèle Delaunay.** Ce dispositif est celui qui régit l'implantation des débits de boissons. Nous avons pris en considération, après concertation, le fait que la première rédaction pouvait donner une prime aux buralistes déjà installés, et nous avons souhaité que le préfet puisse trancher. Actuellement, 31 % des adolescents âgés de 17 ans déclarent fumer quotidiennement ; ces déclarations sont corroborées par ce que je vois à chaque interclasse depuis ma permanence, située à côté d'un débit de tabac et en face d'un lycée. Il est donc opportun de délimiter un espace de sécurité autour des établissements d'enseignement, ce que les préfets peuvent faire car cela est d'ordre réglementaire.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il s'agit bien des nouvelles implantations et non des débits de tabac déjà installés. Et, comme l'a souligné Mme Delaunay, ce dispositif est calqué sur celui qui vaut pour les débits de boissons. Avis favorable.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 5 septies est rétabli ainsi modifié.*

*Article 5 octies [supprimé]*

(art. L. 3511-3 et L. 3512-2 du code de la santé publique)

**Interdiction pour les fabricants et distributeurs de tabac de faire du mécénat**

Introduit par l'Assemblée nationale, cet article prévoyait d'interdire le mécénat aux fabricants, importateurs et distributeurs de produits du tabac. Partiellement intégré à l'article 5 *sexies*, il a été supprimé par le Sénat. Cette suppression a été confirmée par la commission.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Introduit à l'initiative du rapporteur Olivier Véran au stade de l'examen en commission, cet article avait initialement pour objectif d'interdire aux fabricants, importateurs et distributeurs de produits du tabac de pratiquer le mécénat dans le domaine de la santé.

En séance publique, était adopté, avec avis favorable du Gouvernement et de la commission, un amendement de Mme Michèle Delaunay élargissant cette interdiction à l'ensemble des activités de mécénat, un sous-amendement du Gouvernement précisant que le vapotage était également concerné.

Était par ailleurs élargi le champ des opérations encourageant une majoration de l'amende à hauteur de 50 % des dépenses consacrées à l'opération illégale (majoration prévue à l'article L. 3512-2 du code de la santé publique).

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a approuvé cette interdiction générale du mécénat mais a déplacé, pour des raisons légistiques, les dispositions de l'article 5 *octies* à l'article 5 *sexies*. Elle a par contre supprimé l'extension des sanctions considérant qu'elle n'était pas adaptée aux infractions considérées.

En séance publique, le Gouvernement ayant, après le rejet de son amendement à l'article 5 *sexies*, retiré son amendement de rétablissement du texte de l'Assemblée, le Sénat a confirmé la suppression de l'article.

## 3. La position de la commission

Les dispositions de l'article 5 *octies* ayant été, pour l'essentiel, fidèlement intégrées à l'article 5 *sexies*, la commission a confirmé la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 5 octies.*

### Article 5 nonies

(art. L. 3511-3-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Obligation d'information des acteurs du tabac sur leurs dépenses de communication et actions de « lobbying »**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, oblige les industriels du tabac à rendre publiques leurs dépenses liées à des activités d'influence ou de représentation d'intérêts. Il a été substantiellement modifié par le Sénat. Tout en tenant compte de certaines remarques du Sénat, la commission a, pour l'essentiel, rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Introduit à l'initiative du Gouvernement au stade de la commission, cet article insérait dans le code de la santé publique un nouvel article relatif à la transparence de certaines dépenses engagées par l'industrie du tabac. Il s'inspirait directement des obligations imposées à l'industrie pharmaceutique par l'article L. 1453-1 du même code pour la transparence de ses relations avec certains acteurs du monde de la santé.

Le paragraphe I du texte adopté par l'Assemblée nationale prévoyait ainsi que les fabricants, importateurs et distributeurs de produits du tabac, ainsi que les entreprises, les organisations professionnelles ou les associations les représentant réalisent un rapport annuel « *détaillant l'ensemble de leurs dépenses de publicité, de propagande et de promotion en faveur de leurs produits* ».

Le deuxième alinéa incluait dans ce rapport, outre les dépenses interdites par les articles L. 3511-3 et L. 3511-4, l'ensemble des dépenses « *liées à des activités d'influence ou de représentation d'intérêts* ».

Le paragraphe II de l'article définissait ainsi les dépenses liées à des activités d'influence ou de représentation d'intérêts :

– les rémunérations de personnels employés en totalité ou en partie pour exercer des activités d'influence ou de représentation d'intérêts ;

– les achats de prestations auprès de sociétés de conseil en activités d'influence ou de représentations d'intérêts ;

– les avantages en nature ou en espèces dont la valeur dépasse dix euros procurés aux membres du Gouvernement, des cabinets ministériels, aux parlementaires et aux personnes intervenant dans la prise de décision publique relative aux produits du tabac ;

– les contributions ou dons bénéficiant à des partis ou à des groupements politiques, à des candidats à des mandats électifs ou au financement de campagnes électorales.

Le paragraphe III de l'article précisait le contenu du rapport institué au I et le IV renvoyait à un décret en Conseil d'État pour ses conditions d'application.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a substantiellement réécrit l'article 5 *nonies*. Même si elle en partage les objectifs, elle s'est en effet interrogée sur la pertinence du dispositif retenu : format littéraire du rapport, prise en compte de dépenses en grande partie illégales (c'est le cas des dépenses de publicité ou des contributions et dons à des partis politiques), manque de précision dans la définition des activités d'influence...

La commission a donc proposé une rédaction simplifiée définissant un principe de publicité des avantages consentis à des personnes par ailleurs soumises à des déclarations d'intérêts et d'activités, cette rédaction ayant, pour la commission, vocation à être affinée au cours de la navette parlementaire.

Elle a par ailleurs intégré à l'article 5 *nonies* les dispositions relatives aux sanctions à l'égard des personnes physiques et des personnes morales respectivement prévues aux articles 5 *quaterdecies* et 5 *quindécies* en cas de non-respect de l'obligation de publicité.

En séance publique, le Sénat a rejeté un amendement du Gouvernement rétablissant le texte de l'Assemblée nationale et a adopté sans modification le texte de la commission.

### 3. La position de la commission

L'article 5 *nonies* porte un dispositif extrêmement important pour la transparence de la vie publique car seront désormais connues toutes les activités de lobbying entreprises par les professionnels du tabac auprès des pouvoirs publics.

Certaines interrogations du Sénat semblent néanmoins justifiées et la commission a donc adopté un amendement du rapporteur qui, pour l'essentiel, rétablit le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, tout en tenant compte de certaines remarques du Sénat.

\*

*La commission examine l'amendement AS383 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement rétablit le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture concernant les obligations de transparence sur les actions de lobbying des industriels du tabac en centrant le dispositif sur les dépenses d'influence qu'ils financent. Il procède aussi à quelques clarifications rédactionnelles – ainsi disparaît la mention des contributions ou dons bénéficiant à des partis politiques.

*La commission **adopte** l'amendement, et l'article 5 nonies est **ainsi rédigé**.*

#### *Article 5 decies*

(art. L. 3511-6 du code de la santé publique)

#### **Neutralité des emballages de produits du tabac**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaurait la neutralité et l'uniformisation des emballages de cigarettes et de tabac à rouler. Il a été substantiellement modifié par le Sénat. La commission a rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Introduit à l'initiative du Gouvernement au stade de la commission, le nouvel article L. 3511-6-1 du code de la santé publique créé par l'article 5 *decies* prévoyait que les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes seraient « *neutres et uniformisés* ».

Le II de l'article prévoyait une date d'entrée en vigueur le 20 mai 2016.



## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré que *« l'introduction du paquet neutre constituait une mesure intéressante mais prématurée, et qu'elle devrait être précédée d'un travail de coopération et de rapprochement avec nos voisins européens »*.

À l'initiative de M. Richard Yung et de plusieurs membres du groupe socialiste et républicain, la commission a donc adopté un amendement transposant strictement l'article 10 de la directive européenne du 3 avril 2014, qui prévoit que les avertissements sanitaires recouvrent 65 % de la surface extérieure avant et arrière de l'unité de conditionnement et de tout emballage extérieur.

En séance publique, le Gouvernement a déposé un amendement de rétablissement du texte de l'Assemblée nationale qui a été rejeté par une très large majorité des sénateurs (seuls 16 sénateurs ont voté en faveur de l'amendement gouvernemental). Le Sénat a par contre adopté, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement du sénateur Jean Bizet sortant du dispositif le papier à cigarette et le papier à rouler des cigarettes.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur estime indispensable de rétablir le paquet neutre tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Le tabac est en effet la première cause de décès évitable dans le monde. Quelques chiffres pour illustrer l'ampleur du phénomène. Selon « The world cancer report » 2014 publié par le centre international de recherche sur le cancer de l'OMS :

- le tabac est responsable de 6 millions de décès par an, en croissance constante dont 600 000 personnes victimes de tabagisme passif ;

- 1 milliard de personnes vont mourir à cause du tabac au cours du XXI<sup>e</sup> siècle, compte tenu des projections démographiques et si la tendance au tabagisme se poursuit ;

- en France, on estime le nombre de décès liés au tabac à 79 000, tabac qui joue un rôle prépondérant dans le cancer, première cause de mortalité dans notre pays.

Les coûts sociaux du tabac sont estimés à plus de 47 milliards d'euros, dont 18 milliards pour les seules dépenses liées aux soins.

L'entrée des plus jeunes dans le tabagisme doit être la préoccupation première d'une politique de santé tournée vers la prévention. L'âge de la première cigarette se situe aux alentours de 11 ans et 200 000 enfants et jeunes adolescents sont touchés chaque année.

La lutte contre le tabagisme est donc une priorité sanitaire absolue à l'échelon international, européen et national. La convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac est en vigueur depuis 2005. Elle recommande notamment l'emballage neutre.

La directive des produits du tabac (2014/40/UE) énonce les règles qui encadrent la fabrication, la présentation et la commercialisation du tabac et de ses produits dérivés. Le plan national de réduction du tabagisme (PNRT) présentée par la Ministre Marisol Touraine le 25 septembre 2014 s'inscrit pleinement dans cette stratégie.

Le Gouvernement et la majorité entendent donc mener une lutte sans faille contre la consommation de tabac et ses méfaits sanitaires. Le paquet neutre standardisé traduit par ses images fortes une réalité cachée et participe à la prise de conscience de la nocivité de ce produit de grande consommation :

- en améliorant l'efficacité et la visibilité des avertissements sanitaires actuels ;

- en évitant la désinformation des consommateurs ;

- en réduisant l'attractivité ciblée des emballages ;

- en modifiant profondément les intentions comportementales.

La France a choisi d'être à l'avant-garde dans le droit fil de la directive européenne avec la proposition d'introduction dès 2016 du paquet neutre standardisé.

La commission a donc adopté deux amendements identiques, l'un du rapporteur, l'autre du groupe socialiste, rétablissant le paquet neutre tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS253 de Mme Catherine Quéré.*

**Mme Catherine Quéré.** Nous demandons par cet amendement que le Gouvernement fournisse au Parlement une étude d'impact relative à l'introduction des emballages neutres pour les produits du tabac. Les retours d'expérience venant d'Australie n'étant pas probants, nul ne sait précisément ni si cette disposition réduit réellement le tabagisme, ni l'effet qu'elle aura sur le réseau des buralistes. Il faut notamment évaluer les conséquences de la mesure sur le développement du marché parallèle. Pourquoi, enfin, ne pas coordonner les politiques européennes de prévention et de lutte contre le tabagisme ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il paraît difficile d'évaluer un marché parallèle.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'introduction du paquet neutre fait débat. Outre que la France n'est que très relativement à l'avant-garde en ce domaine – la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé qui est à l'origine de la mesure n'a-t-elle pas été adoptée en 2005, il y a dix ans ? –, ce combat nous honore. C'est pourquoi, la directive prévoyant la possibilité de dérogation pour des motifs de santé publique, nous proposons d'entreprendre une action dynamique dès 2016, sans attendre 2020.

**M. Denis Jacquat.** J'appuie cet amendement de bon sens. Dans le rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme que nous avons rendu, Jean-Louis Touraine et moi-même proposons la réalisation d'une évaluation de l'impact de l'introduction des paquets neutres dans la perspective de son éventuelle application en France. À l'époque, on nous avait assuré que le dispositif fonctionnait en Australie alors qu'il n'était pas lancé. Il est appliqué dans ce pays depuis une année maintenant. Il a pour résultat l'augmentation de la contrebande et, outre cela, le prix du paquet de cigarette étant de 14 euros, on ne sait déterminer de façon certaine si l'évolution de la consommation est due au paquet neutre, ou à l'augmentation du prix, ou aux deux. Il y a donc un problème de fond. Nous sommes favorables à la lutte contre le tabagisme chez les jeunes, mais nous avons le sentiment qu'en l'absence d'études, on veut aller plus vite que la musique.

**M. Dominique Tian.** L'amendement de Mme Quéré me paraît de bon sens. La rédaction du Sénat présentait l'intérêt de tenir compte de l'avis des buralistes et de la concurrence dont seront victimes les tabacs, notamment frontaliers, faute de paquet neutre dans les autres pays européens.

L'Australie est l'unique exemple cité pour illustrer le choix du paquet neutre. Ne peut-on pas trouver d'autres exemples plus précis ?

Mme Delaunay l'a rappelé, 31 % des adolescents de 17 ans fument. Il serait préférable de se préoccuper du tabac qui fait des ravages dans les collèges et les lycées et de soutenir la prévention. Notre médecine scolaire est aujourd'hui considérée comme la plus mauvaise d'Europe. Or, l'État n'investit pas d'argent sur ce sujet.

En revanche, il est prompt à mettre en place un paquet neutre qui nous place dans une position d'infériorité par rapport aux autres pays européens parce qu'il en tire parti pour sa communication.

Cette attitude est détestable.

**M. Bernard Accoyer.** Nous voulons être à l'avant-garde et donner des leçons au monde entier. Soyons plus modestes et tenons-nous en à la directive européenne.

La question du prix est essentielle mais la prévention l'est plus encore. Or, dans ce domaine, les insuffisances sont manifestes.

Enfin, le paquet neutre risque de poser un problème constitutionnel au regard du droit de propriété.

**M. Patrick Hetzel.** Le rapport Barbier préconisait deux études d'impact : la première sur le marché parallèle, qui, selon l'étude du cabinet KPMG, représente pour l'année 2014 plus d'un quart de la consommation de cigarettes en France ; la seconde sur l'efficacité du paquet neutre, étude qui fait défaut aujourd'hui. Dans l'exemple australien, on oublie de préciser que le prix du paquet est bien plus élevé. En outre, il semble que l'introduction du paquet neutre n'ait pas eu d'incidence sur l'évolution de la consommation de tabac.

Vous vous en remettez à la pensée magique : vous prenez, sans aucune étude d'impact, des décisions qui auront des effets sur les professionnels, notamment les buralistes et les fabricants de papier.

L'amendement de Mme Quéré relève du bon sens : le report à 2020 de l'entrée en vigueur du paquet neutre permettrait de recueillir des données fiables sur lesquelles fonder une décision lourde de conséquences.

**M. Thierry Benoit.** Nous devrions, pour le tabac comme pour le reste, nous en tenir à la directive et ériger en principe la transposition stricte.

S'agissant de la stratégie en matière de consommation et de distribution, je soutiens la préconisation du rapport Barbier de s'appuyer sur une volonté européenne. Quels sont les moyens mis en œuvre par l'Europe pour lutter contre le marché parallèle ?

Je suis étonné que, quels que soient les gouvernements, nous n'ayons jamais réussi à nous accorder pour nous préoccuper de l'avenir des distributeurs officiels de tabac que sont les buralistes. Ils sont presque 27 000 en France à exercer, selon moi, une mission de service public – ils sont aussi diffuseurs de presse. Ils contribuent au maillage du territoire. Pour faire régresser la consommation de tabac en France, nous devons travailler avec eux afin de déterminer quelles missions de service public leur confier pour compenser la baisse de leur activité. Je rappelle que les buralistes emploient 100 000 salariés en France.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Benoit, la commission des affaires sociales a pour habitude de s'intéresser au droit à la santé et à la répartition des professionnels de santé dans les territoires, sujets qui me paraissent plus importants. Bientôt, vous demanderez la création d'un droit opposable à l'accès au tabac !

**M. Thierry Benoit.** En tant que membre de la commission des affaires économiques, je suis soucieux de l'aménagement du territoire, madame la présidente.

**Mme Michèle Delaunay.** Je suis catastrophée par ce que j'entends.

Nous souhaitons accompagner les 26 000 buralistes et préparer l'inéluctable sortie du tabac. J'ai d'ailleurs proposé une modification de la fiscalité en leur faveur visant à déconnecter les bénéfices du volume des ventes.

Notre attitude d'aujourd'hui ne nous fait pas honneur. Depuis soixante ans, nous faisons de la prévention. À une seule reprise, nous avons réussi à réduire la consommation de tabac – de 30 %. Mesdames et messieurs de l'opposition, vous devriez vous en enorgueillir car ce fut grâce au plan Cancer aux termes duquel le prix du tabac avait augmenté de 40 %, plan décidé par Jacques Chirac. Lui n'avait alors pas attendu l'Europe.

Je ne crois pas aux vertus du suivisme. Les pays européens ont besoin que la France soit le leader de la lutte contre le tabagisme. Le paquet neutre en est une étape importante, d'autant plus efficace s'il est couplé à une hausse du prix, j'en conviens. Il n'y a pas de raison valable pour retarder encore la mise en place de cette mesure. Depuis des années, nous nous contentons de ne rien faire alors que les chiffres de la mortalité due au tabac continuent d'augmenter : 73 000 morts sous la précédente législation, 79 000 aujourd'hui. Pouvons-nous continuer à l'accepter ?

Le paquet neutre est susceptible de dissuader les plus jeunes d'entrer dans le tabagisme en faisant disparaître l'attrait qui s'exerce sur eux et les pousse vers l'addiction. Vous savez que dès la centième cigarette, l'addiction est installée.

Faites attention à ce que vous dites. Un jour, l'État sera mis en cause. On reprochera aux politiques d'avoir su et d'avoir jugé urgent d'attendre. Je cite encore M. Chirac : « La maison brûle et nous regardons ailleurs. »

Aujourd'hui, nous regardons ailleurs, nous ne voyons pas le rapport de l'OCDE qui fait de notre pays la lanterne rouge en matière de tabagisme. Avec la lutte contre l'alcool, ce sont les deux points noirs de la politique de santé publique française. J'ai honte pour notre pays.

Dernier point très important, ne donnons jamais l'impression que nous cédon à des pressions, quelles qu'elles soient. Renier aujourd'hui notre parole, alors que nous avons voté le paquet neutre il y a quelques semaines, serait inacceptable.

**M. Jean-Louis Roume gas.** Je suis opposé au report du paquet neutre.

Si l'opposition au paquet neutre est si forte, c'est bien parce que cette mesure est efficace pour retarder l'entrée dans le tabac et pour limiter la consommation.

Je regrette que certains de nos collègues cèdent à la demande des buralistes au nom de l'emploi. Ces derniers pourraient être nos alliés dans la politique de lutte contre le tabagisme puisqu'ils sont des vendeurs légaux de tabac. Nous devons leur proposer une diversification ou un meilleur partage des

bénéfices afin de maintenir leurs revenus en dépit d'une baisse de la consommation de tabac.

C'est cette voie que nous devons explorer et non celle qui consiste à opposer lutte antitabac et sauvegarde des buralistes. À force de contradictions, nous sommes sommés de choisir entre la santé et l'économie. J'espère que nous n'en sommes pas réduits à cela.

Les buralistes posent la question du déplacement de la consommation légale vers une consommation de contrebande. Il faut évidemment combattre la contrebande. Le paquet neutre peut être un outil dans cette lutte puisque les paquets issus du marché noir seront plus facilement identifiables. J'espère que nous irons ensuite vers une traçabilité sérieuse.

Encore une fois, n'opposons pas lutte contre la contrebande et baisse de la consommation du tabac. Ces deux combats doivent être menés de front.

#### **M. Frédéric Barbier.** Essayons de dépassionner le débat.

Il est difficile d'être contre le paquet neutre. Il y a trente-cinq ans, il existait un paquet bleu avec un casque gaulois et un papier de mauvaise qualité, qui ne donnait pas envie de l'acheter. Au fil des années, les fabricants ont cherché à séduire les jeunes et à fidéliser des clients. À observer les paquets, il semble que les fabricants se partagent le marché, certains s'adressant de préférence aux jeunes, d'autres à ceux qui, en prévision d'une soirée, souhaitent un paquet élégant. Ceux qu'il faut rappeler à l'ordre avec le paquet neutre, ce sont ceux qui ont joué à ce très mauvais jeu.

Le président de la confédération des buralistes l'a rappelé, il n'est pas contre le paquet neutre. Mais ce paquet neutre sera vendu chez les buralistes. Or, les chiffres sont têtus. Les ventes dans le réseau légal des buralistes de tabac ont chuté de 20 % en quatre ans – passant de 55 à 45 milliards d'euros de cigarettes – tandis que, sur la même période, la consommation était stable, voire en légère hausse.

C'est pour cela qu'il faut le plus rapidement possible harmoniser les règles européennes.

Beaucoup me l'ont dit, le buraliste est devenu le dépanneur, celui à qui on achète du tabac lorsqu'on ne l'a pas trouvé par d'autres voies, à d'autres prix. Tous les prix ont quasiment été harmonisés en Europe, à l'exception de ceux du tabac. Pour une politique efficace, je préconise, dans mon rapport, davantage d'harmonisation.

Faut-il mettre en place le paquet neutre pour inciter les autres pays à le faire ou faut-il, comme je le préconise dans mon rapport, le faire de concert avec eux, en les ralliant à notre position ?

L'efficacité commande de concentrer les efforts sur le marché parallèle.

Pour les 26 000 buralistes, qui font partie des services de proximité dans le monde rural et périurbain, une étude d'impact, ainsi que le propose l'amendement, serait bienvenue pour adapter nos politiques à leur égard.

Alors qu'ils participent du lien social, l'an dernier, 1 040 buralistes ont fermé ; ils sont 970 depuis le début de l'année. C'est un service à la population qui est en train de disparaître. Cela mérite que nous prenions le temps de réaliser une étude d'impact avant d'introduire un paquet neutre qui affectera l'économie de notre pays.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Vous demandez une harmonisation européenne. Mais encore faudrait-il que l'Europe se soit débarrassée du lobby du tabac. La médiatrice européenne a demandé des comptes à la Commission sur ses rendez-vous avec l'industrie du tabac. Souvenez-vous aussi du scandale qui a provoqué la démission du commissaire maltais John Dalli. Il me paraît difficile d'attendre une quelconque avancée de la part de l'Europe tant ses liens avec l'industrie du tabac sont malsains.

Quant à l'étude d'impact sur le marché parallèle, je vous souhaite bonne chance pour évaluer ce qui, par nature, cherche à rester caché...

**Mme Michèle Delaunay.** Les chiffres sur les buralistes ne correspondent pas à un solde. D'après les buralistes – ce que les douanes n'ont pas confirmé –, 970 fermetures ont été enregistrées depuis le début de l'année mais, dans le même temps, des regroupements et des ouvertures de nouveaux bureaux de tabac ont eu lieu.

Les ventes ont recommencé à augmenter, en particulier pour le tabac à rouler que consomment les jeunes – en hausse de 7 % cette année. Nous ne pouvons pas méconnaître ces chiffres.

Tant que les jeunes entreront dans l'addiction, nous ne pourrons pas atteindre l'objectif d'une génération sans tabac, encore moins d'une sortie du tabac en 2030.

Il ne faut pas perdre de vue les 79 000 morts et les 835 000 malades par an, à cause du tabac. Nous serons jugés pour ce que nous avons fait, ou plutôt pour ce que nous n'avons pas fait.

**M. Philip Cordery.** Nous sommes tous d'accord sur l'existence de distorsions de concurrence, en particulier dans les zones frontalières, et sur la nécessité d'une harmonisation européenne.

Deux voies s'offrent donc à nous : soit on ne fait rien en attendant que l'Europe bouge ; soit on agit. C'est ce dernier choix que nous faisons en votant en faveur du paquet neutre et en adoptant une proposition de résolution européenne

afin que ce débat soit porté sur la scène européenne. Je préfère une attitude ambitieuse pour entraîner l'Europe plutôt que la passivité.

**M. Bernard Accoyer.** Il roule pour les Belges !

**Mme Catherine Quéré.** Je ne pensais pas créer un si large débat en déposant cet amendement, qui se borne à demander une étude d'impact sur le paquet neutre – dont je ne suis pas sûre qu'il fera reculer le tabagisme.

J'ai écouté les arguments et j'ai trop de respect pour Mme Delaunay et ses propos. Je souhaite donc retirer mon amendement tout en espérant que le paquet neutre fera l'objet d'une évaluation.

*L'amendement est retiré.*

**M. Thierry Benoit.** Je partage presque l'intégralité des propos de Mme Delaunay. Je reste cependant convaincu que le paquet neutre doit s'inscrire dans un mouvement européen.

Nous avons la responsabilité d'aider les buralistes à s'adapter à la nécessaire baisse de la consommation du tabac en France.

En Ille-et-Vilaine, un bouclier rural offrant différents services publics à la population a été mis en place par le conseil départemental. Je regrette que les buralistes n'y aient pas été associés car ils jouent un rôle majeur dans la préservation du lien social dans les territoires périphériques.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il ne vous a pas échappé que les buralistes avaient bénéficié de plans d'aide pour un montant de 2,6 milliards d'euros entre 2004 et 2011. Le plan qui s'achève en 2016 sera renégocié. On ne peut donc pas dire que nous restions sourds à leurs inquiétudes. Ils nous en ont suffisamment fait part dans nos permanences, certains n'ayant pas hésité à user de pressions, voire de menaces, s'appuyant de surcroît sur le rapport de notre collègue Barbier, pour faire valoir leur point de vue.

*La commission examine les amendements identiques AS384 du rapporteur et AS236 de M. Christophe Sirugue.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir le paquet neutre.

J'ai reçu les buralistes et j'ai compris que leurs difficultés étaient antérieures au paquet neutre et que la contrebande nuisait à leur métier. Le problème des buralistes est moins celui du tabac que de leur reconversion ; c'est écrit en toutes lettres dans le rapport de Frédéric Barbier. Les jeux peuvent être une piste pour bénéficier d'un complément de revenu. La Française des jeux qui souhaitait développer son activité en dehors du réseau des buralistes a été ramenée à la raison par le secrétaire d'État au budget. Les buralistes devraient sans doute



obtenir une part plus importante sur les jeux puisque ce sont eux qui les distribuent.

Malheureusement, pour être parfaitement honnête, on doit reconnaître que les buralistes n'ont pas attendu le paquet neutre pour voir leur nombre diminuer.

En outre, l'introduction du paquet neutre est un atout dans la lutte contre le marché parallèle puisqu'il rend les cigarettes de contrebande plus visibles sur le marché. En la matière, les chiffres de KPMG sont-ils fiables – l'étude ayant été commandée par les industriels du tabac ? Je préfère m'en tenir aux chiffres des douanes même s'ils sont en deçà de la réalité.

Quant à l'ambition d'être à l'avant-garde, la France n'est pas seule. Elle a réuni récemment dix-huit pays intéressés par cette démarche. On cite toujours l'Australie car elle a mis en place le paquet neutre en 2011. Les premiers enseignements sont discutés : pour les cigarettiers, c'est une catastrophe ; les études scientifiques ne le confirment pas mais soulignent l'intérêt du couple paquet neutre et prix. Personne ne conteste la réalité de l'effet prix.

Plusieurs pays s'appêtent à faire la même démarche que nous : l'Irlande, le Royaume-Uni, la Norvège et la Belgique.

Ne disons pas que le paquet neutre, concept vieux de dix ans, brutalise les buralistes. Je comprends leur réaction mais c'est celle d'un métier en difficulté. On a choisi le réseau de la Poste, et non celui des buralistes, pour assurer les missions de service public. On ne peut pas faire porter au paquet neutre tous les maux.

Ce paquet permettra grâce aux images marquantes et aux messages qu'il porte de s'adresser aux jeunes et de modifier leur discours à l'égard de leurs parents. Je suis persuadé que nous faisons là œuvre de santé publique.

La première cigarette est fumée entre onze et douze ans. Si cette mesure peut mettre un frein au développement du tabagisme chez les plus jeunes, nous aurons fait action de salubrité publique.

**M. Patrick Hetzel.** Je souhaite faire une remarque sur le papier à cigarette et le papier à rouler. Il me semble contre-productif pour la politique de santé publique d'imposer le paquet neutre pour ces produits car tous les papiers ne se valent pas ; ceux présentant une toxicité supérieure risquent ainsi de bénéficier d'une promotion involontaire.

Je propose donc un sous-amendement pour soustraire le papier à l'obligation de neutralité.

**M. Bernard Accoyer.** En Suisse, le prix d'une cartouche de cigarettes est de 48 francs suisses lorsqu'il est de 70 euros en France, soit 50 % de plus. Vous comprendrez qu'il n'y a plus guère d'activité dans les bureaux de tabac français.

Chez les jeunes, même si le tabac est le cancérogène majeur, le vrai problème réside dans la consommation de cannabis. Vos dispositions ciblant le tabac vont, d'une certaine manière, blanchir la consommation de cannabis dont on connaît non seulement les effets cancérogènes – je le maintiens – mais également les effets de désocialisation que personne ne conteste plus. On passe à côté de ce problème de santé publique majeur pour notre jeunesse en se focalisant sur le paquet neutre parce que celui-ci compte des activistes au sein de notre Assemblée. 70 % de la surface d'un paquet est déjà occupée aujourd'hui par des messages de santé publique, messages que nous soutenons. Je crains que cette disposition soit à terme contre-productive pour la santé publique.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je ne sais pas s'il est très sain de hiérarchiser ainsi les substances addictives. En outre, comme l'a dit Mme Delaunay, le cannabis est interdit ; je ne vois donc pas ce qu'il vient faire dans la discussion.

**M. Dominique Tian.** Nous avons abordé la semaine dernière la politique publique de prévention. Le cannabis n'est même pas mentionné : on considère que, puisque sa consommation est interdite, elle n'existe pas ! C'est incroyable. Bernard Accoyer a tout à fait raison. Les statistiques sont dramatiques : si ma mémoire est bonne, ce sont quelque 11 % des collégiens qui disent avoir fumé au moins un joint au cours des trois mois précédant l'enquête, et 10 % environ sont des consommateurs réguliers, c'est-à-dire qu'ils fument au moins un joint par jour. Madame Delaunay, vous parlez du tabagisme au collège ; et le cannabis ? C'est une catastrophe ! Certains parlent de le légaliser, tout en s'attaquant aux cigarettes mentholées : il s'agit bien de hiérarchiser les problèmes !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** La question n'est pas là. Le cannabis est interdit dans notre pays, un point c'est tout.

**M. Dominique Tian.** Ce n'est pas pour cela qu'il ne se vend pas !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il est interdit de tuer ; cela n'empêche pas qu'il y ait des criminels, que je sache.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je ne suis pas favorable au sous-amendement de M. Hetzel.

Je ne peux que renvoyer, une fois de plus, à la directive européenne, dont l'article 24 nous autorise à instaurer, pour des motifs de santé publique, de nouvelles exigences applicables à tous les produits mis sur le marché. Si nous nous contentions de neutraliser l'emballage, les cigarettiers, dont l'habileté est grande et l'imagination florissante, pourraient trouver des moyens de différencier leurs papiers. Voilà pourquoi nous voulons supprimer toute différenciation : le tabac, quelle que soit la marque qui le commercialise, doit être vendu pour ce qu'il est, avec les risques qu'il comporte.

**M. Christophe Sirugue.** L'amendement AS236 est identique à celui du rapporteur. Signé par tous les membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen, il témoigne de notre soutien résolu au paquet neutre, conséquence de notre engagement dans la lutte contre le tabac et ses conséquences sur la santé de nos concitoyens.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*Puis elle **adopte** l'article 5 decies **modifié**.*

#### *Article 5 undecies*

(art. L. 3511-7-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Interdiction du vapotage dans certains lieux et création de lieux dédiés au vapotage**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, interdit l'usage de la cigarette électronique dans certains lieux publics.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été inséré dès le stade de la commission par un amendement du Gouvernement. Il crée un nouvel article L. 3511-7-1 dans le code de la santé publique pour interdire l'usage de la cigarette électronique dans certains lieux publics. La liste suivante est ainsi définie, conformément à l'avis du Conseil d'État du 17 octobre 2013 :

- les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;
- les moyens de transport collectif fermés ;
- les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Il prévoit que des « *emplacements réservés à l'usage des dispositifs électroniques de vapotage* » doivent être mis en place dans ces différents lieux.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a souscrit à l'argument selon lequel « *la promiscuité et le confinement de nombreux individus dans un espace réduit* » justifiaient certaines restrictions d'usage pour lesquelles il semble insuffisant de s'en remettre à la seule courtoisie des utilisateurs.

Elle s'est néanmoins interrogée sur l'obligation, dans les moyens de transport collectifs fermés, de mettre des emplacements réservés à la disposition des « vapoteurs ». Selon elle, « *la faisabilité concrète d'une telle obligation dans les bus, les métros ou encore les trains de banlieue semble en effet douteuse* ».

Elle a donc exonéré les moyens de transport collectif fermés de cette nouvelle obligation.

Aucun amendement ne fut discuté en séance publique.

### 3. La position de la commission

Le texte du Sénat étant équilibré, la commission l'a adopté conforme.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS261 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement tend à supprimer l'obligation faite aux entreprises de prévoir des emplacements réservés au vapotage, qui paraît totalement inapplicable.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Monsieur Lurton, j'ai lu votre amendement avec attention, et j'y suis défavorable ; voici pourquoi.

Si nous avons voulu créer des espaces dédiés au vapotage dans les entreprises, c'est, à l'origine, pour répondre à une demande du Conseil d'État. Interrogé par le Gouvernement sur la possibilité d'étendre au vapotage – qui arrivait alors sur le marché – les restrictions d'usage applicables à la cigarette, le Conseil d'État a répondu par la négative dans un avis d'octobre 2013, estimant que l'état actuel des connaissances scientifiques ne permettait pas de prononcer une interdiction générale pour un motif de santé. En revanche, il jugeait possible de prévoir une interdiction de vapoter ciblée sur certains lieux – ceux que reprend l'article 5 *undecies* –, sous réserve que soient aménagés des espaces réservés à l'usage de la cigarette électronique.

Actuellement, dans les entreprises, le vapotage n'est pas pratiqué dans les espaces clos dédiés à la cigarette, lesquels sont très strictement encadrés. L'idée est de mettre en œuvre un dispositif beaucoup plus léger que pour la cigarette, sur le modèle des espaces que certaines grandes entreprises, par exemple en région parisienne, dédient déjà au vapotage. Ainsi, la loi confortera une pratique que peut déjà permettre le règlement intérieur.

**M. Arnaud Robinet.** Existe-t-il une obligation pour les entreprises d'avoir un espace fumeurs ? Je ne le crois pas. Et on les obligerait à avoir un espace dédié au vapotage ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Sur le vapotage, les avis scientifiques divergent : certains le considèrent comme une voie d'entrée dans le tabagisme, d'autres, au contraire, comme un excellent moyen d'en sortir.

Il est exact que l'espace fumeurs n'est pas obligatoire en entreprise, mais, quand il existe, il s'agit d'un lieu clos qui obéit à des normes techniques

extrêmement strictes, pour des besoins d'évacuation. Dans le cas du vapotage, l'enjeu technique n'est pas du tout le même, de sorte que les espaces dédiés sont beaucoup plus faciles à concevoir. Il n'est pas question de mélanger les deux.

**M. Gilles Lurton.** Vous nous dites, monsieur le rapporteur, que ces espaces existent ; mais il ne s'agit que d'une faculté pour les entreprises. Pourquoi les obliger à créer un lieu supplémentaire dédié au vapotage ? Pourquoi ne pas exiger de la personne qui vapote, comme des fumeurs, qu'elle aille le faire à l'extérieur ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Soyons très clairs. Aujourd'hui, il est interdit de fumer dans le périmètre de l'entreprise, à l'intérieur comme à l'extérieur – dans la cour, par exemple. Je ne souhaite pas, pour les raisons que j'ai indiquées, que le vapotage y soit interdit de la même manière. Dès lors, il faut bien encadrer cette pratique dans les locaux concernés.

**Mme Valérie Boyer.** Je regrette de ne pas être signataire de cet excellent amendement. Partout, on cherche à simplifier : pourquoi vouloir encadrer une pratique dont personne n'a montré qu'elle était nuisible à la santé ? Va-t-on en venir à interdire de mâcher du chewing-gum ou de manger des bonbons dans l'entreprise ? Après tout, le chewing-gum est mauvais pour les sucs gastriques ! Si, sur d'autres sujets, je peux comprendre la nécessité d'édicter des normes et de proposer de bonnes pratiques, ici, je n'en vois pas l'intérêt.

**M. Bernard Accoyer.** Ayez pitié des entreprises françaises ! Dans l'état actuel de notre économie, ont-elles vraiment besoin d'une contrainte supplémentaire qui les distingue de toutes les autres au monde ?

En outre, pourquoi s'en prendre au vapotage qui, selon les tabacologues – et tant pis si je me fais encore assassiner par Mme Delaunay –, est l'un des moyens de réduire les effets ravageurs du tabac ?

**M. Arnaud Richard.** Je le répète, les lieux dédiés au vapotage deviendraient obligatoires alors que les espaces fumeurs ne le sont pas : ce n'est pas cohérent !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Écoutez le rapporteur : vous ne parlez pas de la même chose.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Aujourd'hui, il est interdit de fumer dans les entreprises. Certaines entreprises peuvent mettre à la disposition de leurs salariés des lieux dédiés, dotés de dispositifs techniques complexes d'extraction du tabac. Cette interdiction vise notamment à lutter contre le tabagisme passif, dont les conséquences sanitaires sont une réalité objective.

Si, au nom de vos arguments en faveur du vapotage – que j'approuve, même s'ils sont discutés parmi les tabacologues –, on veut autoriser cette pratique dans l'entreprise, il faut bien prévoir un espace à cet effet. Si on ne le fait pas, on

entrave le vapotage. À moins que l'on ne permette aux salariés de vapoter dans les bureaux, ce à quoi je suis totalement opposé.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient ensuite à l'amendement AS262 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Il s'agit d'un amendement de repli.

M. le rapporteur vient de nous rappeler que les entreprises peuvent créer des espaces fumeurs si elles le souhaitent. Je demande qu'elles puissent, de la même manière, créer des lieux de vapotage si elles le souhaitent.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Si l'on ne crée pas d'espaces dédiés au vapotage, l'on ne pourra rien régler de tout ! Chiche : mais cela signifie que vous êtes pour le vapotage partout, dans tous les bureaux, en face-à-face, etc. Je le répète, j'y suis opposé.

Il faut donc bien commencer de réglementer, et c'est ce que nous faisons.

**M. Gilles Lurton.** J'insiste : il faut créer une faculté, non une obligation, comme pour la cigarette. C'est du bon sens !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** M. le rapporteur se tue à vous dire que la cigarette, ce n'est pas la même chose que le vapotage !

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il me semble que le point de vue que je défends permet de préserver les droits du vapoteur. Vous allez dans le sens de l'entreprise ; mais si l'entreprise décide que l'on ne vapote pas dans ses locaux, tant pis pour les vapoteurs !

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 5 undecies sans modification.*

#### *Article 5 terdecies*

(art. L. 3512-2 du code de la santé publique)

### **Sanction pénale en cas de non-respect du paquet neutre**

Cet article introduisait une sanction pénale en cas de non-respect du paquet-neutre. Il a été supprimé par le Sénat.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Introduit à l'initiative du Gouvernement en commission, cet article modifiait l'article L. 3512-2 du code de la santé publique relatif à la répression des infractions à la législation sur la publicité pour le tabac pour y ajouter les

infractions à l'article L. 3511-6-1 introduit par l'article 5 *decies* et relatif au paquet neutre.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

Par cohérence avec sa position sur le paquet neutre, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article. Cette suppression a été confirmée en séance publique, aucun amendement de rétablissement n'ayant été déposé.

## 3. La position de la commission

Par cohérence avec le rétablissement du paquet neutre, la commission a adopté un amendement du rapporteur rétablissant la sanction qui lui est liée.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS385 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de conséquence. Il vise à rétablir la sanction en cas de non-respect du paquet neutre telle qu'adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 5 terdecies est ainsi rétabli et rédigé.*

### *Article 5 quaterdecies [supprimé]*

(art. L. 3512-2-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Sanction en cas de manquement à l'obligation d'information incombant aux acteurs du tabac**

Cet article prévoyait une peine d'amende en cas de non-remise du rapport prévu à l'article 5 *nonies*. Il a été supprimé par le Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Introduit à l'initiative du Gouvernement au stade de la commission, cet article créait un nouvel article L. 3512-2-1 du code de la santé publique complétant les dispositions pénales prévues dans le titre consacré à la lutte contre le tabagisme. Était puni d'une amende de 45 000 euros le fait de ne pas adresser le rapport prévu à l'article L. 3511-3-1 créé par l'article 5 *nonies* du projet de loi.

Cet article s'inspirait de l'article L. 1454-3 du même code qui sanctionne de la même peine d'amende de 45 000 euros le non-respect de l'obligation, pour l'industrie pharmaceutique, de publicité des conventions et des avantages visés par l'article L. 1453-1.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat ayant inséré ces dispositions à l'article 5 *nonies* qui met en place le dispositif de transparence, elle a adopté un amendement de suppression.

Cette suppression a été confirmée en séance publique.

## 3. La position de la commission

Les dispositions de cet article ayant été, pour l'essentiel, intégrées à l'article 5 *nonies*, la commission a confirmé sa suppression.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 5 quaterdecies*

*Article 5 quindecies [supprimé]*  
(art. L. 3512-3 du code de la santé publique)

### **Application aux personnes morales de la peine prévue en cas de non-transmission du rapport institué par l'article 5 *nonies***

Cet article applique aux personnes morales, par coordination, la peine pour défaut de transmission du rapport prévue à l'article précédent. Il a été supprimé par le Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Introduit à l'initiative du Gouvernement au stade de la commission, cet article complétait l'article L. 3512-3 du code de la santé publique relatif à l'application aux personnes morales des dispositions pénales prévues par l'article L. 3512-2, pour y ajouter une référence à l'infraction relative à la non-production du rapport ou à son caractère incomplet.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat ayant modifié l'article 5 *nonies* pour y rassembler les dispositions relatives à la création du mécanisme de transparence ainsi que les sanctions y afférentes, elle a adopté, en conséquence, un amendement de suppression de cet article.

Cette suppression a été confirmée en séance publique, aucun amendement de rétablissement n'ayant été déposé.



### **3. La position de la commission**

Les dispositions de cet article ayant été, pour l'essentiel, intégrées à l'article 5 *nonies*, la commission a confirmé sa suppression.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 5 quindecies.*

#### *Article 5 sexdecies*

(art. L. 3512-4 du code de la santé publique)

### **Extension du contrôle au vapotage et habilitation des polices municipales à contrôler les infractions relatives au tabac**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, étend le contrôle au vapotage et donne aux agents des polices municipales la possibilité de constater par procès-verbal certaines infractions à la législation sur le tabac.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Introduit à l'initiative du Gouvernement au stade de la commission, cet article modifiait l'article L. 3512-4 du code de la santé publique et poursuivait deux objectifs. D'abord, il étendait le champ de compétence des agents chargés de faire respecter l'interdiction de fumer au contrôle de l'interdiction de vapoter.

Il prévoyait ensuite d'élargir la liste fixée par ce même article aux agents des polices municipales et assimilés (gardes champêtres, agents de surveillance de Paris), lesquels sont agents de police judiciaire adjoints en application de l'article 21 du code de procédure pénale. Ces agents seraient alors compétents pour veiller au respect de l'interdiction de fumer, de vapoter et de vendre du tabac aux mineurs. Sur ce dernier point, le texte leur ouvrait la possibilité de demander la production d'un document d'identité.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Si elle a validé l'extension du contrôle au vapotage, la commission des affaires sociales du Sénat a par contre fait une lecture juridique différente en ce qui concerne la liste des personnes habilitées à opérer ce contrôle : elle a en effet considéré que le droit existant couvrait déjà les agents des collectivités territoriales. La commission a donc adopté un amendement de rédaction globale de l'article.

En séance publique a été adopté, avec avis défavorable de la commission et favorable du Gouvernement, un amendement de M. Jean-Baptiste Lemoyne étendant le contrôle des agents à la vente à la sauvette.

### 3. La position de la commission

Même si l'analyse juridique du Sénat semble pertinente, la commission a néanmoins décidé, sur proposition du rapporteur, de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture car elle permet une clarification des agents publics compétents pour s'assurer du respect de la législation anti-tabac.

\*

*La commission examine l'amendement AS386 du rapporteur Gérard Sebaoun.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, qui apportait une clarification quant aux agents publics compétents pour s'assurer du respect de la législation antitabac.

**M. Bernard Accoyer.** Les agents publics ont autre chose à faire vu les problèmes de sécurité auxquels la France est confrontée.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** La sécurité est importante et les agents de police municipale, les gardes champêtres et les agents de surveillance de Paris y contribuent, mais ils ne forment pas la totalité des forces de sécurité : d'autres combattent les menaces auxquelles vous faites allusion, et les agents cités ont aussi vocation à faire respecter la loi.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 5 sexdecies est ainsi rétabli et rédigé*

#### *Article 5 septdecies*

(art. 414 du code des douanes)

#### **Renforcement des sanctions infligées en cas de contrebande de tabac**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, augmentait la majoration prévue par le code des douanes en cas de contrebande de marchandises dangereuses pour la santé. Voté conforme par le Sénat, il a été rappelé et modifié par un amendement du Gouvernement afin de garantir la constitutionnalité du dispositif.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Introduit en séance publique malgré l'avis défavorable de la commission, cet article augmentait la majoration des sanctions prévues par le code des douanes en cas de contrebande de « *marchandises dangereuses pour la santé* » en portant la peine d'emprisonnement prévue de dix à quinze ans et la peine d'amende de cinq à dix fois la valeur de l'objet de la fraude.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a d'abord relevé que sur les 28 condamnations prononcées sur le fondement de l'article 414 du code des douanes en 2014 et sur les premiers mois de 2015, la durée moyenne d'emprisonnement était de huit mois, soit une durée largement inférieure au quantum de peine prévu aujourd'hui par l'article.

Elle a ensuite souligné que porter ce quantum à 15 ans avait pour effet de criminaliser l'infraction et donc de modifier à la fois le mode d'instruction et la juridiction compétente. Avec un effet incertain sur l'efficacité de la répression.

La commission a donc supprimé cet article.

En séance a par contre été adopté un amendement du groupe socialiste rétablissant le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

## 3. La position de la commission

La commission a été saisie d'un amendement du Gouvernement visant à revenir sur cet article pourtant voté dans les mêmes termes par les deux assemblées. Le Gouvernement considère en effet aujourd'hui qu'il existe un fort risque d'inconstitutionnalité de la mesure et le rapporteur partage cette analyse.

Le Conseil constitutionnel juge en effet que le législateur doit respecter le principe de proportionnalité des sanctions qui résulte de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme de 1789 (par exemple, décision n° 96-377 DC du 16 juillet 1996). Or, compte tenu de la finalité poursuivie par l'article 414 du code des douanes (protection de la sécurité et de la santé publiques), la peine d'emprisonnement prévue à l'article 5 *septdecies* est manifestement disproportionnée au regard de l'infraction considérée. Il y a lieu de relever à cet égard que le trafic de stupéfiants (importation ou exportation illicites de stupéfiants) est puni de dix ans d'emprisonnement et que les infractions à la législation sur les armes (non soumises à interdiction) sont punies de peines délictuelles.

Au surplus, l'article 5 *septdecies* aurait des conséquences importantes sur la bonne administration de la justice, objectif à valeur constitutionnelle. En effet, la criminalisation de la contrebande aggravée nécessiterait que des informations judiciaires soient systématiquement ouvertes et, sauf correctionnalisation, la saisine de la cour d'assises le cas échéant. En outre, le règlement rapide de ces délits qui peuvent aujourd'hui faire l'objet d'une comparution immédiate, notamment en matière de tabacs ou de stupéfiants, serait exclu. Or, à titre d'exemple, la douane constate chaque année 16 000 infractions de contrebande de stupéfiants. L'article 5 *septdecies* fait donc peser sur l'administration de la justice un risque élevé d'engorgement des procédures.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission a donc adopté l'amendement du Gouvernement qui maintient le quantum de peine à 10 ans tout en conservant le doublement de l'amende.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS403 du Gouvernement.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il est rare de rappeler ainsi un article qui a été voté conforme par les deux assemblées. Mais, en première lecture, nous avons porté de 10 à 15 ans d'emprisonnement la sanction de certains faits de contrebande liés au tabac, c'est-à-dire que nous les avons criminalisés ; or cela soulève des problèmes de constitutionnalité au regard du principe de proportionnalité des délits et des peines, ce que le Sénat a noté. Tel est le sens de cet amendement gouvernemental.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 5 septdecies modifié.*

*Article 5 vicies [supprimé]*

(art. 575 E *ter* [nouveau] du code général des impôts)

**Assujettissement des fournisseurs et des fabricants de tabac  
à une contribution sur le chiffre d'affaires**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaurait une contribution sur le chiffre d'affaires réalisé en France au titre de la vente au détail des produits manufacturés du tabac. Il a été supprimé par le Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Inspiré du mécanisme de la « clause de sauvegarde de l'ONDAM », ou « taux L », prévu par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, cet article a été inséré en séance publique à l'initiative du rapporteur Olivier Véran, malgré l'avis défavorable du Gouvernement.

Il créait un article 575 E *ter* du code général des impôts et instaurait une contribution sur le chiffre d'affaires, réalisé en France au titre de la vente au détail des tabacs manufacturés. La contribution se déclenchait si le chiffre d'affaires, réalisé par les importateurs, fabricants et entrepositaires, mentionnés à l'article 565 du CGI, n'avait pas reculé d'un taux « T », fixé à - 3 % par rapport à l'année précédente.

L'assiette de la contribution était définie comme « *le chiffre d'affaires hors taxes de l'année civile, diminué de l'ensemble des taxes et droits de consommation acquittés* ». La fixation du taux était renvoyée à la loi de finances de l'année. Et le produit de la contribution était affecté à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales a considéré que ce dispositif soulevait de nombreuses difficultés. S'agissant des redevables de la contribution d'abord, la commission souligne que la grande majorité du chiffre d'affaires lié au tabac n'est pas réalisé en France. Par ailleurs, la définition de l'assiette, le chiffre d'affaires hors taxes, risque de réduire très significativement le produit de la contribution.

Considérant que « *les leviers d'une augmentation de la fiscalité des tabacs sont en place et sont disponibles sans qu'il soit besoin de créer une nouvelle contribution* », la commission a donc supprimé cet article.

Les amendements de rétablissement de l'article (UDI et écologiste) ayant été repoussés, avec avis défavorable de la commission et une position de sagesse du Gouvernement, la Sénat a confirmé, en séance publique, cette suppression.

## 3. La position de la commission

Instaurer une nouvelle taxe ne semble pas opportun au rapporteur. La création d'un fonds de financement des actions de prévention contre le tabagisme est assurément souhaitable, conformément au programme national de réduction du tabagisme (PNRT) mais d'autres sources de financement, par exemple budgétaires, doivent être trouvées.

La commission a confirmé la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 5 vicies.*

*Article 5 unvicies [supprimé]*

(art. 1810 du code général des impôts)

### **Renforcement de la sanction prévue en cas de détention frauduleuse de tabac**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, renforçait la sanction prévue en cas de fabrication et de détention frauduleuse d'alcool ou de tabac. Il a été supprimé par le Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Introduit en séance publique par un amendement de M. Frédéric Barbier, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'article 5 *unvicies* modifiait l'article 1810 du code général des impôts, relatif à la fabrication frauduleuse d'alcool, à la détention ou à la vente frauduleuse d'or, d'argent ou de platine et à la fabrication ou à la détention frauduleuse de tabac.

Ces infractions sont aujourd'hui punies d'un an d'emprisonnement. Cet article portait à trois ans la peine de prison dont sont passibles les auteurs de ces infractions.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a souligné la nécessité de préserver l'échelle des peines, ne voyant « *pas l'intérêt d'augmenter des quantums de peines qui ne seraient jamais prononcées par les juges, ce qui risque d'être le cas en l'espèce* ». La commission a donc adopté un amendement de suppression de cet article.

En séance publique, le Sénat a repoussé, malgré l'avis favorable du Gouvernement, un amendement socialiste de rétablissement de l'article, confirmant ainsi sa suppression.

## 3. La position de la commission

Le rapporteur partage l'analyse du Sénat : augmenter des quantums de peine alors que le quantum actuel n'est jamais atteint ne semble pas opportun. Sur proposition du rapporteur, la commission a donc rejeté un amendement de rétablissement de l'article, confirmant ainsi sa suppression.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS224 de M. Frédéric Barbier.*

**M. Frédéric Barbier.** Nous proposons de porter d'un an à trois ans d'emprisonnement la sanction encourue en cas de fabrication de tabacs, détention frauduleuse en vue de la vente de tabacs fabriqués, vente, y compris à distance, de tabacs fabriqués, transport en fraude de tabacs fabriqués, acquisition à distance, introduction en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou importation en provenance de pays tiers de produits du tabac manufacturé acquis dans le cadre d'une vente à distance.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** La commission s'est prononcée contre cet amendement en première lecture. Je ferai de même aujourd'hui, par cohérence et parce que j'ai été sensible aux arguments du Sénat, qui ne voyait « *pas l'intérêt d'augmenter des quantums de peines qui ne seraient jamais prononcées par les juges* ».

*La commission rejette l'amendement.*

*En conséquence, la suppression de l'article 5 unvicies est maintenue.*

## Article 5 duovicies

### **Rapport sur les effets du paquet neutre**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoyait un rapport au Parlement sur les améliorations sanitaires permises par le paquet neutre et son effet sur l'activité des débitants de tabac. Il a été supprimé par le Sénat

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Issu d'un amendement déposé en séance publique par Mme Bernadette Laclais, avec l'avis défavorable de la commission et l'avis favorable du Gouvernement, cet article prévoyait que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 20 novembre 2017, un rapport présentant les améliorations de la situation sanitaire permises par le paquet neutre ainsi que l'effet de ces dispositions sur l'activité des débitants de tabac.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat ayant supprimé l'obligation de mettre en place le paquet neutre, elle a, en cohérence, adopté deux amendements identiques de suppression de cet article.

En séance publique, le Sénat a rejeté un amendement socialiste de rétablissement de l'article, confirmant ainsi sa suppression.

#### **3. La position de la commission**

Le rapporteur s'interroge sur l'utilité d'un rapport sur les conséquences du paquet neutre 18 mois après son entrée en vigueur : cette disposition doit agir sur les perceptions et les mentalités et s'inscrit donc sur le moyen ou le long terme.

La commission a néanmoins adopté un amendement de M. Barbier, malgré l'avis défavorable du rapporteur, qui prévoit qu'un rapport devra être remis au Parlement avant le 20 novembre 2017.

\*

*La commission aborde l'amendement AS306 de M. Frédéric Barbier.*

**M. Frédéric Barbier.** Aujourd'hui, personne ne se parle. L'État peut bien avoir signé un contrat d'avenir avec les buralistes ; lorsque l'on en perd chaque année, cela ne suscite aucune réaction. Parallèlement, on s'organise pour réduire la consommation de tabac ; mais si les ventes diminuent, la consommation, elle, continue d'augmenter.

L'objet du rapport que je propose, maintenant que nous avons adopté le paquet neutre et le programme national de réduction du tabagisme (PNRT), est

donc de nous obliger à travailler, à échanger des chiffres – ceux des ventes par le réseau légal, que l'on connaît, mais aussi ceux du commerce parallèle –, à fixer des indicateurs précis, communs à toutes les parties prenantes et dont il soit possible de suivre l'évolution. Cela permettra, le cas échéant, de rectifier tel ou tel aspect de la démarche au fil des années. C'est ainsi que nous pourrions atteindre l'objectif, fixé par le PNRT, d'une baisse de 10 % de la consommation du tabac au cours des cinq prochaines années.

Voici un exemple de préconisation : le papier à rouler, dont il a été précédemment question, est à mes yeux un produit du tabac, que l'on devrait donc trouver chez le buraliste plutôt qu'à bas prix dans certaines grandes surfaces.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable.

Le rapport doit être remis dix-huit mois seulement après l'entrée en vigueur du paquet neutre, ce qui n'offre pas un recul suffisant pour répondre à la question légitime que vous posez.

En outre, il doit embrasser à la fois les conséquences sanitaires de la mesure et ses effets économiques sur l'activité des buralistes, alors même que la commission sur laquelle le Gouvernement est censé s'appuyer pour le rédiger n'existe pas encore.

Tout cela me semble bien difficile à faire, même si je comprends vos motivations.

**M. Frédéric Barbier.** Je sais, pour venir du milieu industriel, que le suivi, le contrôle, est une source d'amélioration. Or, depuis le début de nos discussions, nous prenons des décisions tout en faisant en sorte qu'elles échappent à tout suivi. Ce qui pourrait bien nous conduire à constater dans quelques années que les ventes ont baissé de 20 %, mais que la consommation a progressé ! Je désapprouve cette façon de travailler. Notre objectif, c'est d'éviter 79 000 décès par an. Cela justifie que nous étudions les effets des amendements que nous votons et que nous soyons capables de corriger, si nécessaire, les dispositions que nous avons adoptées. Je le répète, c'est ainsi que nous parviendrons à faire baisser le tabagisme de 10 % en cinq ans.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** En matière de santé publique, il est difficile d'évaluer une mesure au bout de dix-huit ou vingt-quatre mois. Le paquet neutre que nous avons voté produira peut-être ses effets sur des enfants qui ne sont pas encore nés ! Monsieur Accoyer, que s'est-il passé lorsque vous avez instauré les franchises médicales ? C'est pour le très long terme que l'on mène une politique de santé publique : il faut voir loin.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Voilà d'ailleurs pourquoi je me suis si peu appuyé sur l'exemple australien pour défendre le paquet neutre. C'est à long terme que l'on peut évaluer les conséquences sanitaires d'une mesure.



**M. Arnaud Richard.** Nous aurions tous intérêt à voter l'amendement : nous verrons alors si le Gouvernement parvient à nous convaincre en séance que ce n'est pas une bonne idée, ce dont je doute. C'est un moyen de disposer d'une évaluation de la politique menée.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 5 duovicies est ainsi rétabli et rédigé.*

### CHAPITRE III

## **Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et la promotion de la santé**

### *Article 7*

(art. L. 3121-1, L. 3221-2-2 [nouveau], L. 6211-3, L. 6211-3-1 [nouveau] du code de la santé publique, et art. 47 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015)

### **Facilitation du dépistage des maladies infectieuses transmissibles**

Cet article a pour ambition de faciliter l'utilisation de deux techniques innovantes de dépistage :

- les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), d'une part ;
- les autotests, d'autre part.

L'article définit en premier lieu les conditions de réalisation des TROD : il précise que ces tests ne constituent pas un examen de biologie médicale, et propose de compléter le contenu de l'arrêté définissant la liste de ces tests ainsi que les catégories de personnes pouvant les réaliser.

L'arrêté devra ainsi préciser les conditions dans lesquelles le dépistage peut être effectué par un professionnel de santé ou par du personnel relevant de structures de prévention ou associatives ; il devra également mentionner la liste des tests éligibles aux maladies infectieuses transmissibles, c'est-à-dire notamment le virus de l'hépatite C.

En second lieu, l'article prévoit un nouveau cas de dérogation au monopole pharmaceutique prévu à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique afin que les autotests de détection des maladies infectieuses transmissibles *in vitro* puissent être fournis en dehors des pharmacies d'officine.

Un arrêté doit fixer à la fois la liste de ces autotests, leurs conditions particulières de délivrance et les modalités selon lesquelles la personne est conseillée, accompagnée et informée des conditions de réalisation du test et de ses conséquences.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

La commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements afin d'enrichir le dispositif proposé :

– elle a tout d'abord adopté plusieurs amendements visant à ce que l'arrêté prévoit les conditions de dispense du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour la réalisation d'un TROD, pour les mineurs de quinze ans et plus, lorsque le mineur concerné s'opposerait au recueil de ce consentement. Cette dérogation est accordée seulement dans certains départements, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique ;

– en complément, la commission a adopté un amendement du rapporteur Oliver Véran prévoyant, dans les cas de dispense présentés ci-dessus, que la prise en charge des dépenses liées à ces tests est protégée par le secret.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

En commission, le Sénat a adopté un amendement de la rapporteure qui élargit fortement le champ de la dispense d'autorisation parentale pour la réalisation d'un TROD. Celle-ci s'appliquerait désormais :

– à tous les mineurs, y compris aux mineurs de moins de quinze ans ;

– sur l'ensemble du territoire, et non plus dans quelques départements sélectionnés en raison de leur forte prévalence de maladies infectieuses transmissibles ;

– et sans que la personne ait à indiquer expressément qu'elle s'oppose à la consultation de ses parents ou des titulaires de l'autorité parentale.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement relatif au traitement post-exposition contre les maladies sexuellement transmissibles.

Ce traitement est un traitement médicamenteux que les médecins peuvent prescrire quand ils estiment qu'une personne a pris un risque particulier l'exposant au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou à des hépatites virales. En l'état du droit, ces traitements sont délivrés par des médecins spécialisés dans des centres hospitaliers ainsi que dans les services d'urgence.

L'amendement adopté vise à faciliter la délivrance de ces traitements en confiant la réalisation du traitement post-exposition aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). Pour mémoire, ces centres ont vocation à regrouper les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

### 3. La position de la commission

Le rapporteur salue l'intention de l'amendement présenté par le Gouvernement visant à faciliter l'accès aux traitements post-exposition ; ces derniers n'étant efficaces que dans un laps de temps très court après l'infection, il convient en effet d'encourager leur prescription dans des centres de proximité.

La commission des affaires sociales a donc adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 7 sans modification.*

#### *Article 7 ter [supprimé]*

(art. L. 1221-5 et L. 1271-2 du code de la santé publique)

#### **Suppression de la contre-indication permanente au don du sang applicable aux personnes majeures protégées**

Cet article, introduit par la commission des affaires sociales du Sénat à l'initiative de la commission des lois, saisie pour avis, vise à supprimer la contre-indication permanente au don du sang applicable aux personnes majeures protégées.

Les articles L. 1221-5 et L. 1241-2 du code de la santé publique prohibent en effet tout prélèvement de sang ou de ses composants en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui sur une personne majeure faisant l'objet d'une protection légale : curatelle, tutelle, mandat de protection future, etc. L'article L. 1271-2 du même code dispose que le non-respect de ces dispositions est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

Or cette interdiction se justifie par l'impossibilité de considérer que les personnes majeures protégées disposent systématiquement d'un consentement libre et éclairé. Sont concernées en particulier les personnes placées sous tutelle, puisqu'en vertu de l'article 425 du code civil, ces personnes se trouvent dans l'incapacité d'exprimer leur consentement, soit en raison de l'altération de leurs facultés mentales, soit parce que l'altération de leurs facultés corporelles les empêche d'exprimer leur volonté.

Le consentement de la personne étant un prérequis au don du sang, la commission des affaires sociales a supprimé cet article afin de maintenir l'interdiction en vigueur.

\*

*La commission examine l'amendement AS351 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Le Sénat a souhaité permettre aux majeurs protégés de faire don de leur sang. Aujourd'hui, le code de la santé publique prohibe tout prélèvement de sang ou de ses composants en vue d'une utilisation thérapeutique à l'usage d'autrui sur les personnes majeures faisant l'objet d'une protection légale. En outre, tout acte médical doit recueillir le consentement de l'intéressé. Or, au sens de l'article 425 du code civil, le consentement éclairé est peu compatible avec la notion de majeur protégé.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 7 ter est supprimé.*

#### Article 8

(art. L. 3121-3, L. 3121-4, L. 3121-5 et L. 3121-6 [nouveau], L. 3411-3, L. 3411-6 à L. 3411-9 [nouveaux] du code de la santé publique)

### **Politique de réduction des risques et des dommages à destination des usagers de drogues**

Cet article vise à redéfinir la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogue.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Lors de l'examen du texte en première lecture, la commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements qui ont significativement enrichi l'article 8. Ces amendements visaient respectivement :

– à retenir la dénomination de « réduction des risques et des dommages » afin de souligner que la survenue de dommages en cas de consommation de produits stupéfiants n'est pas qu'une simple éventualité ;

– à mieux définir la portée de l'activité menée dans le cadre de la réduction des risques des dommages : il s'agit d'accompagner les usagers de drogues dans un parcours de santé visant à les rendre plus autonomes ;

– à faire entrer dans le champ de la mise en œuvre de la réduction des risques et des dommages la promotion et la distribution des produits de santé destinés à la réduction des risques ;

– à prévoir que la politique de réduction des risques s'applique aux personnes détenues « *selon des modalités adaptées au milieu carcéral* ».

À l'initiative du rapporteur, la commission a également adopté des amendements proposant une nouvelle codification pour les articles du code de la santé publique relatifs à la réduction des risques et des dommages.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a également adopté plusieurs amendements visant à préciser le dispositif.

À l'initiative de M. Gilbert Barbier, membre du groupe du Rassemblement démocratie et social européen (RDSE), la commission a adopté un amendement visant respectivement à compléter la définition de la politique de réduction des risques afin d'y inclure un objectif thérapeutique, et à insister sur la nécessité d'adapter le parcours de soins à chaque usager « *tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés* ».

Elle a également adopté plusieurs amendements identiques précisant que les actions visant à superviser les comportements concernent non seulement les procédures de prévention des risques mais aussi « *les procédures de consommation, et les actions à visée éducative et thérapeutique* ». Cet amendement a supprimé les termes de « *mise en garde* » poursuivis par la politique de réduction des risques pour leur préférer l'objectif consistant à « *favoriser la prise de conscience* » des usagers.

La commission a enfin adopté un amendement supprimant la modulation des dispositifs de réduction des risques et des dommages en milieu carcéral.

En séance publique, le Sénat a adopté, suivant l'avis de sagesse du Gouvernement, un amendement proposant d'intégrer le recensement des différentes substances en circulation dans le cadre de la politique de réduction des risques. Selon l'exposé sommaire de l'amendement, cette disposition doit permettre d'« *anticiper sur la collecte et l'analyse des nouveaux produits de synthèse qui arriveraient en circulation, et dont la composition et la dangerosité ne seraient alors pas connue* ».

## 3. La position de la commission

Les ajouts du Sénat relatifs à la diversité des publics consommateurs ne sont pas justifiés : il ne paraît en effet pas pertinent de différencier les publics consommateurs visés par la politique de réduction des risques et des dommages, celle-ci ayant vocation à s'appliquer indifféremment à tous les usagers.

La commission des affaires sociales a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission est saisie des amendements identiques AS104 de M. Philippe Goujon, AS155 de M. Bernard Accoyer et AS156 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous abordons un sujet sur lequel nous avons un conflit de valeurs. Pour nous, la lutte contre la toxicomanie est un combat que nous avons l'obligation de mener à travers une politique fondée sur l'interdit. Vous, au contraire, vous levez le tabou de l'interdiction d'injection de drogues et infléchissez, ce faisant, le périmètre de la mission de santé publique. À cette fin, vous modifiez le code de la santé publique, compromettant ainsi la réduction des risques. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

**M. Bernard Accoyer.** L'ouverture des salles de *shoot* est un signal adressé à la jeunesse aux antipodes de toute la politique de lutte contre les drogues conduite jusqu'à présent. Le choix fait par le Gouvernement est délétère pour la santé publique. Je plaide également pour la suppression cet article, qui légaliserait, en quelque sorte, la détention et la consommation de stupéfiants alors que, dans d'autres contextes, l'interdit et la pénalisation seraient maintenus. Comment seront traités les *dealers* à proximité de ces salles de *shoot* ?

Manifestement, ce texte oublie, sciemment ou non, la question du cannabis dont la consommation conduit, dans la majorité des cas, à l'usage de drogues injectées. Or le cannabis est un fléau en France en particulier. Aussi, je demande que l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) puisse conduire un travail sur les effets sur la santé de la consommation de ce produit. Contrairement à ce qu'avancait tout à l'heure Mme Delaunay, cette drogue est cancérigène, elle provoque la désocialisation des jeunes consommateurs qui négligent leurs études. Surtout, les effets psychiatriques, bien connus, sont redoutables : schizophrénie, aggravation de la maladie et résistance aux traitements. Il faut prendre la mesure de la situation des malades et de leurs familles confrontés à ces graves psychoses.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Certes, mais la loi ne traite pas la question du cannabis.

**Mme Valérie Boyer.** Alors que ce projet de loi met tout en œuvre pour réduire la consommation de tabac, l'article 8 lève le tabou de l'interdiction d'injection de drogues.

Avec la dépendance tabagique, on passe du plaisir à la souffrance, disiez-vous, madame la présidente. Je dirai, pour ma part, qu'avec cet article, on passe de la permissivité à la destruction, voire à la mort. C'est la porte ouverte à la consommation de drogue, et surtout un message catastrophique adressé aux drogués, aux malades, aux parents et, même, aux forces de l'ordre.

Au sein de la société, certains interdits sont constitutifs du vivre ensemble. Depuis plus de vingt ans et sous tous les Gouvernements, la politique de lutte contre la drogue menée en France est axée sur les soins, le sevrage, la prévention

précoce des jeunes contre le fléau de la drogue, la prohibition totale des stupéfiants et une réponse pénale très ferme à l'endroit des trafiquants de drogue. Il s'agit là d'une rupture radicale, d'un véritable retour en arrière puisqu'on abandonne les usagers à leur addiction au lieu de tout mettre en œuvre pour les en délivrer.

L'article 8 infléchit le périmètre de la mission de santé publique en réécrivant le code de la santé publique. Il en efface la lutte contre la mortalité par surdose d'injection de drogue intraveineuse pour encourager les salles de *shoot*. C'est la raison pour laquelle je demande la suppression de cet article

J'ajoute que rouvrir aujourd'hui, comme l'ont fait certains de nos collègues socialistes à Marseille, le débat sur la dépénalisation du cannabis et sur les salles de *shoot* ne peut qu'affaiblir toutes les politiques conduites jusqu'à présent, les familles et les forces de l'ordre qui luttent avec beaucoup d'énergie et de courage contre les trafiquants de mort.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Monsieur Accoyer, les salles de réduction des risques ne concernent pas le cannabis, qui, par ailleurs, ne s'injecte pas. Cette manière que vous avez de revenir au cannabis dès que nous parlons de toxicomanie, de tabac ou de dépendance à l'alcool pourrait bien indiquer une forme d'addiction inquiétante...

Ceux qui, sur le terrain, s'occupent du public visé pourraient vous dire qu'il s'agit de gens totalement exclus de la société, vivant pour la plupart dans la rue. Le but, avec les salles de réduction des risques, c'est d'organiser la prise en charge sanitaire et sociale d'une population qui s'adonne à la drogue sur la voie publique, à la vue de tous, donc des enfants. C'est à la fois une question de sauvegarde sanitaire de personnes en danger et de sécurité publique.

De même que nous avons été amenés à distribuer des seringues dans le cadre d'une politique de réduction des risques, nous n'avons pas d'autre solution que d'accompagner les professionnels qui s'attaquent courageusement à ces questions en donnant un cadre légal à leur activité. Se figer dans une position moralisatrice est complètement inefficace. Plutôt que de les stigmatiser, il faut les remercier, car ils rendent un fier service à la société.

**M. Dominique Tian.** Sur proposition de Jean-Claude Gaudin, le Sénat a prévu, à l'article 9, que les salles de *shoot* seraient intégrées à un établissement hospitalier. Vous avez supprimé cette disposition. Contre l'avis du maire de Marseille, la ministre de la République a indiqué sa préférence pour l'installation de ces salles sur la voie publique. Il n'est pas possible de légaliser l'injection de drogue par intraveineuse dans des structures non médicales !

**Mme Michèle Delaunay.** Monsieur Accoyer, je confirme que le cannabis ne s'injecte pas. Par ailleurs, d'éminentes personnalités de votre parti, tel M. Juppé, sont favorables à ces salles de réduction des risques. Avec son accord,

nous allons en installer à Bordeaux. Je vous invite à aller y compléter votre formation en matière de drogues.

**Mme Anne-Yvonne Le Dain.** Face à une réalité que nous ne pouvons pas ignorer, nous faisons ce que font les Canadiens à Vancouver et les Hollandais à Rotterdam ou Amsterdam, et qui marche. Ce qui importe, c'est que ces populations soient dans un état de santé correct, alors, qu'actuellement, elles se piquent dans des conditions épouvantables et contractent des virus transmissibles.

Nous menons une politique de santé cohérente avec celle qu'a initiée la garde des Sceaux, ministre de la Justice, Mme Taubira, et qui prend acte de la société telle qu'elle est et pas telle que certains la voudraient, fondée sur de pseudo-valeurs morales appartenant à un monde qui n'existe pas – la politique de prohibition n'a pas fonctionné. Nous faisons, avec cette expérimentation, quelque chose de sain et solide, non pas dans un but irénique, mais pour traiter les personnes comme des êtres humains.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je rappelle, madame Le Dain, que, dans le cadre du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC), avec M. Laurent Marcangeli, vous avez conduit un long travail sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites.

**M. Bernard Accoyer.** Mon message n'est pas de dire que le cannabis s'injecte. Que l'on me prête la connaissance de ce qu'est le delta-9-tétrahydrocannabinol et la façon dont la jeunesse de France s'en imprègne ! Je maintiens que le vrai problème de santé publique pour notre jeunesse est que notre pays détient le record du monde de consommation de cannabis, mais ce texte n'en parle pas. Or cette drogue est bien souvent l'entrée vers celles qui s'injectent.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable aux amendements de suppression. Le débat a tout de suite dévié sur les salles de réduction des risques, alors que l'article 8 concerne la politique globale de réduction des risques. Cette politique essentielle a été introduite par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, au détour d'un article de trois lignes. Le texte que nous proposons ne diffère guère de celui du Sénat, il détaille une politique de réduction des risques et des dommages qui mérite qu'on s'y arrête.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle étudie l'amendement AS352 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il s'agit de revenir au texte de l'Assemblée nationale, que le Sénat a modifié, voire affadi. La question du milieu carcéral en particulier peut faire débat : les personnes détenues – c'est la loi – ont vocation à bénéficier des mêmes soins que les autres personnes ; toutefois, l'incarcération appelle des conditions spécifiques. J'ai entendu les préventions des associations à cet égard, mais la situation est particulière.



**Mme Isabelle Le Callennec.** J'ai quelques interrogations sur cet amendement.

Au 4 ° du II, il n'est plus question de promouvoir et superviser les procédures « de consommation » non plus que les procédures de prévention « à visée éducative et thérapeutique ». Pourquoi une telle disparition ?

Au 5 °, la version du Sénat prévoyait une action de recensement des substances en circulation ; elle a été supprimée dans votre amendement. Je pense pourtant qu'elle était intéressante.

Enfin, quelles sont les fameuses conditions particulières applicables au milieu carcéral, que vous venez d'évoquer ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** La rédaction du Sénat du 4 ° n'apportait rien. Le référencement des substances, pour autant que nous les connaissions toutes, existe déjà, nous disposons même d'un processus d'alerte en cas de risque majeur de consommation d'une substance.

Fort heureusement, les principes généraux de la santé publique s'appliquent aussi aux personnes incarcérées, et vous conviendrez avec moi que le milieu fermé appelle des pratiques adaptées.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 8 modifié.*

#### *Article 8 bis A [supprimé]*

(art. L. 3421-1, L. 3421-1-1 [nouveau], L. 3421-2 et L. 3421-4 du code de la santé publique)

### **Création d'une peine d'amende pour tout premier usage illicite d'une substance stupéfiante**

Cet article, introduit par la commission des affaires sociales du Sénat, vise à créer une peine d'amende de troisième classe afin de sanctionner tout premier usage illicite d'un produit stupéfiant.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Présenté par M. Gilbert Barbier et plusieurs de ses collègues du groupe RDSE, l'amendement à l'origine de cet article reprend le texte d'une proposition de loi déposée au Sénat le 25 octobre 2011 par les mêmes auteurs. Cette proposition a été adoptée par la commission des lois du Sénat le 30 novembre 2011 puis adoptée par le Sénat le 7 décembre de la même année.

En vertu de l'article L. 3421-1 du code de la santé publique, l'usage illicite d'une substance ou d'une plante classée comme stupéfiants est actuellement puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende.

Considérant que cette réponse pénale, peu appliquée en pratique, est inadaptée pour décourager les primo consommateurs, l'article 8 *bis* A propose de remplacer la peine délictuelle par une simple infraction.

Le **I** de l'article 8 *bis* A propose à cette fin de compléter l'article précité en prévoyant que « *la première infraction constatée est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe* », c'est-à-dire une contravention de 450 euros maximum <sup>(1)</sup>. Les **III** et **IV** effectuent des modifications de coordination.

Le **II** crée au sein du même code un article L. 3421-1-1 visant à préciser que la contravention doit être « *accompagnée des coordonnées des centres spécialisés de soins aux toxicomanes les plus proches* ».

Le **V** prévoit par ailleurs d'informer le conseil communal ou intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance « *du nombre d'infractions constatées pour le premier usage de stupéfiants* ».

Il convient toutefois de souligner que le délit resterait applicable pour les usages de drogue autres que le premier usage.

## **2. La position de la commission**

Le Sénat a rejeté, en séance publique, deux amendements identiques de suppression de cet article, dont un amendement du Gouvernement et un amendement présenté par Mme Laurence Cohen au nom du groupe communiste, républicain et citoyen (CRC).

Le Gouvernement considère en effet que la suppression du délit pénal pour les primo consommateurs est prématurée compte tenu des travaux relatifs aux pistes d'amélioration de la norme pénale en matière d'usage de stupéfiants actuellement conduits au niveau interministériel et coordonnés par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Souscrivant à cette analyse, la commission a supprimé cet article.

\*

*La commission est saisie des amendements identiques AS353 du rapporteur, AS106 de M. Philippe Goujon et AS247 de Mme Anne-Yvonne Le Dain.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Le Sénat a souhaité sanctionner d'une amende la première prise de substance stupéfiante. Aujourd'hui, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

---

(1) 3° de l'article 131-13 du code pénal.

(MILDECA) travaille à améliorer les dispositions pénales applicables à ces consommations dans un but de meilleure efficacité et de meilleure lisibilité. Il est prudent d'attendre la conclusion de ces travaux, aussi je propose la suppression de cet article.

**Mme Anne-Yvonne Le Dain.** Il est intéressant de constater que les trois amendements proposent la suppression de cet article avec des motivations différentes, ce qui prouve qu'il s'agit d'un débat de société. Continuant à travailler avec le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) pour savoir quelles évolutions sont intervenues depuis un an dans tous les champs concernant les substances illicites, je comprends et partage la position du rapporteur de laisser la MILDECA travailler.

Ce qui me surprend et me gêne, c'est que le Sénat a sanctionné la première consommation par une amende de troisième catégorie, sans distinguer entre les mineurs et les majeurs. Cela en fait une infraction banalisée, susceptible d'être réitérée. Il s'agit d'un système de contravention classique, dépourvu de toute vertu éducative ou pédagogique. Ainsi, même si le consommateur n'a que quinze ans, ses parents paieront, éventuellement à plusieurs reprises.

Chaque année, en France, il est procédé à 160 000 interpellations et 130 000 mises en examen. Aujourd'hui, les consommateurs ont jusqu'à soixante-dix ans et il s'en trouve sur tout le territoire national, quelles que soient les zones d'habitat. Le cannabis est banalisé au point que certains en cultivent chez eux. En outre, la hauteur des saisies ne cesse d'augmenter, ce qui prouve que le phénomène touche la société tout entière et pas une partie seulement.

Pour ma part, je propose la suppression de l'article parce que la sanction que j'envisage, c'est une amende de cinquième catégorie. Ainsi, la loi se voit conserver toute sa force et la justice tout son rôle. J'ai beau, à titre personnel, être favorable à la dépénalisation de l'usage du cannabis, je pense que, en l'espèce, proposer une amende de troisième catégorie est une pétition laxiste qui n'est ni raisonnable ni accompagnante. Nous devons prendre la société comme elle est. Et telle qu'elle est, ses jeunes doivent être protégés. Ils n'ont pas le droit d'acheter des cigarettes ni de l'alcool ; il n'est pas question de laisser entendre qu'ils pourraient acheter du cannabis.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Je partage votre souhait de recourir à une amende de cinquième catégorie, mais je ne vous suis plus lorsque vous proposez la dépénalisation.

**Mme Anne-Yvonne Le Dain.** J'ai exprimé mon opinion sur le fond. Mais prenant acte de la société telle qu'elle est, je considère qu'il serait bon d'aller vers une amende de cinquième classe. Il s'agit de progresser pas à pas. Nous ne sommes pas dans la situation de l'État de Washington, du Colorado, des Pays-Bas ou du Mexique où la Cour suprême vient de prendre une importante décision. De ce point de vue, le monde change. D'ailleurs, nos fonctionnaires et les associations

travaillent sur cette question pour avancer, et notre présidente et la ministre nous proposent ici de franchir une étape en créant ces salles de *shoot*. Nous ne pouvons plus en rester à la loi de 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

En tout cas, une amende de troisième catégorie, je trouve cela incroyable, laxiste même, de la part des Républicains.

**M. Jean-Pierre Door.** Nous sommes également étonnés que le groupe Les Républicains au Sénat ait retenu une amende de troisième catégorie. Pour nous, l'interdit est maintenu et doit être rappelé avec force. C'est un délit, d'où notre amendement.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Aujourd'hui, le code de la santé publique punit en théorie le consommateur d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende, avec cette ambiguïté, dont devront nous tirer les travaux en cours, que l'emprisonnement n'est que rarement exécuté quand l'amende est sans doute payée. Nul ne sait si l'interdiction concerne la consommation publique ou la consommation privée, aucune distinction n'est établie entre les diverses substances. Ce sont les juges qui font le travail, choisissant de poursuivre ou pas, cherchant parfois des mesures alternatives.

Vu les chiffres, il est, de mon point de vue, heureux que l'on ne mette pas tout le monde en prison pour détention ou usage de cannabis. Pour l'heure, je crois raisonnable de laisser se poursuivre les travaux, et notre législation reste assez répressive.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 8 bis A est supprimé.*

#### *Article 8 bis*

(art. L. 3411-5-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Définition des missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**

Cet article vise à préciser dans la loi les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Il rend obligatoire l'intervention de ces centres en matière de prévention.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article additionnel a été inséré en séance publique à l'initiative de la présidente de la commission des affaires sociales, Mme Catherine Lemorton, et de Mme Bernadette Laclais, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Les CSAPA regroupent depuis 2007 les anciens centres de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). En charge de développer la politique de santé en matière d'addiction, ils conduisent, suivant une approche pluridisciplinaire, des actions de soins et de prévention pour les personnes atteintes d'une addiction (alcool, tabac, jeux en ligne, etc.).

Les missions des CSAPA ne sont actuellement détaillées que dans la partie réglementaire du code de la santé publique, qui distingue leurs missions obligatoires et leurs missions facultatives. L'article 8 *bis* propose de préciser ces missions obligatoires dans la partie législative du même code. Il crée à cet effet un nouvel article L. 3411-5-1, qui dispose que les CSAPA assurent obligatoirement « *des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective* ».

L'action de prévention des CSAPA est ainsi élevée au rang de mission obligatoire, et ce afin de mettre à profit leur expertise reconnue en matière de prévention des addictions.

Les enjeux de cet article ne sont pas seulement symboliques ; ils sont également financiers. Car les CSAPA bénéficient, au titre de leurs missions obligatoires, d'un financement relevant du sous-ONDAM dit « spécifique » relatif aux établissements et services accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques. La mission de prévention des CSAPA, jusqu'alors facultative, ne bénéficie pas automatiquement d'un financement spécifique dans le cadre de l'ONDAM. Dans ce contexte, l'inscription de l'objectif de prévention dans la loi pourrait faire évoluer, à terme, ces modalités de financement.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat partage la conviction que le renforcement de la mission de prévention des CSAPA est une nécessité compte tenu de leur expertise multidisciplinaire reconnue et de proximité en matière d'addiction. Elle a donc adopté cet article, moyennant un amendement des rapporteurs qui vise à clarifier la rédaction de l'article 8 *bis*.

## **3. La position de la commission**

L'amendement rédactionnel adopté par le Sénat peut être regardé comme une restriction du champ des publics concernés par l'action des CSAPA. La commission a donc rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS354 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement a pour objet de rétablir l'alinéa 2 dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. Le Sénat a

considéré adopter un amendement rédactionnel qui, en réalité, remet en cause le caractère obligatoire des missions d'accompagnement médico-psychosocial, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective assurées par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

**Mme Isabelle Le Callennec.** Je trouve, au contraire, que la rédaction du Sénat a l'avantage de viser les personnes ayant une consommation à risque ainsi que leur entourage, ce qui me paraît essentiel. J'ajoute que, pour mener à bien cette prise en charge, les CSAPA ont vraiment besoin de soutien financier.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'écriture du Sénat fait perdre un peu de force au caractère obligatoire de la mission des CSAPA envers les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou une dépendance. Ce que nous voulons dire, c'est que nous sommes face à un public aujourd'hui parfaitement connu, identifié et qui doit obligatoirement être pris en charge par des équipes de professionnels.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 8 bis modifié.*

#### *Article 9*

### **Expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR)**

Cet article vise à autoriser l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque.

Afin de mieux prévenir les dommages occasionnés par la consommation de produits stupéfiants, il est ainsi proposé d'autoriser la consommation de substances illicites au sein d'espaces gérés par les personnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD), sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire.

Les centres concernés par l'expérimentation seront désignés par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétente, et devront respecter un cahier des charges national.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

La commission des affaires sociales a adopté deux amendements précisant que la durée de l'expérimentation de six ans est une durée maximale, ainsi qu'un amendement indiquant que le rapport sur le déroulement de l'expérimentation élaboré par chaque CAARUD sera transmis au maire de la commune accueillant la salle de consommation à moindre risque, en complément de la transmission au directeur général de l'ARS et au ministre en charge de la santé.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

En séance publique, les sénateurs ont adopté, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, plusieurs amendements identiques visant à prévoir que la décision et les conditions d'installation des salles de consommation à moindre risque fassent l'objet d'une concertation, en amont, entre l'ARS, la structure porteuse et le maire de la commune concernée.

Les sénateurs ont également adopté, contre l'avis du Gouvernement cette fois, un amendement prévoyant d'adosser les salles de consommation à moindre risque accueillant l'expérimentation à un établissement de santé et prévoyant, par cohérence, que l'expérimentation se fasse sous la responsabilité – et non plus sous la supervision – d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social.

## 3. La position de la commission

La commission considère qu'il n'est pas souhaitable de généraliser l'intégration des salles de consommation à moindre risque dans un établissement de santé : ces salles n'ayant pas une vocation hospitalière, certaines pourront être situées à proximité des locaux d'un hôpital, mais cette possibilité ne saurait être systématisée sans remettre en cause la liberté du maire et des associations locales qui souhaiteraient structurer différemment la prise en charge.

Pour cette raison, la commission a supprimé les ajouts du Sénat relatifs à l'intégration des salles de consommation à moindre risque dans un établissement de santé.

\*

*La commission est saisie des amendements identiques AS105 de M. Philippe Goujon, AS154 de Mme Valérie Boyer et AS158 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet article pose deux difficultés : d'une part, il acte une rupture grave avec les politiques de lutte contre les toxicomanies menées depuis vingt ans en France ; d'autre part, il crée une zone de non-droit.

Nous avons procédé à une évaluation qui confirme qu'une expérimentation de six ans coûtera 1 million d'euros par an et par salle de *shoot*. Pour la même somme, mieux vaut financer des lits d'hospitalisation. Le modèle des communautés thérapeutiques est largement diffusé dans d'autres pays et repose sur une méthode innovante, axée sur l'abstinence. Ce système fonctionne, et l'on trouve de telles communautés en région parisienne. Autant poursuivre en ce sens notre lutte contre la toxicomanie et ne pas créer de zones de non-droit.

**Mme Valérie Boyer.** Tout comme mon collègue Jean-Pierre Door, je suis pour la suppression de cet article qui méconnaît la réalité du terrain. Au lieu de

délivrer les toxicomanes de leur addiction, les salles de *shoot*, en leur apportant un encadrement médical et sécurisé, vont les y conforter, voire les inciter indirectement à augmenter leur consommation.

En outre, elles mettront en péril des quartiers entiers. Dominique Tian a rappelé pourquoi le maire de Marseille et lui-même, à titre de premier adjoint, considèrent que ces salles doivent être adossées à des établissements de santé et ne pas être installées dans des locaux ordinaires.

J'ajoute que plusieurs des huit pays au monde à avoir expérimenté ces salles font machine arrière en raison des difficultés qu'elles posent des points de vue de l'ordre public et sanitaire. De plus, il n'existe aucun lien avéré entre la présence des salles de *shoot* et la réduction du nombre d'overdoses ou la réduction d'infections virales du type VIH et hépatites B et C.

La création de zones de non-droit, que vient de dénoncer mon collègue Jean-Pierre Door, est en contradiction avec la norme constitutionnelle selon laquelle la loi doit être la même pour tous, qu'elle protège ou qu'elle punisse. En effet, cet article exclut du champ du délit d'usage et de détention illicite de stupéfiants les personnes détenant et consommant des substances à l'intérieur d'une salle de *shoot*. De même, il exclut du champ du délit de complicité d'usage illicite et de détention illicite de stupéfiants les professionnels de santé qui se trouvent dans ce même endroit.

On peut prendre la société telle qu'elle est, mais je ne puis me résoudre à l'impuissance publique ni accepter que l'on consacre dans la loi des comportements illicites. Je n'ai pas non plus envie que ma ville devienne un lieu touristique de la consommation de drogue. Car telle est la réalité : ce n'est pas pour les tulipes que certains touristes se rendent aux Pays-Bas, mais pour consommer des substances interdites chez nous. Et cela n'a réduit ni la délinquance ni les problèmes inhérents à la consommation de stupéfiants.

**M. Bernard Accoyer.** L'article 9 remet en cause une politique de lutte contre les toxicomanies qui a permis de diminuer les complications infectieuses liées à la toxicomanie par voie intraveineuse ainsi que le nombre d'overdoses. Alors même que cette politique est efficace et qu'on devrait la saluer, on en change. C'est une manière de faire assez surprenante.

La mesure envisagée crée des zones à droit différentiel dans lesquelles il serait permis de détenir des stupéfiants et de les commercialiser. Les professionnels qui y interviendraient pourraient être accusés de complicité de détention et d'usage de stupéfiants, et, si un accident survenait, de mise en danger de la vie d'autrui. Quant au voisinage, il se retrouverait, comme c'est le cas dans les pays étrangers où ces salles existent déjà, dans des conditions de sécurité et de tranquillité inacceptables.



Cette mesure, de surcroît lourde et onéreuse, paraît aller à l'encontre d'une politique qui mériterait d'être poursuivie. Pour atteindre un objectif, la continuité est une nécessité.

**M. Arnaud Robinet.** À propos des huit pays ayant expérimenté les salles de *shoot*, il faut comparer ce qui est comparable. Ces pays, par exemple, ne disposent pas des structures aujourd'hui en place en France pour accompagner les personnes malades qui se droguent. Ces salles de *shoot* ne semblent pas vraiment répondre aux enjeux puisque la grande majorité des huit pays vont revenir en arrière pour des raisons de sécurité, de santé et de coût. Jean-Pierre Door l'a rappelé, une salle de *shoot* coûte 1 million d'euros, une somme qui permettrait de financer quinze lits d'hospitalisation en addictologie.

Quitte à vous obstiner à vouloir expérimenter les salles de *shoot* en France, pourquoi ne pas retenir la proposition que nous avons faite en première lecture, et qui a été reprise par nos collègues sénateurs, de les adosser d'emblée à des structures hospitalières – centres hospitaliers universitaires (CHU) ou autres –, de façon à assurer un véritable suivi sanitaire et un accompagnement par le corps médical ? Implantées près des gares ou en centre-ville, ces salles ne pourront qu'apporter désordre public et problèmes juridiques, puisque les *dealers* pourront y faire leur commerce sans que la police puisse intervenir.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Permettez-moi de préciser à quel public s'adresse le dispositif. Ce sont des personnes qui ont disparu des radars de notre société : elles ne sont prises en charge ni par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ni par les CSAPA, et elles n'ont pas de médecin traitant. Elles sont dans la rue. Pour les avoir accompagnées pendant plusieurs années, je connais leurs pratiques. Elles vivent dans des *squats*, se piquent au pied des immeubles et le seul professionnel de santé qu'elles voient – quand elles en voient un – est le pharmacien chez qui elles viennent chercher un Stéribox. Voilà la réalité du terrain !

Vous dites que ces personnes doivent venir s'injecter leurs produits dans une salle dédiée et être accompagnées. Trouvez-vous préférable, que faute de tels lieux, elles se piquent à l'entrée d'un parking souterrain ? S'il faut saluer les sénateurs pour avoir maintenu, contre toute attente, le principe du dispositif, les modifications qu'ils ont adoptées, auxquelles vous êtes favorables, témoignent d'une certaine méconnaissance de ces populations. Elles s'injectent là où elles achètent le produit. Vous vous faites plaisir intellectuellement en proposant d'adosser ces salles à des établissements de santé mais, dans la pratique, ces personnes ne prendront jamais un bus pour se rendre à l'hôpital. Elles continueront à se piquer dans la rue.

L'expérimentation que nous souhaitons mettre en place vise un public précis, une population que personne ne voit – ni médecin référent ni éducateur de rue –, qui ne fréquente pas les CSAPA ni les membres de l'association AIDES, et

qui se pique comme elle peut au bas des immeubles ou dans les parkings souterrains. Une population non identifiée qui choque tout un chacun quand elle se pique à la vue de tous dans la rue. Ce diagnostic visuel, je vous invite à aller le faire dans les grandes villes.

Pour autant, ces gens ne sont pas partout, ils se rassemblent dans les lieux où se vendent les produits, notamment l'héroïne. Les centres ne seront pas des zones de non-droit, bien au contraire, puisqu'ils y rencontreront des personnes qu'ils ne voient pas d'habitude. Je ne comprends donc pas où est le blocage sanitaire ou psychologique, à moins qu'il ne soit purement idéologique.

Évidemment, cela a un coût, mais la vie humaine a un coût. Si c'est ce qui vous gêne, emmenons-les sur un bateau et noyons-les dans l'Atlantique ! Cela ne coûtera rien et on ne les verra plus se piquer dans la rue. Moi, je pense que notre République, si elle croit encore en la dignité, doit leur tendre la main pour un très long chemin. Pour bien connaître le sujet, je puis vous dire que les parcours de ces personnes sont très longs et parsemés de rechutes. Pour une marche franchie, elles en redescendent deux puis en regagnent trois. Elles ne s'arrêtent pas de se droguer juste parce qu'on le leur demande. C'est ainsi.

Quelle autre solution avez-vous à proposer, chers collègues de l'opposition ? Vous n'allez tout de même pas prendre ces gens de force pour les placer dans des centres et les sevrer. Que suggérez-vous pour les raccrocher un tant soit peu à notre société et faire en sorte qu'elles commencent à regagner en dignité et à s'en sortir ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** C'est en effet à une population très restreinte, à très haut risque, vivant beaucoup moins longtemps que nous et dans des conditions extrêmement précaires et douloureuses que nous offrons une possibilité.

Je souhaiterais citer un extrait du rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) commis en 2010 au sujet des centres d'injection supervisés (CIS) existant à l'étranger. Selon cet institut, « les données disponibles indiquent que les CIS apportent des bénéfices aux usagers de drogues injectées : sécurité, injection dans des conditions hygiéniques, possibilité de recevoir conseils et instructions spécifiques [...]. Les CIS bénéficient également à la communauté par la réduction de l'usage de drogues en public et des nuisances associées. [...] Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette des services proposés aux usagers de drogues injectées. [...] C'est leur spécificité [...] et la complémentarité avec les autres offres du réseau de soins qui fait leur intérêt. »

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque que nous proposons s'intègre dans un réseau de services qui dépasse la prévention et le soin. Elle est essentielle pour permettre à une population – à tout le moins à quelques-uns – éloignée de tout, qui expose sa santé au-delà de l'imaginable, d'essayer de

retrouver à la fois une sociabilité acceptable et des soins dont elle est aujourd'hui fort éloignée. Si on installait ces salles en milieu hospitalier, je suis convaincu que ces publics ne s'y rendraient pas.

Ce dispositif, je le reconnais volontiers, pose des difficultés au cœur des villes. Il faut donc expliquer les choses, susciter des projets et faire en sorte que les élus locaux y soient parties prenantes. C'est à nos frères humains en très grande difficulté que nous tendons la main. Et je ne veux pas entendre, même si vous avez le droit de le dire, que cela coûterait 1 million d'euros. Cela vaut la peine de donner à ces individus qui se piquent et meurent dans la rue un petit espoir, éventuellement une solution.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Qu'est-ce que ces centres apporteront de plus que les CAARUD, qui ont pour missions l'accueil collectif et individuel, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, des interventions de proximité à l'extérieur et le développement d'actions de médiation sociale ? Ces publics sont éloignés de tout, mais les CAARUD ont des équipes mobiles. Qu'apportera de plus un centre localisé à un endroit donné ?

**M. Dominique Tian.** C'est un sujet sensible bien connu dans le quartier de Saint-Charles-Cannebière, en centre-ville de Marseille. Des centaines de drogués s'y retrouvent toute la journée pour se piquer à l'héroïne dans les parkings de la gare de Saint-Charles ou dans les immeubles. Mais comment adhérer à l'idée de créer en centre-ville une zone de non-droit, où les gens seraient soignés à l'aide de substances illicites, interdites à la vente et à la consommation, et dans laquelle la police se verrait interdire d'intervenir ?

Ainsi que vient de le rappeler Isabelle Le Callennec, nous disposons de structures hospitalières efficaces, telles que les CAARUD. Et le Sénat avait préféré adosser le dispositif à des centres de santé excentrés afin d'inciter les gens à se soigner, au lieu de leur faire savoir qu'en haut de la Cannebière se trouve une zone de quelques centaines de mètres carrés dans laquelle la puissance publique n'interviendra pas. Votre dispositif créera un appel très fort, car les gens se diront que, dans le centre-ville de Marseille, il est permis de se droguer en toute impunité.

Les doses d'héroïne coûtent très cher, et nous avons un problème de délinquance qui ne peut échapper à personne. Dans les cages d'escalier des HLM de Marseille, on tue des enfants de quinze ans. Vous comprendrez que nous nous préoccupions de l'ultra-violence des gens qui se promènent armés et des *dealers* qui fournissent de la drogue en centre-ville. Nous avons un choix à faire, c'est vrai. Ces populations extrêmement affaiblies, qu'il faut essayer de sauver et de protéger de la mort, pour le voisinage des centres-villes, ce sont des fous furieux totalement drogués. Si la police n'intervient pas, ne fouille pas, n'arrête pas, ce sera la fin des centres-villes. La ville de Marseille était d'accord avec la

proposition du Sénat d'un adossement à des centres de santé. Autrement, la disposition est inacceptable.

**Mme Valérie Boyer.** Sans surprise, je partage l'avis de Dominique Tian. Il n'y a pas, d'un côté, les gentils qui veulent sauver les personnes dépendantes de la drogue, mourant dans la rue, et, d'un autre côté, les autres. Nous connaissons tous, à divers titres, des personnes plongées dans de telles situations dramatiques. Pour autant, je ne puis me résoudre à ce que la loi, devant le fait accompli, consacre la dépendance à des substances dangereuses pour elles-mêmes et pour les autres de ces personnes en les autorisant à en consommer dans un espace donné. D'ailleurs, que verra-t-on aux abords de ces salles, sinon l'agglutinement de *dealers*, prostituées et toute la misère qui accompagne les addictions aux drogues dures ? Comment allez-vous expliquer aux Français que la loi reste applicable mais que les toxicomanes qui acquerront leurs produits dans une salle de *shoot*, ainsi que les *dealers* présents, ne pourront pas être sanctionnés, alors qu'ils pourront l'être ailleurs. Cela n'est pas cohérent !

Madame la présidente, vous dites que c'est un moyen, pour ces toxicomanes, de rencontrer des professionnels de santé, des éducateurs de rue, des personnes pouvant les aider et les soulager. Mais les CAARUD existent. À Marseille, le SAMU social et d'autres équipes vont également dans la rue pour aider ces personnes et essayer de les emmener dans des centres où elles seront prises en charge et réconfortées. Nous ne les laissons pas au bord du chemin. De là à cristalliser dans certains quartiers un endroit où il sera permis de se *shooter*, je pense qu'il y a un pas à ne pas franchir. D'ailleurs, les pays qui l'ont fait en reviennent. Il faut aussi tenir compte des expériences menées à l'étranger.

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Il faut, sur ce sujet, continuer à faire œuvre de pédagogie et rappeler certains éléments rationnels face aux contre-vérités que nous venons d'entendre une nouvelle fois ce soir.

Une question de vocabulaire, d'abord : il est extrêmement important de ne pas parler de salles de *shoot* mais de salles de consommation à moindre risque, non seulement pour défendre la francophonie, mais surtout par respect de la dignité des personnes et dans un souci de précision. Cette dénomination signifie bien que nous nous inscrivons dans une logique de santé publique. Ce n'est pas l'alpha et l'oméga de l'ensemble des politiques de réduction des risques – il s'agit d'ailleurs d'une expérimentation –, mais un élément pertinent qui a pour but d'amener les personnes à sortir des parcours de toxicomanie.

Je ne peux pas non plus vous laisser dire qu'il s'agit de zones de non-droit. Mme la présidente et M. le rapporteur ont bien expliqué que les personnes concernées seront encadrées et accompagnées par des associations, des professionnels de santé et des élus locaux porteurs de ces projets. Mme Delaunay a cité Alain Juppé à Bordeaux ; moi-même je peux mentionner un projet à Paris porté très en amont depuis plusieurs années maintenant.

Enfin, ces salles de consommation à moindre risque permettent aussi de ne pas avoir de seringues dans la rue ni de situations non régulées. Elles permettront de sécuriser les environnements urbains.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Madame Le Callennec, si les CAARUD étaient la solution, personne ne se piquerait dans la rue. Quant au SAMU social, il intervient dans l'immédiateté pour trouver un hébergement à la personne ou la soigner si elle a un problème de santé. Or les parcours de sortie de la toxicomanie sont très longs, parfois jusqu'à dix à quinze ans. Toutes les propositions que vous faites ne répondent pas à la situation de ces personnes. Elles ne vont jamais dans les CAARUD et ces derniers ne les trouvent pas non plus.

C'est pourquoi nous proposons un dispositif expérimental. À entendre vos collègues, l'expérimentation des salles de consommation va créer des générations spontanées d'injecteurs compulsifs d'héroïne, l'offre suscitant en quelque sorte la demande. Mais ces personnes existent. Et l'on ne peut même pas parler de demande puisqu'elles ne demandent rien : elles continuent à se piquer et à se détruire la santé. L'idée est d'aller au-devant d'elles pour leur offrir une solution supplémentaire dans la panoplie existante et ainsi essayer de les re-socialiser. Il existe des CAARUD à Toulouse, mais cela n'empêche pas qu'une certaine population se pique dans la rue.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Si les CAARUD étaient l'alpha et l'oméga, cela se saurait, en effet. J'ai modestement cité les éléments figurant dans le rapport de l'INSERM sur les centres de consommation à moindre risque. Nous avons très probablement besoin de cet outil supplémentaire. J'émettrai donc un avis défavorable aux amendements de suppression de l'article 9.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS355 et AS356 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement AS355 vise à revenir sur l'adossement, par le Sénat, des centres de consommation à moindre risque à des établissements de santé. Nous souhaitons, en effet, que ces centres soient distincts de ceux qui sont habituellement utilisés dans le cadre des missions de soins.

Ensuite, le Sénat a substitué la notion de responsabilité à celle de supervision. Or ce dernier terme est mentionné à l'article 8 de sorte qu'il convient de le reprendre à l'article 9. C'est l'objet de l'amendement AS356.

Enfin, je souligne que le Sénat a inséré un élément utile dans cet article en prévoyant une concertation avec les collectivités locales, qui vont, en partenariat, accueillir ces salles de consommation à moindre risque.

**M. Jean-Pierre Door.** Je regrette le dépôt de l'amendement AS355. Nous l'avons dit, les Républicains ne sont pas favorables à ces salles de *shoot* et préféreraient qu'on continue à investir dans les CAARUD, les communautés thérapeutiques et les centres d'hébergement. Néanmoins, les sénateurs ont essayé de raccrocher ces salles à des centres hospitaliers, afin d'assurer un contrôle hospitalier. Vous supprimez cette disposition et c'est un retour à la case départ : les salles de *shoot* seront installées n'importe où en ville – sous un pont, sur une place, derrière des immeubles. Vous avez bien vu le tollé qu'a soulevé dans le XIX<sup>e</sup> arrondissement de Paris la proposition d'implanter de telles salles près d'appartements. Vous auriez au moins pu maintenir cette tentative sénatoriale de régulation.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Cette population ne se rend déjà pas dans les CAARUD, qui se trouvent pour la plupart en centre-ville, elle ira encore moins dans des établissements de santé éloignés du centre. Si vous la connaissiez, vous ne parleriez pas ainsi. Une personne qui se pique à la sortie d'un parking souterrain ou près d'une gare ne prendra pas le bus pour se rendre dans un CHU situé à huit kilomètres. La réalité du toxicomane est celle-ci qu'il est tellement en manque qu'il achète et qu'il se pique à proximité du lieu où il a trouvé de la drogue.

Les toxicomanes se concentrent à certains endroits de la ville, là où les produits se vendent. La police connaît très bien les lieux ainsi que les jours et les heures d'arrivée et de vente, notamment sur les plaques tournantes toulousaine et lilloise. La brigade des stupéfiants fait ce qu'elle peut, il n'empêche qu'il y en a toujours qui achètent et se piquent. Il ne faut pas rêver, cette population ne bouge pas du centre-ville.

*La commission adopte successivement les amendements AS355 et AS356.*

*Puis elle adopte l'article 9 modifié.*

#### *Article 9 ter*

(art. L. 221-6-1, L. 222-19-1, L. 222-20-1 du code pénal, art. L. 235-1 du code de la route, art. L. 3421-5 du code de la santé publique, art. 1018 A du code général des impôts)

### **Simplification des modalités de constatation de l'infraction de conduite après usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants**

Cet article, introduit en séance publique au Sénat à l'initiative du Gouvernement et du groupe socialiste et républicain, vise à simplifier les modalités de constatation de l'infraction de conduite après l'usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants.

Il autorise les forces de l'ordre à effectuer un prélèvement salivaire au lieu d'un prélèvement sanguin pour constater l'usage de substances illicites, le prélèvement sanguin demeurant toutefois un instrument légal de constatation de l'infraction. À cette fin, les **I**, **II**, **III** et **IV** modifient respectivement les articles

L. 221-6-1, L. 222-19-1 et L. 222-20-1 du code pénal, l'article L. 235-1 du code de la route, l'article L. 3421-5 du code de la santé publique et l'article 1018 A du code général des impôts.

L'objectif poursuivi par ce nouvel article est de mieux lutter contre les infractions routières liées à la consommation de produits stupéfiants : en 2014, près d'un quart des accidents de la route ayant causé la mort (23 %) impliquaient la consommation de stupéfiants, chez le conducteur ou le piéton victime.

En l'état du droit, le dépistage salivaire peut être utilisé par les forces de l'ordre pour détecter l'infraction, mais la reconnaissance légale de celle-ci ne peut être attestée que par les résultats d'un prélèvement sanguin. Selon l'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement, cette procédure « *engendre une perte de temps très importante (souvent 3 ou 4 heures) non seulement pour les forces de l'ordre mais aussi pour l'automobiliste et les médecins des urgences* », le prélèvement sanguin étant souvent réalisé dans les services d'urgence des établissements hospitaliers.

L'article proposé se fonde sur les résultats d'une expérimentation conduite conjointement par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et par la Délégation à la sécurité et à la sécurité routière, entre le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et le 1<sup>er</sup> juin 2015, dans onze départements. Cette expérimentation aurait permis de confirmer la faisabilité de la substitution d'un dépistage par voie salivaire.

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 9 ter sans modification.*

#### CHAPITRE IV

### **Informier et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement**

#### *Article 10*

(art. L. 221-1, L. 221-6 et L. 222-1 du code de l'environnement)

### **Information du public sur les risques sanitaires liés à la pollution de l'air**

Cet article vise à compléter le dispositif actuel de surveillance de la qualité de l'air en renforçant les modalités d'information du public sur les risques sanitaires liés à la pollution de l'air.

Lors de la première lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a complété ce dispositif par un objectif pluriannuel d'abaissement de la moyenne annuelle des concentrations journalières de

particules atmosphériques, intégré au schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie mentionné à l'article L. 222-1 du code de l'environnement.

Le Sénat a adopté cet article moyennant des modifications rédactionnelles présentées par les rapporteurs en commission.

À l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement prévoyant que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, un rapport sur la contribution du transport aérien à la pollution atmosphérique et ses effets sur la santé humaine.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS358 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement rédactionnel vise à reprendre le terme « ambiant » qui est généralement utilisé dans le code de l'environnement.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle passe à l'amendement AS359, également du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Suppression d'une mention redondante à l'alinéa 9.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS388 du même auteur.*

**M. Bernard Accoyer.** Je reviens sur l'article 9 ter car je tiens à souligner qu'on devra au Sénat la seule allusion indirecte au cannabis puisque, par le biais de l'examen salivaire des personnes impliquées dans un accident, il sera recherché l'usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants. C'est dire l'indigence de ce texte qui prétend traiter de santé publique et qui n'évoque même pas le premier problème de santé publique de la jeunesse de France !

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** M. Accoyer a raison. La proposition du Sénat sur le test salivaire est bonne, et nous la gardons.

Quant au rapport demandé, il a pour objet d'étayer la contribution du transport aérien à la pollution atmosphérique et ses effets sur la santé humaine, qui sont réels mais encore méconnus. Lors d'une grève à l'aéroport de Roissy, les graphiques d'Airparif sur les oxydes d'azote ont montré, par exemple, des différences considérables entre les jours sans avion dans le ciel et le quotidien de l'aéroport.

**M. Arnaud Robinet.** Ce type d'amendement ne résoudra rien tant qu'il n'y aura pas une volonté de l'État et d'Aéroports de Paris d'utiliser les aéroports



existants qui n'ont pas de trafic, comme celui de Vatry dans la Marne, au lieu de tout concentrer sur Roissy et Orly. Cela serait un moyen de réduire la pollution atmosphérique autour de la capitale.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Vous avez raison, l'aéroport de Vatry est sous-utilisé. Toutefois, je ne définis pas la politique aéroportuaire. Je demande simplement qu'on fasse un état des lieux dans toutes les villes, et pas seulement à Roissy.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 10 modifié.*

#### Article 10 bis

(art. L. 1331-28 du code de la santé publique)

### **Modalités de mise en œuvre des polices de l'insalubrité**

Cet article, introduit en séance publique au Sénat sur proposition de M. Gilbert Barbier et de plusieurs de ses collègues du groupe RDSE, a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre des polices de l'insalubrité, lorsqu'un logement ou un immeuble frappé d'un arrêté d'insalubrité réparable devient libre d'occupation postérieurement à la prise de l'arrêté.

Cette proposition intervient suite à un arrêt du Conseil d'État du 15 avril 2015 <sup>(1)</sup> qui a considéré qu'un propriétaire n'était pas tenu de réaliser les travaux prescrits par l'arrêté d'insalubrité si le logement concerné devenait inoccupé et libre de location.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

L'article L. 1331-26 du code de la santé publique permet au préfet de déclarer un immeuble ou un logement insalubre à titre réparable, ou à titre irréparable lorsqu'il n'existe aucun moyen technique d'y mettre fin, ou lorsque les travaux nécessaires à la résorption de l'insalubrité seraient plus coûteux que la reconstruction. Lorsque l'insalubrité est qualifiée de « réparable », le préfet doit prescrire les travaux permettant d'en supprimer les causes. L'arrêté peut être assorti d'une interdiction temporaire d'habiter, sans que cette clause soit obligatoire.

Sur le fondement de cet article, un requérant, propriétaire d'un immeuble frappé par un arrêté d'insalubrité, a fait valoir devant le Conseil d'État que l'arrêté préfectoral lui imposant de réaliser les travaux ne trouvait plus de justification dès lors que les locataires avaient quitté les lieux, l'insalubrité ne présentant plus de danger immédiat pour leur santé.

---

(1) Conseil d'État, 5<sup>e</sup> / 4<sup>e</sup> SSR, 15/04/2015, 369548.

Considérant que les dispositions du code de la santé publique « *n'ont ni pour objet, ni pour effet de permettre à l'autorité administrative de prescrire la réalisation de travaux par le propriétaire de locaux à la fois inoccupés et libres de location et dont l'état ne constitue pas un danger pour la santé des voisins* », le Conseil d'État a donc annulé les dispositions de l'arrêté relatives à la prescription de travaux par le propriétaire, tout en maintenant celles relatives à l'interdiction d'occuper le logement insalubre.

Toutefois, selon le sénateur Gilbert Barbier, « *dans certains cas, les arrêtés d'insalubrité réductible ne prononcent pas d'interdiction temporaire d'habiter. Par extrapolation de l'arrêt du Conseil d'État, de tels arrêtés seraient alors intégralement annulés dans le cas de logements devenus vacants et libres de droit* ».

Cet article propose par conséquent de sécuriser le cadre juridique applicable lorsque le préfet prend un arrêté d'insalubrité. Il modifie le II de l'article L. 1331-28 afin d'imposer la réalisation de travaux contre l'insalubrité avant toute nouvelle occupation, remise à disposition ou remise en location du logement, y compris lorsque la prescription des travaux a été levée ou annulée dans les conditions précisées par le Conseil d'État dans l'arrêt précité.

La non remise en état des locaux avant nouvelle occupation est passible des sanctions prévues au III de l'article L. 1337-4, c'est-à-dire une peine d'emprisonnement de trois ans et 100 000 euros d'amende.

## **2. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 10 bis sans modification.*

### *Article 11*

(art. L. 1334-1 à L. 1334-12, L. 1334-12-1, L. 1334-13 à L. 1334-16, L. 1334-16-1 et L. 1334-16-2 [nouveaux] et L. 1334-17 du code de la santé publique)

### **Renforcement de la protection contre l'exposition à l'amiante**

Cet article vise à renforcer la lutte contre la présence d'amiante dans les immeubles bâtis.

Il propose dans un premier temps de renforcer les pouvoirs du préfet :

– en l'autorisant à mettre en demeure le propriétaire ou, à défaut, l'exploitant d'un immeuble bâti d'établir un diagnostic de l'état de conservation de l'amiante ou, le cas échéant, de mettre en œuvre les mesures nécessaires au contrôle ou à la réduction de l'exposition à l'amiante ;

– en l’autorisant, à l’expiration du délai de mise en demeure et si aucune mesure prescrite n’a été prise, à suspendre l’accès et l’exercice de toute activité dans les locaux concernés.

Il propose dans un second temps d’améliorer la transmission aux autorités administratives des informations relatives à la présence d’amiante dans les immeubles bâtis. Est notamment prévue la transmission au ministre chargé de la santé des informations nécessaires à la connaissance de l’état du parc immobilier et à la gestion des risques par les organismes réalisant les repérages et les opérations de contrôle de l’amiante à la demande des propriétaires ou exploitants des immeubles bâtis.

### **1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale**

À l’initiative du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé la condition d’urgence nécessaire à l’intervention du préfet.

L’Assemblée nationale a ensuite considérablement renforcé l’information du public sur les lieux de stockage des déchets d’amiante.

Elle a d’abord adopté un amendement présenté par MM. Christian Hutin et Jean-Luc Laurent visant à rendre publics les lieux de stockage des différents types de déchets d’amiante, notamment les déchets liés à des matériaux inertes ayant conservé leur intégrité et les déchets de terres amiantifères, ainsi que les autres déchets d’amiante, plus volatils et à ce titre plus dangereux pour l’homme et pour l’environnement.

En vertu du II, les ministères concernés devront désormais rendre publiques la liste des installations de stockage de déchets dangereux ainsi que celle des installations de stockage de déchets non dangereux pouvant recueillir les déchets d’amiante liés à des matériaux inertes dont l’intégrité est maintenue ainsi que les déchets naturels de terrains amiantifères.

L’Assemblée a ensuite adopté un amendement de M. Jean-Louis Roumegas et de ses collègues du groupe écologiste, prévoyant que la liste départementale des centres de valorisation et d’apport des déchets encombrants (CVAE, ex-déchetteries) pouvant recueillir des déchets amiantés est rendue publique, sous un format réutilisable. L’objectif poursuivi par cette mesure est d’inviter les particuliers à déposer leurs déchets contenant de l’amiante dans les centres spécialement équipés à cette fin et non dans des centres inadaptés au risque, dans cette hypothèse, de mettre en danger la santé des particuliers et des personnels qui travaillent dans ces centres.

L’Assemblée nationale a également renforcé les pouvoirs du directeur général de l’agence régionale de santé pour prendre toutes mesures d’information des professionnels de santé concernés, de la famille ou, le cas échéant, des femmes enceintes ou de l’entourage d’un mineur, lorsque la présence d’une source

d'exposition au plomb susceptible d'être à l'origine de l'intoxication de ce mineur est mise en évidence.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Outre un amendement rédactionnel adopté en commission, le Sénat a adopté, sur l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de Mme Corinne Imbert, membre du groupe des Républicains, visant à étendre l'obligation d'information relative à l'observation de l'état du parc immobilier au maire de la commune concernée.

Suivant les avis de sagesse de la commission et du Gouvernement, les Sénateurs ont également adopté un amendement prévoyant de généraliser la transmission, à la Direction générale de la santé (DGS), de la liste des rapports annuels d'activité des diagnostiqueurs amiante transmis par les préfets de département. Il est précisé que les résultats de l'analyse de la DGS doivent être mis à disposition du public « *sur un site internet en accès libre* ». Cet amendement est issu de l'une des propositions du rapport du comité de suivi sur l'amiante du Sénat, rendu public en juillet 2014.

## **3. La position de la commission**

La commission salue les avancées du Sénat sur cet article. L'amiante pose un défi de santé publique majeur pour l'avenir, car la lente entreprise de désamiantage expose encore de nombreux travailleurs aux poussières d'amiante.

La proposition du Sénat consistant à confier à la direction générale de la santé le soin de rendre publiques les listes établies par les opérateurs de repérage et de diagnostic amiante ainsi qu'une analyse de ces diagnostics part d'une bonne intention. En l'état du droit <sup>(1)</sup>, le rapport d'activité réalisé par les opérateurs précités doit être seulement transmis au préfet du lieu des prestations effectuées, qui n'a aucune obligation de le publier.

Cette rédaction pose toutefois une difficulté, car elle entre dans un niveau de précision qui ne relève pas du domaine de la loi. C'est pourquoi la commission a adopté un amendement du rapporteur proposant que les données relatives aux diagnostics amiante soient rendues publiques par le ministère de la santé, sous une forme dématérialisée, et que les informations relatives à la gestion des risques soient mises à la disposition des maires concernés.

\*

---

(1) Article 5 de l'arrêté du 21 novembre 2006 définissant les critères de certification des compétences des personnes physiques opérateurs de repérage et de diagnostic amiante dans les immeubles bâtis et les critères d'accréditation des organismes de certification.

*La commission est saisie de l'amendement AS360 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Les bilans relatifs à l'amiante dans le parc immobilier ne sont pas à la disposition du public. Il s'agit de faire en sorte que le ministère de la santé porte à la connaissance de celui-ci, sous forme dématérialisée, des statistiques nourries de l'ensemble de l'observation du parc immobilier amianté, ce qui permettra aux maires de mieux gérer les risques dans leur commune.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS361 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement retire des listes à rendre publiques celle des centres de valorisation et d'apport des déchets encombrants (CVAE), qui ne peuvent accueillir de l'amiante.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 11 modifié.*

#### *Article 11 bis B [supprimé]*

(art. L. 1313-1, L. 1313-3-1, L. 1313-5 et L. 1313-6-1 du code de la santé publique)

### **Compétence de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail pour l'autorisation de mise sur le marché des produits biocides**

Cet article, supprimé au Sénat, résultait de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement du Gouvernement présenté en séance publique.

L'article 11 bis B prévoyait la participation de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) à la protection de l'environnement, en évaluant les effets sur celui-ci des produits réglementés – c'est-à-dire notamment les produits phytopharmaceutiques, les produits biocides, les matières fertilisantes ou les supports de culture.

Il confiait également à l'ANSES l'ensemble de la procédure d'autorisation nationale de mise sur le marché (AMM) des produits biocides, qu'elle est chargée d'évaluer.

Sans revenir sur sa volonté de renforcer les compétences de l'ANSES, le Gouvernement a toutefois considéré, au Sénat, que les dispositions du présent article gagneraient à être reprises et enrichies à l'article 14 du projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la prévention des risques (DDADUE)<sup>(1)</sup>. Afin d'éviter toute incohérence entre

---

(1) Projet de loi n° 2982, déposé le 15 juillet 2015.

le présent projet de loi et le projet de loi DDADUE, le Sénat a donc supprimé l'article 11 *bis* B.

La commission a maintenu la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 11 bis B.*

#### *Article 11 bis E*

(art. L. 1337-1 A et L. 1337-11 [nouveaux] du code de la santé publique)

### **Sanctions administratives en cas de non-respect des règles sanitaires relatives aux eaux de baignade**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, détermine les sanctions administratives applicables en cas de non-respect des règles sanitaires relatives aux eaux de baignade.

Ces règles disposent notamment que toute personne procédant à l'installation d'une piscine, d'un lieu de baignade artificiel ou à l'aménagement d'un lieu de baignade, qu'il soit à usage public, privé ou collectif, doit préalablement à l'ouverture en déclarer l'existence à la mairie de la commune sur laquelle se situe le lieu de baignade. La déclaration doit attester que le lieu de baignade satisfait aux normes d'hygiène et de sécurité déterminées par décret.

Ces règles disposent également que la personne responsable d'une eau de baignade est chargée d'élaborer et d'actualiser le profil de l'eau de baignade, d'établir un programme de surveillance de sa qualité et de prendre les mesures relatives à l'amélioration de la qualité de cette eau. Elle doit également fournir au public et aux maires des communes concernées des informations relatives à la qualité et à la gestion de l'eau de baignade, et se soumettre au contrôle sanitaire organisé par l'agence régionale de santé.

En cas d'absence de respect de ces règles, cet article prévoit que l'autorité administrative met en demeure l'exploitant ou, à défaut, le propriétaire, d'y satisfaire dans un délai déterminé. Elle peut prescrire tous contrôles, expertises ou analyses nécessaires, les dépenses étant à la charge de l'exploitant ou du propriétaire.

Si, à l'expiration du délai de mise en demeure, l'intéressé n'a pas mis en œuvre les mesures nécessaires à sa mise en conformité avec les règles sanitaires en vigueur, il est passible des sanctions administratives prévues par le présent article. L'autorité administrative peut par exemple l'obliger à consigner une somme correspondant à l'estimation du montant des travaux à réaliser ; elle peut également faire procéder d'office aux mesures prescrites, ou encore suspendre l'exploitation des installations et des ouvrages.

Si l'exploitant refuse de se conformer à la mesure d'interdiction d'utilisation décidée par les autorités administratives, il peut être condamné à une sanction pénale et à 15 000 euros d'amende.

Le Sénat a adopté cet article moyennant un amendement de suppression d'une référence erronée.

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 11 bis E sans modification.*

#### Article 11 bis

(art. L. 1311-7 du code de la santé publique)

### **Plans régionaux santé environnement**

Cet article résulte de l'adoption à l'Assemblée nationale d'un amendement présenté en commission par M. Gérard Bapt et Mme Sophie Errante.

Il prévoit de décliner le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement (PNSE), au niveau régional, sous la forme de « plans régionaux santé environnement » (PRSE).

Le PNSE, élaboré pour cinq ans, prend notamment en compte les effets sur la santé des agents chimiques et des agents biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie. Les plans régionaux santé environnement, dans leur forme actuelle, ne sont qu'une composante du projet régional de santé.

L'article 11 *bis* renforce la portée de ces plans régionaux, qui deviennent la véritable déclinaison régionale du PNSE. Les PRSE devront s'appuyer sur les enjeux prioritaires du plan national tout en veillant à tenir compte des facteurs de risques spécifiques à chaque région. Contrairement aux anciens PRSE, ils seront mis en œuvre par les services déconcentrés de l'État, par les agences régionales de santé (ARS) et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales, et non plus par les seules ARS.

Le Sénat a adopté un amendement prévoyant de renforcer l'action des collectivités territoriales afin qu'elles puissent participer à la prévention des risques pour la santé liés à l'environnement, notamment par la voie « *d'actions spécifiques pouvant être intégrées au contrat local de santé* ». L'article 11 *bis* insère à cette fin un nouvel alinéa à l'article L. 1311-7 du code de la santé publique.

Pour mémoire, le contrat local de santé, défini à l'article L. 1434-17 du même code, permet de décliner au niveau local les objectifs du projet régional de santé. Ces contrats, conclus avec les collectivités territoriales et leurs

groupements, peuvent porter sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

L'ajout du Sénat comporte une imprécision ne permettant pas de déterminer avec certitude si la participation des collectivités territoriales concerne le PNSE ou le projet régional de santé.

La commission a donc adopté un amendement de précision.

\*

*La commission **adopte** l'amendement de précision AS364 du rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 11 bis **modifié**.*

#### *Article 11 ter A*

(art. L. 111-6 du code de la recherche)

### **Articulation entre la stratégie nationale de la recherche et la stratégie nationale de santé**

Cet article résulte de l'adoption au Sénat d'un amendement proposé par Mme Aline Archimbaud et ses collègues du groupe écologiste.

Il vise à garantir la cohérence entre la stratégie nationale de la recherche et la stratégie nationale de santé, « *notamment en matière de risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement* ».

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission **adopte** l'article 11 ter A **sans modification**.*

#### *Article 11 quater A*

(art. L. 1312-1, L. 1338-1 à L. 1338-6 [nouveaux] du code de la santé publique)

### **Lutte contre les espèces végétales et animales nuisibles**

Cet article, issu d'un amendement présenté à l'Assemblée nationale par le rapporteur Olivier Véran et Mme Nathalie Nieson, vise à renforcer la lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération est nuisible à la santé humaine.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'article 11 *quater* A introduit un nouveau chapitre VIII au sein du titre III du livre III de la première partie du code de la santé publique ; ce chapitre comprend six articles nouveaux L. 1338-1 à L. 1338-6.



L'article L. 1338-1 renvoie à un décret le soin de fixer la liste des espèces végétales et animales dont la prolifération constitue une menace pour la santé humaine, et de définir les mesures susceptibles d'être prises pour prévenir leur apparition ou lutter contre la prolifération. Les espèces susceptibles d'être visées par le décret sont notamment les ambrosies, dont certaines espèces produisent des pollens très allergisants.

L'article L. 1338-2 définit ensuite les modalités de recherche des infractions aux règlements pris en application du présent article. Celles-ci pourront notamment être recherchées ou constatées par les officiers et les agents de police judiciaire, par les pharmaciens inspecteurs de santé publique ou par des agents de l'État agréés et commissionnés par le ministre de l'agriculture.

L'article L. 1338-3 prévoit en outre qu'un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'environnement et de l'agriculture peut limiter ou interdire l'introduction, le transport, l'utilisation, la mise en vente, la vente ou l'achat de l'une des espèces nuisibles désignées par le décret précité.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté un amendement visant à assurer la conciliation entre le nouveau dispositif de lutte contre les espèces nuisibles prévues par le présent article et le dispositif de lutte contre les maladies humaines transmises par les moustiques, prévu aux articles L. 3114-5 et L. 3114-7 du code de la santé publique.

En séance publique, les sénateurs ont adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de Mme Archimbaud et de ses collègues du groupe écologiste visant à obliger tout distributeur ou vendeur d'espèces végétales dangereuses pour la santé humaine à informer le consommateur des effets sur la santé humaine pouvant être liés à ces espèces végétales. Certains végétaux ou certaines plantes ornementales très répandues, telles que le yucca, le poinsettia ou encore le ficus, peuvent en effet se révéler toxiques en cas d'ingestion ou de simple contact.

L'article L. 1338-5 qui crée cette obligation prévoit également qu'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la consommation, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique et du Conseil national de la consommation, devra fixer la liste des végétaux concernés et déterminer, pour chacun d'eux, la nature de ces informations, le contenu et le format des mentions devant figurer sur les documents d'accompagnement des végétaux concernés.

L'article L. 1338-6 dispose que le contrôle des infractions sera confié notamment aux agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et aux inspecteurs de la santé publique vétérinaire.

### 3. La position de la commission

Il n'existe en l'état du droit aucune obligation d'information sur la toxicité des plantes et végétaux en vente libre dans le commerce. Or, cette toxicité peut être à l'origine de désagréments, voire d'une dégradation de l'état de santé des individus qui en sont victimes.

La commission a maintenu les avancées votées par le Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 11 quater A sans modification.*

#### Article 11 quater B

### **Rapport de l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail sur les perturbateurs endocriniens**

Cet article est issu de l'adoption en séance publique au Sénat de quatre amendements identiques déposés par M. François Commeinhes, membre du groupe Les Républicains, par Mme Anne-Catherine Loisier, membre du groupe Union des démocrates et indépendants, par Mme Patricia Schillinger au nom du groupe socialiste et républicain et par Mme Aline Archimbaud pour le groupe écologiste.

Il propose la remise d'un rapport de l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) au Gouvernement sur les perturbateurs endocriniens, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.

#### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

##### **Les perturbateurs endocriniens**

Il existe plusieurs définitions des perturbateurs endocriniens au niveau international. Aucune d'entre elles ne fait consensus, mais la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé en 2001 est la plus communément admise :

*« Un perturbateur endocrinien potentiel est une substance ou un mélange exogène, possédant des propriétés susceptibles d'induire une perturbation endocrinienne dans un organisme intact, chez ses descendants ou au sein de (sous)-populations. Cette catégorie est divisée en deux sous-catégories : la catégorie 2a pour les perturbateurs endocriniens suspectés et la catégorie 2b pour les perturbateurs endocriniens pour les substances possédant des indications de propriétés de perturbation endocrinienne ».*

Les perturbateurs endocriniens sont soupçonnés de provoquer, même à faibles doses, de nombreux effets indésirables, en particulier sur le développement physiologique des individus exposés pendant la période intra-utérine. Ils sont également suspectés de diminuer la fertilité, ou encore d'encourager l'apparition d'un nombre croissant de maladies graves telles que le diabète, les maladies

cardiovasculaires ou les cancers dits « hormono-dépendants », notamment les cancers du sein ou de la prostate.

Ils se trouvent dans l'eau, dans l'alimentation, mais aussi dans l'air et dans certains produits industriels tels que les médicaments, les cosmétiques, les produits phytosanitaires, les jouets ou encore les textiles.

La prévention contre les perturbateurs endocriniens a fait l'objet d'une stratégie européenne dès 1999. Cette stratégie consistait à identifier le problème de la perturbation endocrinienne, ses causes et ses conséquences, ainsi qu'à définir une politique d'action sur la base du principe de précaution afin de répondre rapidement et efficacement au problème.

Si la liste prioritaire établie par la stratégie a bien été mise en place et a permis de lancer plusieurs programmes de recherche sur la question des perturbateurs endocriniens, de nombreuses étapes restent à franchir. Par exemple, il n'existe pas encore de définition européenne unique permettant de réviser les législations sectorielles relatives aux perturbateurs endocriniens. Un récent rapport parlementaire <sup>(1)</sup> a par ailleurs mis en exergue l'influence des lobbies industriels qui retardent la mise en place d'une politique ambitieuse de lutte contre les perturbateurs endocriniens.

Dans ce contexte, les auteurs des amendements à l'origine de cet article souhaitent faire progresser la connaissance relative aux perturbateurs endocriniens et renforcer la vigilance à l'égard de ces substances. Le rapport demandé par le présent article aurait par conséquent une double mission :

– l'identification des substances ayant un effet de perturbateur endocrinien, d'une part ;

– la mesure des effets cumulatifs de ces perturbateurs, d'autre part.

Il serait également tenu de formuler des recommandations, en vue :

– de définir des critères visant à déterminer les propriétés des perturbateurs endocriniens (1°) ;

– de diminuer les doses autorisées, voire d'interdire les substances nocives en cas de niveau de risque important (2°) ;

– d'encadrer de manière réglementaire l'utilisation des mentions valorisantes <sup>(2)</sup> par un étiquetage fiable (3°).

---

(1) *Rapport d'information déposé par la commission des affaires européennes sur la stratégie européenne en matière de perturbateurs endocriniens, enregistré à la présidence le 25 février 2014 et présenté par M. Jean-Louis Roumeas, député.*

(2) *Les « mentions valorisantes » désignent les qualificatifs spécifiques dont peuvent bénéficier certains produits agricoles et agroalimentaires, sous réserve d'une autorisation administrative. Ces mentions, telles que « produit de montagne », « produits de la ferme » ou « fermier », font l'objet d'un étiquetage particulier.*

## 2. La position de la commission

Les perturbateurs endocriniens représentent un enjeu de santé publique majeur. Bien que la connaissance des substances soupçonnées d'être à l'origine de perturbations endocriniennes se soit considérablement développée ces dernières années, des zones d'ombre demeurent quant aux effets de ces substances sur la santé, et les pouvoirs publics, notamment au niveau de l'Union européenne, tardent à prendre des mesures.

L'Assemblée nationale n'est pas restée inactive sur cette question : l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPESCT) a établi un rapport sur les perturbateurs endocriniens en juillet 2011 ; en février 2014 a également été publié le rapport d'information précité de notre collègue Jean-Louis Roumevas sur la stratégie européenne en matière de perturbateurs endocriniens.

Le présent article permet de franchir une étape supplémentaire et revêt à ce titre un caractère symbolique fort : il importe en effet d'améliorer la connaissance sur les substances à l'origine de perturbations endocriniennes, tout en formulant des propositions concrètes pour renforcer la vigilance des industriels et de nos concitoyens à l'égard de ces substances.

La commission a relevé que la remise d'un rapport au Gouvernement ne relevait pas du domaine de la loi. Pour cette raison elle a adopté, à l'initiative du rapporteur, un amendement proposant de simplifier l'objet et de modifier la destination du rapport, afin que celui-ci soit transmis par le Gouvernement au Parlement.

\*

*La commission discute de l'amendement AS206 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Arnaud Robinet.** Depuis quelques années, l'incertitude autour de la définition des perturbateurs endocriniens brouille l'horizon de toutes les parties prenantes, aussi bien les pouvoirs publics que les agences de santé ou les industries. Le retard de calendrier européen a repoussé l'adoption des critères finaux définissant ces perturbateurs au début de 2017. Le présent projet de loi sera promulgué fin 2015 ou début 2016, mais il prévoit, dans sa rédaction actuelle, que l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) remette au Gouvernement un rapport sur l'identification des substances ayant un effet de perturbateur endocrinien assorti de recommandations, et ce dans un délai d'un an. En termes de calendrier, ses conclusions se télescoperaient avec celles de l'Union européenne, limitant ainsi la visibilité des acteurs concernés. C'est pourquoi nous proposons de supprimer l'article 11 *quater* B.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'Europe est un peu à la traîne par rapport à la France et à l'ANSES. Il me semble donc légitime de continuer à

travailler sur ce sujet et urgent de connaître les effets de ces substances pour agir le plus vite possible. Soyons, là encore, à l'avant-garde sur un sujet majeur !

**M. Jean-Louis Roumegas.** La rédaction adoptée au Sénat, avec l'accord du Gouvernement, me laisse perplexe. Elle est en contradiction avec la stratégie nationale adoptée par le Conseil national de la transition écologique (CNTE), sous l'égide du ministère de l'écologie, en matière de perturbateurs endocriniens – sur lesquels j'ai rédigé un rapport et ai mûrement réfléchi. Apparemment, le ministère de la santé n'est pas au courant, ce qui est inquiétant.

S'agissant de ces perturbateurs, on ne parle pas de risque, mais de danger intrinsèque. Cette notion a été intégrée dans la stratégie nationale. De ce fait, pour une substance reconnue comme perturbateur endocrinien, il n'y a pas de dose minimale permettant de considérer qu'il n'y a pas de danger. On y a substitué la notion de danger intrinsèque en fonction des périodes de vulnérabilité, comme pour les femmes enceintes ou les jeunes enfants. Dans certains cas, des doses infimes peuvent même être plus dangereuses que des doses importantes. L'ANSES est déjà en train de travailler, dans le cadre de la stratégie nationale, sur des classifications de perturbateurs. Selon un programme adopté lors de la Conférence environnementale, elle doit expertiser chaque année un certain nombre de substances. Donc soit on enfonce des portes ouvertes, soit on nie le travail fait par le ministère de l'écologie et l'ANSES.

En tout cas, ce texte n'apporte rien, même s'il ne faut pas non plus suivre l'avis de l'opposition, qui nie aussi ce travail. De surcroît, il est aussi en contradiction avec les lois que nous avons adoptées sur le bisphénol A, qu'il s'agisse de celle l'interdisant dans les biberons et les tétines ou de celle le prohibant dans les contenants alimentaires. Je ne comprends pas ce que fait le Gouvernement !

**M. Bernard Accoyer.** Ce que le Gouvernement avait fait introduire dans la lecture à l'Assemblée était inapplicable puisqu'il voulait qu'on supprime toute trace de bisphénol A, ce qui revient à ignorer ce qu'est l'industrie des matières plastiques. On peut réduire le taux de bisphénol A mais on ne sait pas fabriquer des plastiques résistants sans une dose infinitésimale de cette substance. De surcroît, l'enlever totalement est techniquement quasiment impossible. C'est pourquoi la directive européenne apparaît, une fois de plus, comme la voie de la sagesse : nous serions bien inspirés de ne pas vouloir faire mieux que les autres, car nous ne sommes ni plus intelligents ni plus prudents qu'eux. La rédaction adoptée par le Sénat est donc relativement sage et protège l'industrie du jouet, secteur que vous n'avez pas encore totalement détruit mais qui risque d'être très exposé si M. Roumegas continue !

**M. Gérard Bapt.** Je crois que M. Accoyer a mélangé l'argumentation relative à cet article avec celle portant sur le suivant. Je suis de l'avis de M. Roumegas : je ne vois pas bien ce que cet article apporte. Il est en contradiction avec le travail de l'ANSES. Il faut espérer qu'en 2017, la définition

des perturbateurs endocriniens sera donnée par la Commission européenne, ce qui devait déjà être le cas en décembre 2013. Cela étant, je ne serais pas contre supprimer un article qui ne sert à rien.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet article résulte du travail du Sénat, issu de quatre amendements identiques venus de tous les bancs. L'Europe semble, en effet, traîner les pieds : le fait que l'ANSES continue son travail et qu'on lui demande un rapport ne pose pas, à mes yeux, de difficulté majeure, d'autant que ses travaux précurseurs poussent l'Europe à s'investir dans ce domaine un peu mieux qu'elle ne le fait aujourd'hui.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS387 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je propose que, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur les perturbateurs endocriniens et leurs effets sur la santé humaine. Cet amendement revient ainsi sur une difficulté législative puisque l'amendement adopté au Sénat demandait directement un rapport à l'ANSES, au lieu d'un rapport du Gouvernement au Parlement.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 11 quater B est ainsi rédigé.*

#### *Article 11 quater*

(art. L. 5231-2 du code de la santé publique)

### **Interdiction du Bisphénol A dans les jouets et les amusettes**

Issu d'un amendement présenté par M. Jean-Louis Roumegas et adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en première lecture, cet article vise à interdire le bisphénol A dans les jouets et amusettes.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Il complète à cette fin l'article L. 5231-2 du code de la santé publique relatif à l'interdiction de la fabrication, de la vente, de la mise en vente, de l'exposition et de l'importation de certains objets à destination des nourrissons et des enfants – biberons à tubes, collerettes de tétines, sucettes, anneaux de dentition contenant du Bisphénol A – , afin d'ajouter à cette interdiction l'ensemble des « jouets et amusettes comportant du Bisphénol A ».

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Suite à l'adoption de cet article additionnel, il a été soulevé que l'absence de seuil minimal de présence de bisphénol A posait problème pour l'application du dispositif.

En effet, selon les informations transmises au rapporteur, il est en pratique difficile de s'assurer de l'absence totale de présence de bisphénol A alors même que cette substance est très répandue dans les usines de fabrication et que des traces de bisphénol A ont pu être relevées dans l'air ou la poussière.

En outre, selon les représentants de la Fédération française des industries du jouet et de la puériculture auditionnés par le rapporteur, les acteurs industriels ne seraient pas en mesure de substituer les matériaux à base de bisphénol A par d'autres matériaux sûrs si la mesure était applicable dès l'entrée en vigueur de la loi.

Sur proposition du Gouvernement, le Sénat a par conséquent adopté en séance publique un amendement qui encadre et restreint cette interdiction : l'article 11 *quater* renvoie à un arrêté des ministres chargés de la santé, de la consommation, de l'industrie et de l'environnement, le soin de déterminer les valeurs limites de migration et de concentration au-delà desquelles le bisphénol A serait interdit.

En d'autres termes, le bisphénol A ne serait autorisé dans les jouets et amusettes qu'en deçà de valeurs limites de migration.

Au niveau de l'Union européenne, ces valeurs limites pour les substances chimiques utilisées dans les jouets destinés à l'usage d'enfants de moins de trente-six mois ou dans d'autres jouets destinés à être mis en bouche ont été fixées par l'appendice C à l'annexe II à la directive 2009/48/CE à 0,1 mg/l, ce qui correspond à une limite de migration et non à une teneur limite. La directive laissait aux États membres de l'Union européenne jusqu'au 21 décembre 2015 pour se conformer aux dispositions de la directive : en France, la limite de migration, qui reprend la limite fixée par la directive, figure à l'article 3 d'un arrêté du 8 janvier 2015 <sup>(1)</sup>.

## 3. La position de la commission

La commission a pris acte des difficultés posées par l'absence de seuil de migration minimal. Elle note par ailleurs que le renvoi à l'arrêté prévu par le présent article laisse au pouvoir réglementaire la liberté de fixer une valeur de migration inférieure aux seuils européens.

---

(1) Arrêté du 8 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 24 février 2010 fixant les modalités d'application du décret n° 2010-166 du 22 février 2010 relatif à la sécurité des jouets.

Afin de compléter le dispositif adopté au Sénat, la commission a adopté un amendement du rapporteur prévoyant que le Gouvernement remette au Parlement un rapport visant à étudier les effets sur la santé du bisphénol A non chauffé. Ce rapport devra examiner en particulier les effets de cette substance sur la santé des personnes à risque, tels que les enfants, particulièrement exposés au bisphénol A contenu dans les jouets.

\*

*La commission examine l'amendement AS170 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Il s'agit de revenir à la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée, avec avis favorable du Gouvernement. Le Sénat a ajouté la formule « ne respectant pas la limite de concentration ou de migration pour cette substance définie par arrêté des ministres ». Or l'ANSES a montré que même des doses infinitésimales peuvent présenter un danger pour des femmes enceintes et de petits enfants. C'est la raison pour laquelle nous avons interdit le bisphénol A dans les biberons, tétines ou contenants alimentaires, sans faire mention de contenants pouvant être chauffés ou non. Le Gouvernement avait accepté notre rédaction parce que les jouets pour enfants sont mis à la bouche pendant de longs moments avec des risques identiques à ceux des contenants. Il faut donc être cohérent.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement adopté au Sénat était d'origine gouvernementale et justifié par le fait qu'il apparaissait en pratique difficile de s'assurer de l'absence totale de bisphénol A alors qu'il est très répandu – le Sénat précisant que des traces ont pu même être relevées dans l'air et la poussière. Cette substance ne serait donc autorisée dans les jouets et amusettes qu'en deçà de valeurs limites de migration. Si on revenait à la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée, on risquerait, en outre, une censure du Conseil constitutionnel au regard du principe de proportionnalité, les études scientifiques n'étant pas encore aussi élaborées que vous semblez le dire s'agissant du bisphénol A non chauffé.

Avis défavorable, même si je comprends bien votre combat.

**M. Jean-Pierre Door.** Je suis d'accord avec le rapporteur. Votre amendement, monsieur Roumegas, revient à interdire purement et simplement les jouets, comme les Lego, qui sont des produits français de qualité, auxquels jouent tous nos enfants. Si vous voulez les faire partir à l'étranger, dites-le ! Le Sénat a été plus sage, en permettant de faire une évaluation des seuils de concentration et de migration dans des limites qui seraient peut-être compatibles avec la directive européenne.

**M. Bernard Accoyer.** Il y a une industrie française du jouet, même si Lego n'est pas une marque française : elle disparaîtrait instantanément si cet amendement était adopté ! Je rejoins sur ce point le rapporteur.



**M. Jean-Louis Roumegas.** Ces arguments sont curieux : il ne fallait pas, alors, interdire le bisphénol A dans les biberons, dont certains sont également français ! Cette substance est dangereuse dans une tétine comme dans des objets portés à la bouche. Je rappelle que les jouets visés sont destinés aux catégories d'âge des jeunes enfants qui portent tout à la bouche.

Quant à la jurisprudence du Conseil constitutionnel, elle n'a rien à voir : elle ne parle pas des normes de migration ou des taux de bisphénol A, mais de produits fabriqués à l'étranger. D'ailleurs, le Conseil n'a pas censuré la loi Bapt. Cette loi comme cet amendement visent des procédés de fabrication utilisant cette substance, qui ne vient pas par hasard ou par l'air dans les jouets ou les biberons, mais parce qu'elle a été employée par les industriels comme un additif pour rigidifier les plastiques. Or ils ont trouvé d'autres solutions, avant même que la loi ne soit adoptée. Il ne faut pas recourir à de mauvais arguments, qui conduiraient à rendre caduques les deux lois Bapt, alors qu'elles sont très utiles.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur le rapporteur, vous pourriez soumettre cette question au Gouvernement, car les amusettes sont sucées en permanence par les très jeunes enfants comme le sont les tétines de biberons. Le Conseil constitutionnel a invalidé, non l'interdiction de la présence de bisphénol A dans les produits de consommation – car il est du pouvoir régalien des États de protéger leurs consommateurs au nom de la santé publique –, mais le fait d'interdire de fabriquer cette substance dans la mesure où elle pourrait être exportée, et non utilisée pour des produits de consommation en France.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je proposerai la remise d'un rapport sur ce sujet.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS393 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement prévoit que, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif aux effets sur la santé du bisphénol A non chauffé. Ce rapport étudiera, en particulier, les effets liés à la présence de cette substance dans l'environnement des personnes à risque, notamment des jeunes enfants.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 11 quater modifié.*

*Article 11 quinquies A [supprimé]*

**Rapport sur l'application des règlements européens « cosmétiques »,  
« biocides » et « alimentation »**

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de M. Jean-Louis Roume gas.

Il dispose que le Gouvernement doit remettre au Parlement, dans un délai de dix-huit mois après la promulgation de la présente loi, un rapport sur l'application en France de trois règlements européens en matière d'étiquetage sur la présence de nanomatériaux dans les produits concernés. Ces trois règlements sont :

– le règlement (UE) n° 1223/2009 dit « cosmétiques », relatif aux produits cosmétiques ;

– le règlement (UE) n° 528/2012 dit « biocides », relatif aux produits biocides ;

– le règlement (UE) n° 1169/2011 dit « alimentation » relatif à l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires.

Suivant une position de principe, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé, à l'initiative de ses rapporteurs, cette demande de rapport.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a confirmé la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 11 quinquies A.*

*Article 11 quinquies B*

**Rapport au Parlement sur les nanomatériaux dans les médicaments  
et dispositifs médicaux**

Cet article résulte de l'adoption au Sénat d'un amendement proposé par Mme Aline Archimbaud et ses collègues du groupe écologiste, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement mais contre l'avis de la commission.

Il propose la remise au Parlement d'un rapport sur les nanomatériaux dans les médicaments et les dispositifs médicaux, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi.

Le dernier rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur cette question date de 2011<sup>(1)</sup>, alors que les

---

(1) ANSM, *Évaluation biologique des dispositifs médicaux contenant des nanomatériaux, rapport scientifique, février 2011.*

technologies à l'échelle nanométrique connaissent un essor très rapide et que leurs effets sur la santé humaine sont encore mal connus.

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 11 quinquies B sans modification.*

#### *Article 11 quinquies*

(art. L. 5232-1, L. 5232-1-1, L. 5232-1-3 et L. 5232-3-1 du code de la santé publique)

### **Actualisation des dispositions relatives à la protection de l'audition des utilisateurs d'appareils portables permettant l'écoute de son par l'intermédiaire d'écouteurs ou d'oreillettes**

L'article 11 *quinquies* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Il vise à actualiser la rédaction de l'article L. 5232-1 du code de la santé publique afin de l'aligner sur la norme européenne relative aux exigences de sécurité des appareils audio, vidéo et des appareils électroniques analogues.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 5232-1 prévoit que les « *baladeurs musicaux* » en vente sur le marché français ne peuvent excéder une puissance sonore minimale de sortie correspondant à une pression acoustique de 100 décibels.

La rédaction proposée par cet article ne fait plus référence à une puissance sonore maximale de sortie mais prévoit que les appareils sont conçus de façon à être sans danger pour l'audition de l'utilisateur dans des conditions normales d'utilisation. En outre, les termes « baladeurs médicaux », trop restrictifs, sont remplacés par les suivants : « tout appareil portable permettant l'écoute de son par l'intermédiaire d'écouteurs ou d'oreillettes ainsi que tout écouteur ou oreillette mis sur le marché ».

À l'initiative du groupe écologiste, le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement visant à harmoniser la rédaction des articles du code de la santé publique relatifs aux dispositifs d'écoute.

La commission des affaires sociales a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

\*

*La commission adopte l'amendement rédactionnel AS365 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 11 quinquies modifié.*

*Article 11 sexies A*

(art. L. 1311-1 du code de la santé publique)

**Lutte contre la pollution atmosphérique**

Cet article, inséré au Sénat sur proposition du groupe écologiste, vise à étendre à l'ensemble des causes de pollution atmosphérique la possibilité pour le Gouvernement de fixer par décret des règles générales d'hygiène ou toute mesure propre à préserver la santé.

Il modifie à cette fin l'article L. 1311-1 du code de la santé publique, qui renvoie à des décrets en Conseil d'État, pris après consultation du Haut Conseil de la santé publique et, le cas échéant, du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, le soin de fixer ces règles générales d'hygiène et toutes autres mesures propres à préserver la santé humaine dans plusieurs domaines très divers, tels que la prévention des maladies transmissibles, l'alimentation en eau, la conservation des denrées alimentaires ou encore la lutte contre les bruits de voisinage.

La compétence réglementaire du Gouvernement étant actuellement limitée aux mesures relatives à la pollution atmosphérique « *d'origine domestique* », il est proposé d'étendre sa compétence à l'ensemble des mesures liées à la pollution atmosphérique.

En application de l'article L. 1311-2 du code de la santé publique, le décret pourra être complété par des arrêtés pris par le représentant de l'État dans le département ou le maire pour édicter des dispositions particulières en vue d'assurer la protection des populations dans le département ou la commune en cas de pollution atmosphérique.

La commission a complété cet article en élargissant les compétences du pouvoir réglementaire en matière de nuisances sonores, la rédaction actuelle de l'article L. 1311-1 se limitant aux seuils nuisances liées aux bruits de voisinage.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS389 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement se propose d'élargir les compétences du pouvoir réglementaire en matière de lutte contre les nuisances sonores, qui sont les premières mises en avant par les Français et recouvrent une notion plus large que les bruits de voisinage. Cela constituerait une première réponse.

**M. Denis Jacquat.** Pensez-vous que cela va régler le problème ?

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 11 sexies A modifié.*

## **TITRE II FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ**

### **CHAPITRE I<sup>ER</sup> Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé**

#### *Article 12*

(art. L. 1411-11-1 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Équipes de soins primaires**

Initialement consacré à la mise en place du service territorial de santé au public, cet article, qui instaure les « équipes de soins primaires », a été intégralement réécrit avec l'adoption par la commission d'un amendement de rédaction globale déposé par le Gouvernement.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'article 12 insère un nouvel article L. 1411-1-1 qui réaffirme la place du médecin généraliste avec l'instauration des équipes de soins primaires. Ces équipes contribueront à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins.

Les équipes de soins primaires regroupent un ensemble de professionnels de santé choisissant d'assurer, sur une base concertée, leurs activités de soins de premier recours. Ces équipes sont organisées autour des médecins généralistes de premier recours dont le rôle de chefs de file est clairement mis en lumière.

Les équipes de soins primaires sont un mode de regroupement n'impliquant pas d'organisation juridique même si, toutefois, elles peuvent exercer au sein d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

La mission de l'équipe de soins primaires a pour objet de structurer les parcours de santé des usagers. Elle prend appui sur un projet de santé visant à améliorer la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population par la coordination des acteurs.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels en commission puis en séance publique.

#### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS189 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Cet amendement répond à une situation que j'ai constatée dans ma circonscription à propos d'une convention passée par l'agence régionale de santé (ARS) et l'hôpital de Blois avec une maison de santé située à une quarantaine de kilomètres de cette ville et comportant six médecins. Le contrat prévoyait que ces médecins avaient un secrétariat formé par le SAMU ainsi qu'une plage d'ouverture importante – de huit à vingt heures tous les jours et de huit à douze heures le samedi –, et l'un d'entre eux était toujours libre pour accueillir les personnes n'ayant pas de rendez-vous. L'évaluation de cette convention a conclu que pour un 1 euro investi, 7 ont été économisés, puisque les patients, pouvant aller chez le médecin en dehors des heures de travail ou d'école, ne se présentaient plus aux urgences. D'importantes économies ont également été réalisées sur les frais de transport.

Malheureusement, comme ce dispositif était financé par le fonds d'intervention régional (FIR), au bout d'un certain temps, il s'est arrêté. Nous nous sommes tournés vers la communauté de communes pour qu'elle finance l'opération alors qu'elle ne récupère rien, la sécurité sociale seule en tirant le bénéfice. Par ailleurs, les responsables de la convention nous ont dit qu'ils n'avaient pas de base juridique pour l'installer dans la durée. L'amendement vise donc à ce que les projets définis pour les équipes de santé puissent faire l'objet d'un accord formalisé, déterminant les modalités de financement, de façon à ce que ce type d'expérience puisse disposer d'une base et être financé dans la durée.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure pour le titre II.** L'article 12 a pour objet de mettre en place des parcours. Plusieurs défis doivent être relevés, tels que la nécessité de la coopération et de la coordination entre les professionnels, de même que le financement. Je pense que la rédaction de l'article 12 *bis* satisfait votre intention : l'alinéa 12 prévoit que les ARS peuvent conclure des contrats territoriaux pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires. L'alinéa 13 dispose, en outre, que ces contrats territoriaux définissent les modalités de financement des actions assurées par ses signataires. Je vous invite donc à retirer votre amendement.

**M. Denys Robiliard.** Je le retire pour y réfléchir. Je crains que le contrat territorial soit beaucoup plus large que ceux que j'envisage pour des opérations conclues avec des acteurs déterminés dans le cadre d'équipes de santé primaires, qui pourraient d'ailleurs se poursuivre au niveau de pôles de santé.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 12 sans modification.*

### *Article 12 bis*

(art. L. 1411-11-2, L. 1431-2, L. 1434-11, L. 1434-12 et L. 6324-4 du code de la santé publique)

### **Mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé**

L'article 12 *bis* est issu d'un amendement gouvernemental adopté par la commission des affaires sociales lors de l'examen du projet de loi en première lecture. Il institue la coopération entre professionnels avec la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

En complément de l'article 12 qui couvre la médecine de premier recours, cet article permet la constitution d'un groupement entre les professionnels de santé du premier recours, du second recours et les acteurs sociaux et médico-sociaux. Les équipes de soins primaires constituent donc le premier cercle d'organisation, le regroupement avec une communauté voisine aboutissant à la formation d'un maillage territorial permettant de renforcer la continuité des soins. Chaque communauté professionnelle a vocation à élaborer un projet de santé à transmettre aux agences régionales de santé (ARS).

En cas d'absence d'initiative des professionnels, les ARS peuvent contribuer à la mise en place des communautés professionnelles en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé.

Afin de répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés à l'article 38 du projet de loi, et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé.

Ce contrat a vocation à définir l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

La rédaction adoptée précise enfin que les équipes de soins primaires comme les CPTS peuvent bénéficier d'une assistance des plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, organisées par les ARS, et prévues par l'article 14 du projet de loi.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La rédaction a été sensiblement modifiée par la commission. Plusieurs amendements ont ainsi été adoptés visant :

– à rendre facultatif le dispositif des communautés territoriales et à supprimer le rôle des ARS dans leur constitution ;

– à clarifier le mode de constitution des regroupements tout en garantissant une souplesse dans sa composition en fonction des spécificités territoriales ;

– à rebaptiser les communautés professionnelles territoriales de santé en pôle de santé : il est donc proposé d'intégrer au sein de l'article 12 bis les dispositions régissant actuellement les pôles de santé ;

– à préciser que les coopérations entre les acteurs peuvent prendre appui sur la télémédecine.

En séance publique, le Sénat a complété le nouveau dispositif en adoptant trois amendements :

– un amendement rédactionnel ;

– un amendement visant à supprimer « les acteurs médico-sociaux, et le cas échéant sociaux », de la liste des membres obligatoirement présents dans les pôles de santé, afin de les intégrer dans la liste des acteurs qui peuvent y participer ;

– un amendement visant à permettre la participation des services de protection maternelle et infantile (PMI).

### **3. La position de la commission**

Les dispositions adoptées par le Sénat ne sont pas à la hauteur des enjeux de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé constituent une réponse concrète et adaptée aux enjeux de parcours des patients et de coordination des professionnels de santé entre eux.

S'il est légitime de faire vivre les groupements existants, réduire les communautés professionnelles aux seuls pôles de santé ne constitue pas une solution satisfaisante. Elle ne permet pas de répondre aux défis posés par les déserts médicaux ou à l'absence de coordination entre professionnels afin de fluidifier le parcours des patients.

En conséquence, la commission propose de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale moyennant la prise en compte d'un amendement rédactionnel adopté par le Sénat.

\*

*La commission discute de l'amendement AS331 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'amendement tend à rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. Les dispositions adoptées par le Sénat ne sont pas à la hauteur des enjeux : il entend « faire revivre » la coopération entre professionnels de santé *via* les pôles de santé et en lieu et place des communautés professionnelles territoriales de santé. L'article a été rédigé



après de multiples concertations et un consensus s'est dégagé autour de ces communautés, qui constituent une réponse concrète et adaptée aux enjeux de parcours des patients et de coordination des professionnels de santé entre eux.

**M. Jean-Pierre Door.** Vous détricotez un sujet vu ici puis au Sénat. Ces communautés, qui intègrent des acteurs sociaux et médico-sociaux ainsi que des médecins de second recours et de premiers soins, constituent à l'évidence une structuration trop vaste qui sera très difficile à mettre en place. Après réflexion et faisant preuve de sagesse, le Sénat a préféré les pôles de santé, s'appuyant sur les médecins de premier et second recours, ce qui correspond à la réalité du terrain et à une organisation optimale. Qui plus est, cette structuration territoriale relève de l'initiative des professionnels de santé, pas de la hiérarchie institutionnelle des ARS. Je regrette que vous reveniez dessus.

**M. Bernard Accoyer.** La rédaction proposée par la rapporteure revient à mettre en œuvre une médecine administrée, à laquelle les Français et les professionnels de santé sont opposés. Nous voterons contre l'amendement.

**M. Gérard Bapt.** Je suis étonné par l'argumentation de M. Door : le pôle de santé, tel que conçu par le Sénat, inclut les établissements de santé, ce qui va inmanquablement rétablir un certain hospitalocentrisme, alors que l'idée est de faire en sorte qu'il y ait une translation vers la médecine de ville et qu'on recoure donc soit aux équipes de premier recours, soit aux communautés professionnelles territoriales de santé.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Les arguments de M. Door me surprennent d'autant plus que l'opposition penchait plutôt, en première lecture, en faveur d'une sorte d'inventaire à la Prévert des professionnels qui devaient appartenir aux communautés professionnelles de santé.

Le texte du Sénat traduit une volonté de réduire ces communautés aux seuls pôles de santé, ce qui ne permet ni de répondre au problème des déserts médicaux ni de relever le défi de la coordination entre les professionnels. Tous nos débats sur l'article 12 *bis* visaient deux objectifs. Le premier était que la définition des besoins parte bien de la base. À cet égard, les critiques adressées au système hiérarchisé depuis les ARS n'ont plus lieu d'être puisque la première rédaction a été entièrement revue. Le second objectif était le décloisonnement des pratiques entre professionnels. Là encore, la rédaction proposée pour l'article 12 *bis* en tient compte. C'est pourquoi je vous propose de le voter dans cette version.

**Mme Isabelle Le Callennec.** L'ARS conserve la main puisqu'elle doit s'assurer de la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Dès lors, les objectifs complémentaires qui ont été définis par ailleurs sur les territoires ont-ils encore la possibilité d'être poursuivis ?

Je m'interroge également sur le statut juridique de la communauté professionnelle territoriale de santé. Les contrats territoriaux de santé ont-ils un lien avec les actuels contrats locaux de santé qui réunissent des personnels

médico-sociaux et des professionnels de santé ? L'initiative part-elle des professionnels de santé ? La communauté se constitue-t-elle en association ? Qui rédige le contrat territorial de santé ? Quel rôle va jouer l'ARS : celui qui décide d'en haut ou celui qui installe une vraie concertation réciproque ? Qu'en sera-t-il du territoire sur lequel ces contrats s'appliquent ? En Bretagne, par exemple, les professionnels se sont organisés par pays avec des spécificités.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Nous avons déjà longuement discuté de tout cela en première lecture. La première rédaction de l'article, qui avait suscité les interrogations ici soulevées, a été entièrement remaniée après des mois de concertation et un travail extrêmement approfondi. Je vous en cite quelques extraits :

« La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé [...] Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. » L'initiative revient donc bien aux professionnels de santé.

« À défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. » Cette précision est apportée, car on ne pourrait pas se satisfaire de territoires où l'absence d'initiative de professionnels laisserait des zones blanches. Dès lors, l'intervention de l'ARS est légitime.

L'état d'esprit est le même s'agissant de la contractualisation : l'initiative en revient aux professionnels de santé.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 12 bis est ainsi rédigé, et l'amendement AS188 de M. Denys Robiliard tombe.*

#### *Article 12 ter A*

(art. L. 1411-12 et L. 4130-2 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Missions des médecins spécialistes**

Cet article est issu d'un amendement adopté par la commission des affaires sociales du Sénat à l'initiative de ses rapporteurs.

### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article insère un nouvel article L. 4130-2 au sein du code de la santé publique. Son objet vise à définir les missions des médecins spécialistes, qu'ils soient de premier ou de second recours.

Quatre grandes missions des médecins spécialistes sont ainsi définies :

– compléter la prise en charge du patient par la réalisation d’une analyse diagnostique et thérapeutique d’expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients ;

– contribuer à la prévention et à l’éducation pour la santé ;

– participer à la permanence des soins ;

– contribuer à l’accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d’études médicales.

La rédaction précise enfin que ces missions sont assurées en lien avec le médecin traitant d’une part, et l’hôpital d’autre part.

## **2. La position de la commission**

Il est proposé d’adopter cet article moyennant une précision rédactionnelle.

\*

*La commission **adopte** l’amendement rédactionnel AS332 de la rapporteure.*

*Puis elle **adopte** l’article 12 ter A **modifié**.*

*Article 12 ter B [supprimé]*

### **Rapport sur l’attractivité du contrat d’engagement de santé publique**

Cet article est issu d’un amendement adopté par le Sénat lors de l’examen du projet de loi en séance publique.

Il vise à demander la remise d’un rapport sur l’attractivité du contrat d’engagement de santé publique.

La commission a supprimé cet article dans la mesure où l’article 12 *ter*, relatif au Pacte Territoire santé, satisfait à cette intention. Il comprend en effet différents volets visant à lutter contre les déserts médicaux, et est de nature à apporter des réponses plus opérationnelles que la remise d’un rapport.

\*

*La commission est saisie de l’amendement AS333 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L’article 12 *ter* B, introduit au Sénat, prévoit la remise d’un rapport sur l’attractivité du contrat d’engagement de santé publique. Or cette intention est satisfaite à l’article 12 *ter*, qui crée le pacte

territoire-santé. Celui-ci comprend différents volets visant à lutter contre les déserts médicaux, et il me semble qu'il apporte des réponses plus opérationnelles que la remise d'un rapport. D'où cet amendement de suppression.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 12 ter B est **supprimé**.*

#### *Article 12 ter*

(art. L. 1434-13 du code de la santé publique)

#### **Pacte territoire-santé**

Issu d'un amendement présenté par le Gouvernement, cet article a été adopté par la commission lors de l'examen du texte en première lecture. Le dispositif, qui vise à lutter contre la désertification médicale, institue un pacte territoire-santé.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Partant du constat d'échec des mesures visant à lutter contre les déserts médicaux, le pacte territoire-santé est articulé autour de trois points :

- changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins ;
- transformer les conditions d'exercice dans le cadre des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles de territoires ;
- investir dans les territoires isolés.

Pour mémoire, le pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé avant application par les agences régionales de santé, en concertation avec les acteurs concernés ainsi qu'avec les conseils territoriaux de santé prévus par l'article 38 du projet de loi.

Cet article dispose enfin qu'un comité national, comprenant des représentants de professionnels de santé et d'élus, assure le suivi de sa mise en œuvre.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales a adopté un amendement portant suppression de l'article. Il a en effet été estimé que « *cette inscription dans la loi paraît relever au mieux d'une inutile volonté de pérenniser un dispositif de nature réglementaire, au pire d'une simple volonté d'affichage incompatible avec l'ambition qui devrait être celle d'une véritable loi de santé.* ».

Cet article a fait l'objet d'un rétablissement en séance publique. Si certaines de ces mesures peuvent être considérées comme relevant du règlement, l'article constitue néanmoins un engagement à traiter le problème de la désertification médicale.

### **3. La position de la commission**

Sous l'impulsion de la ministre chargée de la santé, un pacte territoire-santé a effectivement été mis en œuvre dès 2012 pour lutter contre les inégalités territoriales. Lors de sa présentation en commission, il a été précisé que les dispositifs de ce pacte s'étaient enrichis au fil des années et qu'il était désormais souhaitable que la nécessité de l'action contre les inégalités territoriales et les déserts médicaux puisse être reconnue par la loi.

Pour cette raison, la commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 12 ter sans modification.*

*Article 12 quater A [supprimé]*

(art. L. 162-5-5 du code de la sécurité sociale)

#### **Obligation de négocier sur le conventionnement des médecins souhaitant s'installer en zones sous-denses ou sur-denses**

Cet article est issu d'un amendement adopté par la commission des affaires sociales du Sénat présenté à l'initiative de ses rapporteurs.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article vise à instaurer une obligation de négocier, dans le cadre de la convention nationale entre les médecins et l'assurance maladie, sur le conventionnement des médecins souhaitant s'installer dans une zone dans laquelle est constaté une insuffisance ou un fort excédent en matière d'offre de soins.

Cette obligation figure à l'article L. 162-5-5 du code de la sécurité sociale et a vocation à être mise en œuvre à partir des différents zonages définis par les agences régionales de santé (ARS) pour déterminer les territoires dans lesquels sont constatés ou une insuffisance, ou au contraire un fort excédent en matière d'offre de soins.

#### **2. La position de la commission**

Il est vrai que la répartition des médecins n'est pas homogène sur nos territoires. La raréfaction des médecins libéraux en milieu rural est un enjeu important auquel il convient d'apporter une réponse.

Lors de sa première lecture, l'Assemblée fait le choix de mesures incitatives, en l'espèce les axes portées par le pacte territoire-santé à l'article 12 *ter*. Ce choix s'est opéré dans le respect de la liberté d'installation.

Différentes mesures ont été ou seront prises pour rendre cette installation extrêmement attractive étant entendu que l'attractivité ne se saurait se réduire à des mesures financières.

La commission a donc supprimé cet article.

\*

*La commission examine l'amendement AS334 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Il s'agit de supprimer l'article 12 *quater* A, que le Sénat a introduit afin d'inscrire dans la loi que la négociation des conventions nationales devra porter également sur le conventionnement sélectif pour faire face à la raréfaction des médecins libéraux en milieu rural. Le défi est de taille et il convient de le relever.

Lors de la première lecture, l'Assemblée a fait le choix de mesures incitatives, en l'espèce les axes définis pour le pacte territoire-santé à l'article 12 *ter*, que complètent des dispositifs adoptés dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015. Ce choix s'est opéré dans le respect de la liberté d'installation défendue sur tous les bancs de notre assemblée. Différentes mesures ont été ou seront prises pour rendre cette installation attractive. Il me semble qu'il faut en rester là : il appartient aux professionnels de santé de décider s'ils souhaitent instaurer des mécanismes de conventionnement sélectif.

**M. Bernard Accoyer.** Le conventionnement sélectif ne marche pas, on le sait. Il convient, en effet, de revenir sur cette rédaction sénatoriale qui a dû se faire un peu à la hâte.

**M. Arnaud Robinet.** Les déserts médicaux en milieu rural comme en ville sont un véritable problème, et ce projet de loi ne le résout pas. Mais nous sommes totalement opposés à la remise en cause de la liberté d'installation. J'avoue que nous n'avons pas bien compris la position du Sénat sur ce sujet.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 12 quater A est supprimé.*

### *Article 13*

(art. L. 1431-2, L. 3211-2-3, L. 3211-11-1, L. 3212-5, L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3214-1, L. 3215-1, L. 3215-2, L. 3221-1 à L. 3221-4, L. 3221-4-1 A [nouveau], L. 3221-4-1, L. 3222-1, L. 3221-5-1, L. 3311-1, L. 3251-2, L. 3824-2 et L. 6143-2 du code de la santé publique)

## **Organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie**

Initialement consacré à la mise en place d'un service territorial de santé au public en matière de santé mentale, cet article a fait l'objet d'une réécriture globale par voie d'amendement gouvernemental adopté en séance publique à l'Assemblée nationale.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article propose de donner un cadre pertinent au déploiement de la politique de santé mentale en procédant à la définition de la politique de santé mentale. Mise en œuvre par plusieurs acteurs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux, acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion), elle consiste en des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Cet article vise également à conserver les acquis de la politique de secteur, qu'il s'agisse des adultes, des enfants et des adolescents. Il réaffirme la nécessaire coordination de proximité autour de la psychiatrie de secteur et garantit :

– un recours de proximité aux soins psychiatriques, en ambulatoire comme en établissement de soins ;

– l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques.

Le dispositif prévoit en outre les rôles du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour l'organisation de la psychiatrie en secteurs.

Le directeur général de l'ARS désigne, au sein d'une zone d'intervention, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur. Ces établissements doivent être autorisés en psychiatrie et assurer le service public hospitalier (SPH). Ces établissements déterminent ensuite les modalités d'organisation et de fonctionnement de la mission de psychiatrie dans le cadre du projet d'établissement ou des documents définissant la politique médicale.

Sur proposition de M. Denys Robiliard, une précision a également été apportée en séance publique. Le dispositif donne la possibilité aux établissements de passer avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation une convention visant à mettre en œuvre une démarche thérapeutique. Cette précision vise à pérenniser les « clubs thérapeutiques » en leur donnant une base légale.

Cet article met également en place une coordination de deuxième niveau associant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour d'un diagnostic spécifique, d'un projet territorial de santé mentale et de contrats dédiés. Le projet territorial est élaboré à l'initiative des professionnels et des établissements. En cas de carence de l'initiative des professionnels de santé pour se rassembler autour d'un tel projet, il revient au directeur général de l'ARS de prendre « *les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale* ».

Il est enfin précisé que les projets territoriaux de santé mentale doivent tenir compte des projets définis par les équipes de soins primaires et les pôles de santé.

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'ARS, après avis des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial prévu par l'article 38.

Un contrat territorial de santé mentale peut être conclu pour la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale, entre l'ARS et les acteurs du territoire. Il fixe l'action, les missions et les engagements des signataires, les moyens associés, les modalités de financement ainsi que celles du suivi et de l'évaluation. Les établissements signataires d'un même contrat territorial de santé peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la mise en œuvre d'un projet médical commun.

L'article procède également à diverses simplifications portant sur l'information de certaines autorités s'agissant des mesures de soins psychiatriques sans consentement (suppression de l'obligation de transmission de certains documents au préfet ou au préfet de police, suppression de l'obligation de transmission de certaines informations au parquet).

L'article porte enfin des modifications portant sur les dispositions relatives aux établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. Il prévoit :

– que les modalités de coordination avec la psychiatrie de secteur doivent être précisées dans le projet d'établissement, pour les établissements publics, et dans les documents fixant la politique médicale, pour les établissements privés ;

– que les établissements de santé privés désignés pour assurer des soins psychiatriques sans consentement mais ne participant pas au service public hospitalier (SPH) doivent garantir les principes prévus à l'article L. 6112-2 dans sa rédaction issue de l'article 26 du projet de loi.

Enfin, sur l'initiative des rapporteurs, le texte prévoit la remise d'un rapport par le Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de la politique de santé mentale, dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la loi.



## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a procédé à deux modifications.

Comme pour l'article 12 *bis*, la commission a supprimé les dispositions permettant à l'ARS de se substituer aux professionnels pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet territorial de santé mentale. La commission a également entendu supprimer une disposition autorisant les ARS à réviser ou compléter les projets territoriaux de santé mentale. Le Sénat a estimé que ces dispositions entraient en contradiction avec la volonté de favoriser les initiatives des professionnels de santé.

La commission a adopté un amendement visant à prévoir expressément, que seuls les établissements autorisés en psychiatrie peuvent assurer des soins psychiatriques sans consentement. Il vise à clarifier la situation particulière de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris, qui accueille des patients bien qu'elle ne constitue pas un établissement de soins au sens du code de la santé publique.

En séance publique, deux amendements supplémentaires ont été adoptés. Un premier amendement, dit de coordination, procède à diverses modifications. Il supprime notamment les dispositions relatives à l'organisation en santé mentale avec la préservation des conseils locaux de santé mentale ou la constitution d'une commission spécialisée de santé mentale au sein des conseils territoriaux de santé. Enfin, il substitue aux termes « communautés professionnelles territoriales » les termes « pôles de santé ».

Un second amendement prévoit la mise en place d'un programme de maintien dans le logement, d'accès au logement et à l'hébergement des personnes en souffrance psychique.

## **3 La position de la commission**

La commission est revenue sur quelques-unes des modifications apportées par le Sénat.

L'article 12 *bis* étant rétabli dans la rédaction adoptée par l'Assemblée, il est proposé de réhabiliter par coordination les communautés professionnelles territoriales en lieu et place des pôles de santé.

Par ailleurs, si le projet de loi est guidé par le souci de favoriser les initiatives des professionnels de santé, il n'apparaît pas opportun de se priver d'un outil permettant aux ARS de prendre les dispositions nécessaires en l'absence d'initiatives de ces derniers. De la même manière, il est souhaitable de rétablir toutes les références au projet territorial de santé.

Sur un autre plan, l'ensemble des personnes auditionnées par la rapporteure a fait part de la nécessité de préserver l'organisation actuelle de santé mentale. Les conseils locaux de santé mentale constituent à cet égard les instances idoines de concertation pour la mise en place des actions de prévention, de soins et d'insertion en termes de santé mentale et de psychiatrie. Il est proposé en conséquence de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

Il convient aussi de compléter le dispositif en mentionnant explicitement les professionnels libéraux et les psychologues au nombre des acteurs de la politique de santé mentale.

Enfin, il convient de procéder à des mesures de coordination.

Tout d'abord il apparaît nécessaire de supprimer le dernier alinéa de l'article L. 3212-8. En première lecture, l'Assemblée avait approuvé une nouvelle rédaction de l'article L. 3212-5 dont l'objet consistait à alléger la transmission au préfet par les directeurs d'établissement de divers documents. Désormais seule la communication des décisions d'admission et de levée des mesures a été conservée, afin de lui permettre de disposer des informations utiles en matière d'ordre public. Il apparaît cependant nécessaire d'aller au bout de cette démarche en procédant à la suppression du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 au terme duquel le préfet exerce un pouvoir de contrôle en procédant à une levée immédiate de la mesure de soins. Le maintien de cette faculté de contrôle ne s'impose plus car la commission départementale des soins psychiatriques et surtout le juge des libertés et de la détention offrent de meilleures garanties aux patients.

Ensuite il faut tenir compte d'une décision du Conseil constitutionnel <sup>(1)</sup> par laquelle la rédaction de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique n'assurait pas que l'hospitalisation d'office était réservée aux cas dans lesquels elle était adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade ainsi qu'à la sûreté des personnes ou la préservation de l'ordre public. Le Conseil avait déclaré les mots : « *ou à défaut par la notoriété publique* » contraires à la Constitution. Il est proposé de supprimer les dispositions analogues qui subsistent encore pour Wallis et Futuna et Saint Barthélemy.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS357 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Il importe que l'opposition écrite du représentant de l'État à une sortie de courte durée d'une personne admise dans un service de soins psychiatriques sur décision de ce dernier soit motivée.

*La commission adopte l'amendement.*

---

(1) Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011.

*Puis elle examine l'amendement AS350 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Par coordination avec le rétablissement de l'article 12 *bis* dans la rédaction adoptée par l'Assemblée, l'amendement tend à réhabiliter les communautés professionnelles territoriales en lieu et place des pôles de santé.

Si le projet de loi est guidé par le souci de favoriser les initiatives des professionnels de santé, il n'apparaît pas opportun de se priver d'un outil permettant aux ARS de prendre les dispositions nécessaires en l'absence d'initiatives.

Afin de préserver l'organisation actuelle de la santé mentale, l'amendement désigne les conseils locaux de santé mentale comme les instances idoines de concertation pour la mise en place des actions de prévention, de soins et d'insertion en termes de santé mentale et de psychiatrie.

Il complète aussi le dispositif en mentionnant explicitement les professionnels libéraux et les psychologues parmi les acteurs de la politique de santé mentale.

Enfin, il procède à des mesures de coordination ou visant à respecter des dispositions jugées incompatibles avec la Constitution par le Conseil constitutionnel.

**M. Bernard Accoyer.** Je voterai contre un amendement qui met en place un système de médecine administrée.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS225 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Je retire mon amendement qui visait à préciser les conditions de signature d'une convention avec un « club thérapeutique ». Il semble qu'il rétablisse une forme de gestion de fait que l'on souhaitait éviter. J'y reviendrai éventuellement après réflexion.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 13 modifié.*

#### *Article 13 quater*

(art. L. 3222-5-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Encadrement du placement en chambre d'isolement et de la contention**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Denys Robiliard, vise à encadrer le placement en isolement et la contention.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article fait suite aux conclusions formulées dans le rapport <sup>(1)</sup> de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie dont M. Denys Robiliard était le rapporteur.

Le premier alinéa de la rédaction précise que le placement en chambre d'isolement et la contention constituent des pratiques de dernier recours.

Plusieurs conditions sont prévues :

– il ne peut y être recouru que dans le but de « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui* ».

– la nécessaire « décision » d'un psychiatre ;

– la durée est limitée ;

– l'effectivité d'une surveillance confiée à des professionnels de santé.

Les deuxième et troisième alinéas comportent des mesures visant à améliorer la transparence de la mise en œuvre de ces pratiques :

– la tenue obligatoire d'un registre par les établissements désignés pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ;

– la rédaction d'un rapport annuel rendant compte de ses pratiques en matière d'isolement et de contention ainsi que des actions mises en œuvre pour en limiter le recours. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté trois amendements.

Le premier vise à codifier les dispositions du présent article dans le code de la santé publique au sein d'un nouvel article L. 3222-5-1.

Le second est un amendement de précision rédactionnelle portant sur la commission et le conseil visés par le troisième alinéa.

Elle a enfin adopté un amendement visant à remplacer les termes de « *placement en chambre d'isolement* » par ceux d' « *admission en chambre d'isolement* », et la notion de « *décision d'un psychiatre* » par celle de « *prescription d'un psychiatre* ».

---

(1) Rapport n° 1662 du 18 décembre 2013.

### 3. La position de la commission

À l'initiative de M. Denys Robiliard et de la rapporteure, l'article a été modifié sur trois points :

– une modification d'ordre rédactionnel portant sur la dénomination de la commission des usagers en cohérence avec les nouvelles dispositions de l'article 44 du projet de loi ;

– le retour à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale s'agissant de la « *décision* » ;

– une rédaction de compromis permettant de concilier la rédaction initiale de l'Assemblée (placement en chambre d'isolement) et la position exprimée par le Sénat (admission). Il s'agirait de n'évoquer que le terme « *isolement* ».

\*

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement rédactionnel AS227 de M. Denys Robiliard.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS228 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Un ouvrage vient de paraître aux Presses de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), intitulé *Soins sans consentement en psychiatrie*, dans lequel on peut lire que les pratiques de contention « doivent être considérées et organisées comme un prélude nécessaire, coercitif par la force des choses, à l'engagement d'un processus thérapeutique ». Cet ouvrage considère donc que la contention n'est qu'un préalable à un processus thérapeutique.

Le sujet est extrêmement controversé : certains estiment que la contention ne devrait jamais être utilisée, qu'elle porte atteinte à la dignité des patients et qu'elle aggrave la maladie ; d'autres pensent qu'elle peut avoir des effets thérapeutiques positifs. Il n'appartient pas au législateur de prendre position dans ce débat. Il suffit, pour l'efficacité, d'affirmer le caractère médical de la décision. C'est pourquoi je propose de substituer au terme « prescription », le mot de « décision ».

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS339 de la rapporteure et AS229 de M. Denys Robiliard.*

*L'amendement AS229 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS339.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS230 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** La rédaction de l'article est suffisamment précise pour qu'il soit inutile de renvoyer à un décret.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 13 quater modifié.*

#### *Article 13 quinquies*

### **Rapport sur l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris**

Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale sur proposition de Mme Dominique Orliac. Il prévoit que le Gouvernement présente au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

La commission des affaires sociales du Sénat a modifié cet article sur deux points.

Le dispositif prévoit que le rapport intègre une évaluation de l'impact des modifications retenues par la commission des affaires sociales à l'article 13 sur le fonctionnement de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

Pour tenir compte de cette évaluation, cet amendement repousse le délai de remise de ce rapport de six mois à deux ans après l'entrée en vigueur de la loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 13 quinquies sans modification.*

#### *Article 14*

(art. L. 1431-2 et L. 6327-1, L. 6327-2 et L. 6327-3 [nouveaux] du code de la santé publique)

### **Appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes**

Cet article vise à mettre en place un service d'appui à la coordination des parcours complexes à destination des professionnels de santé. Piloté par les agences régionales de santé (ARS), ce service est institué en collaboration avec les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les autres acteurs du territoire de santé.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article consiste précisément à donner une base législative au concept de plateforme territoriale d'appui développé dans le cadre des expérimentations PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Il vise tout d'abord à définir les fonctions d'appui, à en encadrer le déclenchement (médecin traitant) et l'organisation (ARS en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers mais aussi les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales).

Il prévoit la possibilité pour l'ARS d'organiser les fonctions d'appui en constituant, par voie de convention avec les acteurs du système de santé, des plateformes intégrées dénommées « *plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes* ».

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Hormis un amendement de nature rédactionnelle, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, un amendement tendant à prévoir que les fonctions d'appui font l'objet d'une évaluation annuelle en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers.

### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 14 sans modification.*

#### *Article 15*

(art. L. 6314-1 du code de la santé publique)

### **Régulation médicale de la permanence des soins**

Cet article vise à instaurer un numéro harmonisé national de régulation médicale de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article instaure remplace le troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par deux nouveaux alinéas.

Le premier alinéa dispose que la régulation médicale de la permanence des soins est accessible gratuitement soit par un numéro national de permanence des soins soit par l'actuel numéro national d'aide médicale urgente, le 15. Il appartiendra au directeur de chacune des agences régionales de santé (ARS) de définir lequel de ces deux

numéros pourra être utilisé. En commission, le dispositif avait été enrichi afin de garantir que la régulation médicale soit mieux coordonnée avec la psychiatrie d'urgence.

Le second alinéa dispose que la régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins, c'est-à-dire les associations de type « *SOS médecins* ». Les plates-formes d'appels sont interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales a proposé une rédaction alternative consistant en la création d'un numéro de téléphone unique et gratuit au plan national pour l'accès à la régulation médicale de la PDSA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Elle a également modifié la rédaction du premier alinéa de l'article L. 6314-1 afin de « *préserver l'activité des médecins libéraux* ». La nouvelle rédaction dispose que la permanence des soins est « *assurée en collaboration avec les établissements de santé, sans que l'activité de ces derniers puisse se substituer à celle des professionnels intervenant dans le cadre de leur activité libérale* ».

## **3. La position de la commission**

Le choix d'un numéro national unique, s'il est pertinent, n'apparaît pas comme étant la solution la plus opérationnelle. Le choix s'est porté sur la coexistence d'un numéro national de PDSA au côté du 15. Dans 70 départements, les ARS ont en effet déjà opté pour ce dernier numéro. La loi sauvegarde cette solution que les ARS ont mise en place en concertation avec les acteurs hospitaliers et libéraux tout en instaurant un numéro national gratuit accessible quel que soit le territoire.

Avec la mise en place d'un numéro national, dédié à la permanence des soins, la visibilité du dispositif sera accrue. En effet, ce nouveau système mettra fin à la coexistence des différents numéros des régulations régionales et départementales à 10 chiffres ou 4 chiffres.

S'agissant de la modification relative à la préservation de l'activité des médecins libéraux, elle n'apparaît pas opportune. Cette disposition est motivée par le constat que certaines ARS auraient décidé de constater l'arrêt de « *l'effection libérale* » en nuit profonde au profit d'une centralisation par l'hôpital. Or, la situation varie d'une région à l'autre, différents facteurs pouvant en être à l'origine : désertification, baisse du volontariat ou contraintes budgétaires. Il n'est pas envisageable de tirer une généralité de ces situations locales, qui plus est en l'inscrivant dans le marbre de la loi.

Pour ces raisons, la commission a rétabli l'article dans sa version adoptée par l'Assemblée.



\*

*La commission examine l'amendement AS335 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Il s'agit de rétablir la rédaction équilibrée adoptée en première lecture par notre assemblée. Le choix du Sénat de mettre en place un numéro national unique n'est pas inapproprié, mais il n'apparaît pas comme la solution la plus opérationnelle. Il est préférable de maintenir la coexistence d'un numéro national de permanence de soins ambulatoires à côté du « 15 », car dans soixante-dix départements, les ARS ont déjà opté pour ce dernier numéro.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 15 est ainsi rédigé.*

#### *Article 16*

(art. L. 541-1 du code de l'éducation, art. L. 2112-2 du code de la santé publique, art. L. 162-5, L. 162-5-3, L. 162-5-4 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale)

#### **Médecin traitant des patients de moins de seize ans**

Cet article vise à généraliser la désignation d'un médecin traitant pour les patients de moins de seize ans, afin d'améliorer la coordination des soins délivrés aux enfants et aux adolescents.

Mis en place par l'article 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relatif à l'assurance maladie et codifié à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, le dispositif du parcours de soins coordonnés oblige toute personne âgée de seize ans et plus à déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant de son choix.

L'objectif poursuivi est double :

– le dispositif répond en premier lieu à un objectif de santé publique, visant à favoriser le suivi régulier des patients et la coordination des soins par un même praticien ;

– il répond en second lieu à un objectif de régulation de la demande de soins et de responsabilisation du patient.

L'extension du parcours de soins coordonnés aux enfants de moins de seize ans proposée par l'article 16 a pour seule finalité l'amélioration de la coordination des soins.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

En première lecture, la commission des affaires sociales a adopté un amendement de la rapporteure visant à mieux coordonner les actions de

prévention conduites par les services de la protection maternelle et infantile (PMI) et les services de santé scolaire avec les missions des nouveaux médecins traitants des enfants.

L'Assemblée nationale a ensuite adopté, en séance publique, un amendement visant à faire entrer dans le champ de la convention entre les médecins et les organismes d'assurance maladie les modalités d'organisation du parcours de soins des enfants souffrant d'une maladie chronique, ainsi que les modalités de la transition vers le parcours de soins adulte.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Afin de rappeler que le dispositif proposé ne remettait pas en cause la place des médecins spécialistes intervenant dans la prise en charge des enfants, notamment les pédiatres, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de M. Roger Karoutchi, membre du groupe des Républicains, tendant à prévoir que les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans s'entendent en coordination avec les soins spécifiques délivrés à ces patients, le cas échéant par les médecins d'autres spécialités.

S'agissant de la coordination des soins entre les médecins traitants et les médecins de PMI, les sénateurs ont adopté en séance publique deux amendements identiques présentés par le groupe communiste, socialiste et républicain, et par le groupe écologiste, visant à lever une ambiguïté rédactionnelle.

Selon les auteurs de ces amendements, la rédaction retenue aurait pu conduire à une interprétation par les médecins traitants tendant à subordonner à une consultation préalable chez le médecin traitant toute orientation par les médecins de PMI de l'enfant vers une prise en charge spécialisée. C'est pourquoi le II précise que la prise en compte des missions particulières des médecins traitants se fait « *sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile* ».

## **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 16 sans modification.*

### CHAPITRE III Garantir l'accès aux soins

#### *Article 18*

(art. L. 133-4, L. 161-1-4, L. 161-36-3, L. 161-36-4, L. 162-21-1, L. 315-1, L. 322-1, L. 322-2 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime)

#### **Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville**

Cet article, supprimé par le Sénat, vise à généraliser pour l'ensemble des assurés la dispense d'avance de frais pour les consultations de médecine de ville, à la hauteur des montants remboursés par l'assurance maladie et par les organismes complémentaires.

Le principal enjeu poursuivi par cet article est de favoriser l'accès aux soins, en particulier pour les patients qui peuvent être amenés à y renoncer pour des raisons financières.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

La rédaction initiale de l'article 18 a suscité de vives réactions de la part des médecins dès le dépôt du projet de loi, au mois d'octobre 2014. En vue de tenir compte des inquiétudes des différentes parties prenantes, une concertation s'est tenue au début de l'année 2015 avec les professionnels de santé concernés et les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Lors de son examen du projet de loi en première lecture, l'Assemblée nationale a veillé avec une attention toute particulière à l'amélioration du dispositif initial afin de répondre aux inquiétudes exprimées lors de la concertation. Cela s'est traduit par l'adoption, en commission, d'un amendement du Gouvernement définissant quatre champs de garanties nécessaires à la sécurisation du dispositif.

##### ***a. La définition d'un calendrier de déploiement progressif du tiers payant***

Initialement, l'article 18 prévoyait l'entrée en vigueur de l'ensemble du mécanisme du tiers payant au 1<sup>er</sup> janvier 2017. Désormais, le **I** définit les étapes d'extension progressive du dispositif :

– la première phase de déploiement concerne les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée (ALD) et les bénéficiaires de l'assurance maternité. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville qui le souhaitent pourront appliquer le tiers payant à ces bénéficiaires (1<sup>o</sup>). Cette possibilité deviendra une obligation à compter du 31 décembre 2016 (2<sup>o</sup>) ;

– la seconde phase concerne l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie : à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville

pourront décider de leur appliquer le tiers payant (4°) ; ils seront tenus de le faire dès le 30 novembre 2017 (5°).

Pour sécuriser la généralisation du tiers payant en 2017, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance devaient remettre, avant le 31 octobre 2015, un rapport étudiant les solutions techniques de mise en place du mécanisme du tiers payant ainsi que les modalités de test envisagées au cours de l'année 2016 (3°). Selon les informations transmises à la rapporteure, ce rapport n'a pas encore été transmis mais ses principaux jalons ont d'ores et déjà été définis.

En outre, les conditions de l'application du déploiement du tiers payant feront l'objet de deux rapports au ministre chargé de la sécurité sociale : l'un au 30 novembre 2016 pour le déploiement de la première phase (assurance maternité et ALD) et l'autre avant le 30 septembre 2017 pour le déploiement de la seconde phase (II).

#### ***b. La garantie d'un paiement des professionnels de santé dans des délais rapides***

Afin d'éviter les risques de trésorerie pour les professionnels de santé qui bénéficient aujourd'hui du paiement de la consultation par le patient dès l'issue de celle-ci, l'article L. 161-36-3 créé par le 6° du III définit les modalités de paiement des professionnels de santé.

Il pose le principe d'une garantie de paiement des professionnels, à condition qu'ils utilisent la carte Vitale de l'assuré. Il est précisé que le paiement doit intervenir dans un délai défini par décret, qui devrait être de sept jours. En cas de dépassement de ce délai, le professionnel de santé bénéficierait d'une indemnité afin de compenser le préjudice subi.

#### ***c. La définition des conditions de bénéfice du tiers payant***

Le bénéfice du tiers payant suppose par ailleurs que l'assuré remplisse certaines conditions, définies à l'article L. 161-36-4 nouveau défini par le même 6° : avoir présenté sa carte Vitale au professionnel de santé, avoir donné à l'assurance maladie une autorisation de prélèvement sur son compte bancaire pour le paiement des franchises, notamment – ou avoir expressément renoncé à cette autorisation –, respecter le parcours de soins coordonnés et, pour la délivrance de médicaments, accepter la prescription de génériques.

#### ***d. Les conditions de mise en place du dispositif***

Le V confie à l'assurance maladie le soin de piloter le déploiement et l'application du tiers payant, en lien avec les organismes d'assurance maladie complémentaire.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sans reconnaître les améliorations adoptées par l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article en avançant trois raisons, qui ne sauraient dissimuler toutefois le positionnement de principe qui a semble-t-il présidé au rejet de cet article :

– elle a considéré que la généralisation du tiers payant n'était « *pas réellement justifiée pour améliorer l'accès aux soins dès lors que le tiers payant existe pour toutes les personnes dont le niveau de revenu est inférieur ou égal au seuil de pauvreté monétaire* » ;

– elle a également considéré que le tiers payant constituait une « *remise en cause inutile de la pratique des professionnels de santé libéraux* » ;

– elle a enfin considéré que cet article était malvenu dans le contexte de la campagne pour les élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS).

## **3. La position de la commission**

La commission regrette profondément le rejet de cet article par le Sénat, car la généralisation du tiers payant est une étape indispensable pour faire reculer les situations de renoncement aux soins.

Les avancées adoptées dans le texte issu de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale visent à sécuriser et à simplifier les modalités d'application du mécanisme du tiers payant.

S'agissant de la mise en place effective du tiers payant, les représentants de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires, invités à remettre à l'automne à la ministre en charge de la santé un rapport relatif à la faisabilité technique et financière du tiers payant, ont fait part à la rapporteure de l'approche constructive qui préside depuis le début de leurs travaux.

Engagés depuis plusieurs mois dans le travail de définition des modalités techniques, ces représentants lui ont indiqué que les groupes de travail constitués avec les différentes parties prenantes – notamment les éditeurs de logiciels – ont permis d'étudier les différentes options techniques de mise en place du travail payant.

Ils ont souligné que tous les scénarii étudiés permettront d'assurer les garanties que les professionnels de santé sont légitimement en droit d'attendre du tiers payant : garantie de paiement dans un délai raisonnable, d'une part, et simplicité de mise en place du mécanisme du tiers payant, d'autre part. Les professionnels de santé doivent notamment pouvoir bénéficier d'un flux de paiement unique, quelle que soit la solution technique retenue pour y parvenir.

Ainsi, le scénario finalement retenu devra prioritairement s'assurer qu'il répond aux principes énoncés par les professionnels de santé et qu'il permet d'assurer la mise en place effective du tiers payant, en cohérence avec le calendrier de déploiement progressif fixé par l'article 18.

Au regard des consultations conduites par la rapporteure entre la première et la nouvelle lecture de ce projet de loi, rien ne laisse donc supposer que des obstacles techniques ou financiers soient insurmontables dans la mise en place du tiers payant.

Au regard de ces éléments, la commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

Toutefois, la commission a proposé que le rapport relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant soit remis à la ministre en charge de la santé dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la loi.

\*

*La commission discute des amendements identiques AS367 de la rapporteure et AS324 de M. Christophe Sirugue.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Il s'agit à nouveau de rétablir la rédaction de l'Assemblée à une nuance près. Je regrette évidemment que le Sénat ait rejeté l'article 18 qui, à l'issue de nombreux échanges, permettait de sécuriser et de simplifier les modalités d'application du mécanisme de généralisation progressive du tiers payant.

Des avancées avaient été accomplies avec la définition d'un calendrier progressif de déploiement et la prise en compte de la demande de garantie de paiement dans un délai raisonnable que les professionnels sont en droit d'exiger. S'agissant des modalités concrètes de la mise en œuvre du tiers payant, nous avions prévu qu'elles feraient l'objet d'un rapport établi conjointement par les caisses nationales d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Les parties prenantes, que j'ai rencontrées la semaine dernière, m'ont fait part du bon avancement de leurs travaux, dans une approche que les uns et les autres ont qualifiée de « pragmatique et constructive ».

Nous proposons, en conséquence, de rétablir l'article 18 dans les principes que nous avons fixés, et de modifier la date de remise du rapport, qui pourrait intervenir au plus tard un mois après la date de promulgation de la loi.

**M. Christophe Sirugue.** L'ensemble des membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen a voulu cosigner cet amendement identique à celui de Mme la rapporteure afin de montrer notre engagement en faveur de la généralisation du tiers payant.

**M. Arnaud Robinet.** L'article 18 du projet de loi sera la plus grave erreur commise par la majorité durant ce quinquennat. Les arguments en faveur de cette disposition ne sont pas acceptables, mais il est vrai qu'il s'agit d'une promesse totalement dogmatique du candidat Hollande. Aujourd'hui, nos concitoyens les plus démunis ont déjà accès au tiers payant, et nous avons plusieurs raisons de refuser que cette mesure soit généralisée.

Madame la rapporteure, les organismes complémentaires semblent tenir un double langage : lorsque nous les rencontrons, ils nous disent qu'ils ne travaillent à la mise en place technique du tiers payant que parce qu'ils y sont obligés, et qu'ils ne seront pas prêts le moment venu.

Cette mesure pose aussi un problème juridique, au sens large du terme. Le fait que le patient paie lui-même le professionnel de santé établit un contrat qui n'existe plus dès lors que le tiers payant est généralisé.

Se pose aussi la question de la déresponsabilisation des patients. La santé n'est pas gratuite. Depuis des années, droite et gauche contribuent à faire passer la santé pour un bien de consommation classique : ce n'est pas le cas.

Votre réforme vise à renforcer les réseaux de soins qui entravent la liberté de choix du patient. Nous savons parfaitement qu'avec le tiers payant généralisé, la caisse d'assurance maladie va progressivement se retirer du remboursement de certaines prestations et prescriptions, et donner ainsi de plus en plus de poids aux complémentaires, aux mutuelles et autres organismes assurantiels.

La généralisation du tiers payant ne répond ni aux attentes des professionnels de santé ni à celles de nos concitoyens. Si une réforme du système de santé est nécessaire, elle ne passe assurément pas par cette solution. Si c'était le cas, cela se saurait, et d'autres l'auraient fait.

Cette réforme fera du médecin libéral un administratif sous la coupe de l'assurance maladie ; nous ne pouvons l'accepter. Notre système de santé repose sur deux piliers, un service public et un système libéral, et sur la notion de liberté que nous devons préserver, aussi bien pour les patients que pour les praticiens.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Les deux systèmes sont solvalibéralisés de la même manière !

**M. Gérard Sebaoun.** Le tiers payant n'est qu'un mode de paiement. De nombreux pays l'ont adopté sans qu'il en résulte une révolution, une surconsommation des soins ou, à l'inverse, l'abandon des patients. Vous agitez des épouvantails sans que cela ait le moindre sens ! Vous avez un problème parce que votre définition de la médecine libérale est figée : vous êtes arc-boutés sur le paiement à l'acte auquel le tiers payant ne met pourtant pas fin. Il ne constitue qu'une autre méthode de paiement pour les patients qui sont des assurés.

La solvabilisation du système passe par l'assurance maladie et par le groupement des complémentaires, assurances et institutions de prévoyance. On peut donc comprendre que les négociations soient difficiles. L'essentiel, c'est qu'elles aboutissent, *in fine*, à libérer le médecin des contraintes administratives – tout l'inverse de ce que vous avancez –, l'idée étant d'avoir un flux unique qui permette aux professionnels d'être payés correctement en temps et en heure.

J'ai rencontré les médecins libéraux de mon département, et je sais bien qu'ils sont très remontés. Pour autant, je ne comprends pas les arguments avancés, qui tournent en boucle et peuvent être réfutés un à un assez facilement. La médecine libérale doit évoluer ; elle a toute sa place dans ce projet de loi comme pendant de la médecine hospitalière. Vous menez un combat idéologique d'arrière-garde sur le tiers payant. C'est un non-sens.

**M. Bernard Accoyer.** Arnaud Robinet a dit l'essentiel. Touche après touche, tout le système de santé est remis en cause et échappe progressivement à notre maîtrise. C'est déjà le cas pour ce qui concerne les déficits et l'accès à l'innovation.

Avec la déresponsabilisation, l'inflation des soins, la couverture maladie universelle qui réécrit complètement le code de la sécurité sociale dans le PLFSS, les quatre pages de cet article rédigées de manière improvisée en séance, en première lecture à l'Assemblée, on est en pleine irresponsabilité.

Les dispositions que vous voulez mettre en place n'apportent strictement rien en matière d'accès aux soins. Elles sont tout simplement démagogiques et participent d'une posture politique consécutive à une promesse de campagne du candidat Hollande. Ce n'est pas responsable ! Nous ne voterons pas cet amendement.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Accoyer, vous pensiez sans doute à la protection universelle maladie (PUMA) et non à la CMU.

**M. Jean-Pierre Door.** Le Sénat a parfaitement compris que l'on ne faisait pas de médecine contre les médecins. Aujourd'hui, le divorce est total entre eux et le Gouvernement. Ils le diront le 13 novembre prochain en boycottant la conférence de santé du Premier ministre. Les médecins combattent le tiers payant généralisé, ils ne veulent en aucun cas d'une obligation. Le groupe de travail chargé du sujet a montré que des dysfonctionnements existaient déjà sur le périmètre actuel du dispositif : qu'en serait-il en cas de généralisation ?

Les Républicains refusent la généralisation du tiers payant qui constitue un changement de paradigme de la médecine libérale. Ce n'est pas notre option. Si nous revenons au pouvoir en 2017, sachez que ce dispositif sera immédiatement supprimé. Vous avez gagné la première manche, mais vous ne gagnerez pas la partie !



**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Ce n'est pas parce que la CMU-c et l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé ont été mises en place qu'il n'existe pas de problèmes d'accès aux soins dans notre pays. Les plafonds de ressources pour bénéficier de ces dispositifs sont fixés, pour une personne seule, à 720 euros mensuels pour la CMU-c et à 973 euros pour l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé – encore ces plafonds ont-ils été relevés par le Gouvernement ces dernières années. On peut donc parfaitement se situer au-dessus des plafonds et rencontrer des difficultés financières pour se soigner. Vous aurez beau le nier, il y a bel et bien des difficultés d'accès aux soins et des refus de soins pour des raisons financières. La généralisation du tiers payant permettra de lever la barrière financière qui empêche certaines personnes d'aller consulter. Une telle barrière ne doit pas exister entre le médecin et son patient.

**M. Denis Jacquat.** En tout état de cause, il est difficile de comparer les systèmes de santé dans les divers pays du monde.

En ce qui concerne l'accès aux soins pour les plus démunis, la couverture est parfaite dans notre pays. Certaines catégories de personnes rencontrent des difficultés, c'est vrai, mais cela ne doit pas faire oublier que la vocation des médecins, c'est de soigner, pas d'accomplir des tâches administratives. Il est évident que la généralisation du tiers payant augmentera le nombre de ces tâches, et cela, ils n'en veulent pas !

**Mme Valérie Boyer.** Je ne comprends pas cette mesure dont le Gouvernement fait l'un des principaux emblèmes de ce projet de loi. Les personnes qui ont besoin du tiers payant sont déjà couvertes, et il n'y a pas besoin d'élargir le dispositif plus que cela. Cette réforme participerait à la déresponsabilisation des patients, mais aussi à l'inflation des soins. Elle favoriserait, de surcroît, le nomadisme médical quand on voudrait que les patients s'inscrivent dans un parcours de soins.

Je m'inquiète très sérieusement qu'à travers les réseaux de soins, nous abandonnions progressivement une partie de notre système de santé aux mutuelles et aux assurances. Il s'agit, à mon avis, d'une trahison des promesses de 1945, quand la sécurité sociale a été mise en place. Nous modifions insidieusement la nature de notre système en faisant en sorte que l'assurance maladie se retire au profit notamment des mutuelles, dont les frais de gestion sont extrêmement élevés et qui bénéficient de dérogations fiscales.

Enfin, je pense que la généralisation du tiers payant représente la fin de la médecine libérale. On ne conduit pas une réforme contre les médecins ; or, toutes tendances confondues, ils y sont pourtant opposés. Ils ne veulent pas avoir à s'occuper eux-mêmes de demander le remboursement auprès des 600 mutuelles différentes. Sans nier la nécessité de réformer notre système, pourquoi revenir sur le principe du libre choix du patient et du médecin, qui faisait l'unanimité ? Vous voulez, au contraire, enfermer les patients dans des réseaux fermés.

Vous avez choisi, avec la généralisation du tiers payant, un bien mauvais emblème pour cette loi santé. Nous reviendrons dessus !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** De toute évidence, il est nécessaire de répéter que les patients garderont le choix de leur médecin.

**M. Gérard Bapt.** À l'étranger, nous connaissons des exemples de pays qui pratiquent le tiers payant tout en gardant une médecine libérale. En outre, si une minorité de médecins s'oppose à la généralisation par esprit de système, l'immense majorité redoute seulement les complications administratives et techniques, et les retards de paiement, que les organismes complémentaires et la caisse d'assurance maladie travaillent précisément à éviter. Quant à dire que la prise en charge des soins serait abandonnée aux caisses complémentaires, ce n'est pas vrai. Au contraire, la part de la caisse d'assurance maladie ne cesse de croître, tandis que diminuent la part versée par les caisses complémentaires et le reste à charge pour le patient.

Enfin, la question du tiers payant n'a rien à voir avec celle du réseau de soins et des parcours de soins coordonnés, qui excluent au demeurant toute négociation du tarif des soins entre le médecin et les caisses complémentaires. Ce point reste de la compétence de l'assurance maladie. Les craintes des médecins se cristallisent autour du tiers payant, mais elles ont sans doute des causes bien différentes. Elles peuvent être justifiées et méritent d'être dissipées, mais elles ne datent pas des trois dernières années. Par ailleurs, la ministre a annoncé qu'il n'y aurait pas de sanction prise pour non-application du tiers payant, et le Président de la République a exclu sa généralisation si les conditions techniques et administratives souhaitées ne sont pas atteintes.

En tout état de cause, même M. Door ne peut pas nier que l'avance des frais pour un électrocardiogramme peut constituer encore aujourd'hui un obstacle à l'accès aux soins.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Il y a des médecins qui pratiquent aujourd'hui le tiers payant, mais c'est sa généralisation qu'ils redoutent. Pourtant, la ministre s'obstine à vouloir passer en force. Pour ma part, je ne connais pas d'exemple de renonciation aux soins pour des raisons financières. Je suis beaucoup plus inquiète à propos des déserts médicaux et de la démographie médicale dans certaines spécialités, telle l'anesthésie. Mieux vaudrait dépenser de l'énergie à résoudre ce genre de difficulté plutôt qu'à mettre les médecins dans la rue.

Ce n'est pas un hasard si les organisations syndicales de médecins qui sont les plus opposées au tiers payant sont aussi celles qui ont eu le plus de succès aux élections professionnelles, car cette mesure est devenue synonyme d'étatisation de la médecine et de mainmise de la sécurité sociale et des mutuelles sur le système de santé. La ministre doit se rendre compte que ce n'est pas la meilleure voie à suivre. Alors qu'elle prétend mettre les médecins généralistes au cœur du parcours de soins, elle les braque. Il y a là une contradiction.

Mieux vaudrait retirer cet article introduisant la généralisation du tiers payant, surtout si le Président de la République lui-même dit qu'elle ne s'appliquerait pas nécessairement. Dans ces conditions, à quoi bon rajouter un sujet de discorde dans notre pays ?

**Mme Michèle Delaunay.** Si, comme vous le dites, le Gouvernement devrait employer son énergie à trouver des anesthésistes, moi qui soutiens les médecins et la médecine, je serais heureuse qu'ils s'emparent des grandes causes de santé publique, au lieu de ne parler que de tiers payant et du tarif de la consultation.

**Mme Bérengère Poletti.** Les médecins sont accablés et démunis, en un mot désespérés. Alors que mon département manque de praticiens, on leur dit qu'ils devront désormais faire encore plus d'administration et courir après le remboursement des soins par les complémentaires. Ils devront se mettre à jour en permanence, en fonction de l'évolution de la situation des patients. Leurs journées sont déjà suffisamment surchargées pour qu'ils redoutent cela.

Privilégions le temps médical sur le temps administratif. Ne les obligeons pas à perdre leur énergie à la recherche de leur dû. Je suis opposée aux amendements.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Nous n'avons pas entendu d'arguments nouveaux par rapport à nos débats de première lecture. L'opposition campe sur son opposition, en présentant des arguments déjà entendus et débattus. Certains sont exprimés avec une grande franchise, d'autres relèvent de la posture politique. J'ai peu d'arguments à proposer à ceux dont l'opposition est purement de principe et je n'ai rien à ajouter à ce qu'ont dit nos collègues Gérard Sebaoun, Gérard Bapt ou Fanélie Carrey-Conte. Je sais particulièrement gré à cette dernière de nous avoir rappelé quelques données chiffrées.

Oui, madame Le Callennec, l'objectif est bien de faire bénéficier du tiers payant une frange de la population qui n'en bénéficiait pas. Si vous ne rencontrez pas, dans vos permanences, des personnes qui, bien qu'ayant un travail, connaissent, elles aussi, des difficultés à faire l'avance des frais médicaux, c'est que nos permanences respectives ne sont pas fréquentées par les mêmes gens.

Il n'est pas question, dans cette loi santé, d'opposer les problématiques les unes aux autres. Le Gouvernement s'est attelé à celle des déserts médicaux avec beaucoup de conviction à travers le pacte de santé et encore dans le PLFSS pour 2015. Comme élue d'une zone de montagne, je salue la parution récente, au début du mois d'octobre, des décrets d'application correspondants. Il sait que la démographie médicale est un autre sujet. Il n'y a donc aucune raison d'opposer comme vous le faites les mesures.

Au sein des professionnels de santé, certains sont, comme vous l'êtes ici, opposés par principe ; d'autres expriment des inquiétudes légitimes au regard des complications administratives. Nous les avons si bien comprises que nous avons

intégré à l'article 18 des garanties demandées par la profession et sur lesquelles nous avons invité les différents acteurs et opérateurs à travailler ensemble : garantie de paiement, fondée sur l'obtention effective des informations relatives au patient ; respect des délais ; modalités, la formule retenue étant celle d'un flux de paiement unique.

Au cours des auditions que nous avons menées au sein du groupe de travail, monsieur Robinet, les acteurs du secteur n'ont rien dit qui permette d'exclure que ces principes et ces garanties ne seront pas respectés. La solution est encore en cours d'élaboration, mais force est de constater que, depuis le mois de mars et l'adoption de cet amendement en première lecture, les acteurs du secteur travaillent sur ces propositions. En revenant à l'article 18 dans la version adoptée par notre assemblée, nous permettons que ce travail puisse arriver à son terme. C'est pourquoi l'article prévoit que le rapport établi par les parties prenantes sera remis au plus tard un mois après la promulgation de la loi, pour une application prévue en juillet 2016.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 18 est **ainsi rétabli**.*

*Article 18 ter A [supprimé]*

(art. L. 861-1 du code de la sécurité sociale)

**Automaticité de l'ouverture et renouvellement des droits à la CMU-c pour les allocataires du RSA socle**

Cet article résulte de l'adoption par les sénateurs d'un amendement du groupe écologiste, malgré l'avis doublement défavorable de la commission et du Gouvernement.

Il vise à simplifier les modalités de recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) pour les bénéficiaires de la part « socle » du revenu de solidarité active (RSA), en rendant l'ouverture et le renouvellement des droits à la CMU-c automatiques.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Telle que définie à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, la CMU-c permet aux personnes résidant en France de manière stable et régulière, lorsque leurs ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite. Celle-ci prend en charge la part complémentaire des soins reconnus par l'assurance maladie : consultations médicales, frais hospitaliers, forfait journalier, soins et prothèses dentaires, lunettes, appareils auditifs, ainsi que l'ensemble des prescriptions (médicaments, analyses médicales, etc.).

Les personnes bénéficiaires du RSA socle peuvent toutefois bénéficier du droit à la CMU-c sans avoir à justifier de la condition de ressources. L'ouverture des droits n'étant pas automatique, les allocataires du RSA socle doivent en faire expressément la demande auprès de leur caisse d'assurance maladie.

La CMU-c est accordée pour une durée d'un an et son renouvellement n'est pas automatique. Aussi, tous les bénéficiaires de cette aide, y compris les allocataires du RSA socle, doivent renouveler annuellement leur demande. Selon le rapport d'activité annuel 2014 du Fonds CMU, près d'un tiers des allocataires du RSA socle (31 %) n'auraient pas demandé à bénéficier de la CMU-c fin 2013.

Afin de renforcer l'effectivité de ce droit, l'intention poursuivie par le présent article est de simplifier les démarches des allocataires du RSA socle en rendant l'accès à la CMU-c automatique et en supprimant les démarches de renouvellement annuel.

Le **I** complète à cette fin l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le bénéficiaire du RSA socle, mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles, « *ouvre également droit à la couverture complémentaire mentionnée au premier alinéa [de l'article L. 861-1]* ». Or, cette formulation va moins loin que l'ambition poursuivie par les auteurs de l'amendement car le droit à la CMU-c pour les allocataires du RSA socle est déjà prévu à l'alinéa 2 de l'article L. 861-2 du même code.

Le **II** dispose que le **I** s'applique à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016.

## **2. La position de la commission**

Sans nier la nécessité de faciliter les démarches des allocataires du RSA socle pour bénéficier de la CMU-c, la commission a supprimé cet article, pour deux raisons :

– en premier lieu, comme il a été dit, la rédaction de l'article n'est pas satisfaisante, puisqu'elle est redondante avec les dispositions du code de la sécurité sociale ;

– en second lieu, il ne paraît pas opportun de rendre le renouvellement des droits à la CMU-c automatique, car cela ne permet pas de vérifier à chaque échéance annuelle que les allocataires du RSA socle continuent de percevoir cette allocation et bénéficient à ce titre du droit au renouvellement de la CMU-c.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS326 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'article 18 *ter* A inséré au Sénat prévoit le droit, pour les bénéficiaires du RSA socle, de bénéficier de la CMU-c. Or cet article est satisfait par l'article L. 861-2 du code de la sécurité

sociale, aux termes duquel les bénéficiaires du RSA socle sont déjà « réputés satisfaire les conditions » permettant de bénéficier de la CMU-c. L'amendement vise donc à supprimer non pas un droit mais une proposition déjà satisfaite.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 18 ter A est **supprimé**.*

*Article 18 ter [supprimé]*

### **Automaticité du renouvellement de l'aide à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de certaines prestations**

Cet article figure dans le texte soumis à l'Assemblée nationale en nouvelle lecture car il avait été adopté par la commission des affaires sociales du Sénat. Mais cet article additionnel a été supprimé en séance publique sur proposition du Gouvernement, et n'a donc pas été adopté par le Sénat.

Il proposait de rendre automatique le renouvellement de l'aide à la complémentaire santé (ACS) pour les bénéficiaires de certaines prestations.

\*

*La commission **maintient la suppression** de l'article 18 ter.*

*Article 19*

### **Évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins**

Les assurés bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), de la CMU complémentaire (CMU-c), de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale d'État (AME) se voient parfois opposer des refus de soins de la part des professionnels de santé.

Ces refus de soins sont contraires au principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins prévu à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique.

Par conséquent cet article proposait, dans sa rédaction initiale, de confier aux conseils nationaux des ordres professionnels médicaux une mission d'évaluation du respect de ce principe de non-discrimination.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Sur proposition de la rapporteure, la commission des affaires sociales a adopté un amendement prévoyant que l'évaluation des pratiques de refus de soins réalisée par les conseils nationaux des ordres professionnels doit être établie en

lien avec les associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M. Gérard Sebaoun et plusieurs de ses collègues du groupe socialiste, républicain et citoyen visant à permettre à l'ordre des médecins de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins, par tous les moyens qu'il jugera appropriés.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Considérant que la mission prévue à l'article 19 relevait pleinement de la mission générale de « *lutte contre les discriminations, directes ou indirectes, prévues par la loi* » prévue au 3° de l'article 4 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, le Sénat a choisi, en commission, de confier la mission d'évaluation des données relatives au refus de soin à un tiers indépendant, en l'occurrence le Défenseur des droits, et non aux ordres professionnels médicaux.

## **3. La position de la commission**

La lutte contre les refus de soins constitue un enjeu majeur. Lorsque le refus de soins est avéré, il constitue une faute professionnelle, qui relève de la compétence de l'ordre des médecins.

Contrairement au Défenseur des droits, les conseils nationaux de l'ordre des médecins sont chargés de faire respecter les règles de déontologie. Ils peuvent ainsi définir la meilleure manière de prévenir ces pratiques de refus de soins, ou les sanctionner lorsque les faits sont constatés.

Pour ces raisons, la commission des affaires sociales a rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS327 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'article 19 concerne les modalités de contrôle des pratiques de refus de soins. Alors que le projet de loi initial confiait ce contrôle aux conseils nationaux des ordres professionnels médicaux, le Sénat a préféré en charger le Défenseur des droits.

Je ne partage pas ce choix, car le refus de soins constitue une faute professionnelle de la part du médecin, et il doit être sanctionné à ce titre par ses pairs. Du reste, le Défenseur des droits, comme le ministre chargé de la santé, est informé de ces pratiques grâce aux bilans annuels établis par les ordres de médecins concernés. C'est pourquoi je vous propose d'en revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale.

Je souligne que l'ordre des médecins, que nous avons reçu, est d'accord avec cette rédaction de l'article 19.

**M. Jean-Pierre Door.** Il s'agit, en effet, d'une question de déontologie. L'ordre doit sanctionner ces conduites marginales fautives et discriminatoires. Mais attention à ne pas jeter le discrédit sur l'ensemble d'une profession !

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 19 est ainsi rédigé.*

*Article 20 bis A [supprimé]*

(art. L. 863-8 du code de la sécurité sociale)

### **Accessibilité des conventions de partenariat**

Cet article, introduit en séance publique au Sénat contre l'avis du Gouvernement, vise à rendre accessibles les conventions de partenariat définies à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale pour tous les professionnels qui le demandent.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

L'amendement adopté au Sénat revient sur les réseaux de soins créés par l'article 2 de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

Cette loi, issue d'une proposition de loi rapportée par notre collègue Mme Fanélie Carrey-Conte, visait à garantir la sécurité juridique des réseaux de soins d'ores et déjà constitués par les organismes mutualistes, en autorisant ces derniers à pratiquer des différences de remboursements pour les patients consultant des professionnels membres de leur réseau.

Le conventionnement entre les organismes d'assurance complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé doit toutefois respecter plusieurs principes :

– le patient conserve le libre choix de son professionnel, service ou établissement de santé. L'organisme complémentaire propose mais n'impose donc pas de professionnel à l'assuré ; celui-ci continue à bénéficier du remboursement complémentaire de ses dépenses, que le professionnel choisi appartienne au réseau ou non ;

– les modalités de sélection des professionnels conventionnés doivent être objectives, non discriminatoires et transparentes ;

– les assurés concernés doivent bénéficier d'une libre information sur la pratique des réseaux ainsi que sur les garanties offertes en matière de prestation et de qualité des soins.



La loi prévoyait également la possibilité de constituer des réseaux fermés pour les opticiens-lunetiers, c'est-à-dire des réseaux prévoyant un nombre d'adhésion limité. En effet, en raison de l'absence de maîtrise en amont du nombre de professionnels dans ce domaine, il avait été établi que pour accepter de modérer leurs tarifs, les opticiens devaient avoir l'assurance de recevoir un nombre significatif d'assurés.

L'article additionnel adopté par le Sénat revient sur ces avancées.

Le 1° complète dans un premier temps l'article L. 863-8 afin de rappeler explicitement que l'assuré conserve le libre choix des professionnels, services et établissements de santé y compris lorsque l'organisme complémentaire dispose d'un réseau de soins ; le *a* du 3° opère une coordination.

Le 2° précise que les critères objectifs, transparents et non discriminatoires sur la base desquels s'effectue l'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions doivent être «  *négociés entre le gestionnaire du réseau, d'une part, et les organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé concernés, d'autre part* », c'est-à-dire que la négociation se ferait à l'échelle nationale et non plus directement entre chaque organisme complémentaire et les professionnels sélectionnés.

Le *b* du 3° supprime enfin la possibilité pour les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier de prévoir un nombre limité d'adhésions ; en d'autres termes, il supprime les réseaux fermés pour les opticiens.

## **2. La position de la commission**

Les réseaux de soins se sont constitués principalement dans les secteurs pour lesquels la prise en charge par l'assurance maladie est aujourd'hui très limitée : l'optique, les soins dentaires et les audioprothèses. Ils permettent à la fois de maîtriser les coûts et de développer le conseil aux assurés, notamment en matière tarifaire mais également dans le domaine de la prévention.

Il n'est pas inutile de rappeler que les réseaux de soins ne sont pas contraires au principe de la concurrence : l'Autorité de la concurrence l'a affirmé en 2009 <sup>(1)</sup> ; elle a confirmé sa position en 2013 <sup>(2)</sup>.

La commission considère que ces réseaux constituent un outil dont il ne faut pas priver les complémentaires pour agir, à travers le conventionnement, sur le reste à charge des patients.

La commission a donc supprimé cet article.

---

(1) Avis n° 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés.

(2) Décision du 26 février 2013 relative à des pratiques mises en œuvre par la société Kalivia dans le secteur de l'optique-lunetterie.

\*

*La commission discute des amendements identiques AS328 de la rapporteure, AS217 de Mme Fanélie Carrey-Conte et AS235 de M. Christophe Sirugue.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Il s'agit de supprimer un article additionnel adopté par le Sénat, qui restreint considérablement la portée de la loi du 27 janvier 2014, issue d'une proposition de loi rapportée par notre collègue Fanélie Carrey-Conte.

**M. Arnaud Robinet.** À travers cet amendement, transparait la volonté du Gouvernement de favoriser, dans la ligne de la proposition de loi de notre collègue Bruno Le Roux, les réseaux des soins, et donc les organismes complémentaires et les mutuelles aux dépens de la caisse d'assurance maladie. Le Sénat voulait éviter ces réseaux fermés, notamment pour les opticiens. Il voulait garantir la mise en place de réseaux ouverts, accessibles à tous les professionnels, en supprimant le nombre d'adhésions limité, notamment pour les opticiens. Les critères retenus devaient être négociés par l'organisation professionnelle et non imposés par les complémentaires.

Vous vous prononcez pour un retour aux réseaux fermés, commettant ainsi une erreur fondamentale. C'est la preuve que vous voulez favoriser un autre système de soins que celui que nous connaissons, un système dirigé par les organismes complémentaires et par les assurances.

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Il importe de rétablir l'ensemble des dispositions de la loi du 27 janvier 2014, dont l'objet est de mettre fin à l'inégalité empêchant les organismes complémentaires et les mutuelles de développer leurs réseaux de soins au même titre que les instituts de prévoyance et les sociétés d'assurance.

Cette loi légalise, tout en les encadrant, ces réseaux qui, selon de nombreuses études, sont des outils pertinents pour favoriser l'accès aux soins, notamment dans des domaines où la caisse d'assurance maladie rembourse peu, voire très peu. Elle prend soin d'exclure les médecins généralistes de ces conventionnements tarifaires, réservés aux secteurs où le remboursement par l'assurance maladie obligatoire constitue une part minoritaire. Cette loi prévoit également une évaluation de ces réseaux de soins.

S'agissant du secteur de l'optique, elle permet en effet la constitution de réseaux fermés, car la démographie de ce secteur n'est pas régulée et a pour spécificité de présenter des surnombres.

**Mme Valérie Boyer.** J'avais raison de me dire inquiète au sujet des réseaux de soin : on change, à bas bruit, notre système de santé, en faisant en sorte que seules les personnes touchant des minima sociaux ou salariées soient correctement couvertes. Toutes les autres sont oubliées. Je suis choquée.

Le système que vous proposez est opaque ; il est inflationniste, car il conduit à des ententes sur les prix ; il n'est pas libéral, car il ne laisse pas de liberté de choix. Je doute même qu'il garantisse un bon remboursement, car ce sont les mutuelles qui poussent à y entrer, par un *lobbying* incroyable. Mais j'aurai la charité, à cette heure tardive, de ne pas m'étendre sur leur gestion, en particulier sur la gestion des mutuelles étudiantes. Il n'en irait pas ainsi si elles ne bénéficiaient pas des dérogations fiscales dont elles jouissent aujourd'hui.

Je le dis sans détour, ce sont les promesses de 1945 qui sont trahies. Le système que vous proposez ne correspond pas au pacte alors passé avec les Français. Je réclame un débat d'ensemble sur ces sujets, plutôt que des petits amendements sournois. Dans le cadre de la loi Fourcade, cette expérience avait pu être limitée. Aujourd'hui, on constate qu'elle n'est pas bonne pour notre système de santé, qui devient inégalitaire et non transparent.

**M. Gérard Bapt.** Madame Boyer, votre discours sur les organismes complémentaires me surprend. Quand nous avons examiné le PLFSS, vous vous êtes opposée au rapatriement vers les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), c'est-à-dire vers le service public, de la gestion des prestations de maladie, notamment pour les indépendants. Aujourd'hui, vous n'avez pas de mots assez durs contre les organismes complémentaires, que vous trouvez dispendieux, inégalitaires et mauvais pour le système de santé !

Proposez plutôt, à l'instar de membres de la majorité présidentielle, leur intégration dans l'assurance maladie. Bien sûr, cela nécessiterait de gérer le transfert de quelques dizaines de milliers de salariés. Mais, après votre réquisitoire, madame Boyer, il ne vous reste qu'à faire gérer l'ensemble des relations avec les professionnels de santé par l'assurance maladie de 1945. Après cette intégration, vous ne pourrez cependant dénoncer cette même caisse comme la grande prêtresse d'un système de santé trop centralisé, qui aurait dans sa main le secteur libéral.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** J'entends parler de changements insidieux. Mais la loi sur laquelle veut revenir le Sénat fut, au contraire, adoptée au terme de débats plutôt vifs. La rapporteure du texte, présente parmi nous ce soir, pourrait en témoigner. Si amendement à bas bruit il y a, c'est plutôt celui du Sénat qui cherche à revenir sur un texte qui date d'à peine un an et demi.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 20 bis A est supprimé.*

*Article 20 bis [supprimé]*

**Information du patient sur l'origine des dispositifs médicaux orthodontiques et prothétiques**

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Sandrine Mazetier et supprimé par le Sénat, visait à renforcer l'information du patient sur l'origine des dispositifs médicaux orthodontiques et prothétiques.

Il prévoyait que tout devis de soins prothétiques ou orthodontiques mentionne :

- le pays de fabrication des dispositifs médicaux ;
- le pays d'activité du prothésiste.

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré que ces dispositions sont d'ores et déjà satisfaites. L'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie <sup>(1)</sup> prévoit en effet des obligations en matière de traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure, notamment des prothèses dentaires et des appareillages d'orthodontie. Le devis obligatoirement remis au patient doit notamment comporter le lieu de fabrication du dispositif médical.

Par ailleurs, les dispositifs médicaux sont déjà soumis à une stricte traçabilité définie par le décret n° 2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance sur certains dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique.

La commission a confirmé la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 20 bis.*

*Article 20 ter*

(art. L. 1225-3-1 [nouveau] et L. 1225-16 du code du travail)

**Régime d'autorisation d'absence destiné aux femmes engagées dans un parcours de procréation médicale assistée**

Cet article additionnel a été inséré en séance publique au Sénat, à partir d'un amendement de Mmes Françoise Laborde et Brigitte Gonthier-Morin résultant des débats de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, a reçu l'avis favorable de la commission mais pas du Gouvernement, qui demandait le retrait de l'amendement. Il vise à

---

(1) Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 31 juillet 2013, JO du 30 novembre 2013, NOR : AFSS 1329118A.

prévoir un régime d'autorisation d'absence destiné aux femmes engagées dans un parcours de procréation médicalement assistée (PMA).

Le 2° modifie à cette fin l'article L. 1225-16 du code du travail afin de préciser que la salariée bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation conformément à l'article L. 2141-2 du code de la santé publique « *bénéficie d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires* ».

Le 1° prévoit par ailleurs la création d'un article L. 1225-3-1 destiné à étendre aux salariées bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation le principe de non-discrimination à l'embauche.

La commission souscrit à l'objectif visé par cet article qui permet de faciliter les conditions d'absence des femmes engagées dans le parcours de la procréation médicale assistée. Elle a par conséquent maintenu cet article.

En complément, la commission a adopté un amendement de la rapporteure permettant au conjoint salarié d'une femme engagée dans un parcours d'assistance médicale à la procréation de bénéficier également d'autorisations d'absence, dans la limite de trois autorisations.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS391 de Mme la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement vise à étendre aux conjoints salariés des femmes engagées dans un parcours d'assistance médicale à la procréation le bénéfice d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires, dans la limite de trois autorisations, à l'instar de ce qui est prévu pour les conjoints des femmes enceintes.

Il s'agit d'un droit nouveau. Il est cependant limité, puisqu'il respecte un certain parallélisme avec le droit existant pour les femmes enceintes. Bien sûr, ces mêmes conjoints peuvent également bénéficier des trois jours de congé après la naissance.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Elle discute ensuite de l'amendement AS46 de Mme Chaynesse Khirouni.*

**Mme Chaynesse Khirouni.** Le Sénat a accompli une avancée importante pour les salariées engagées dans un parcours médical long pour traiter l'infertilité de leur couple. Mon amendement vise à étendre à leurs conjoints le bénéfice de l'autorisation d'absence pour les actes médicaux obligatoires.

En effet, la mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation est précédée de nombreux entretiens et examens particuliers des deux membres du couple avec l'équipe médicale du centre. L'Agence de la biomédecine considère également comme essentielle la participation du couple tout au long du parcours

d'aide médicale à la procréation. Un grand nombre de couples infertiles, ainsi que leurs proches, comptent sur cette avancée sociale.

Je remercie la rapporteure pour son écoute lors des échanges que nous avons eus sur cette question. Son amendement, que nous venons de voter, va dans le bon sens. J'ai cependant une réserve à émettre. Le parallèle ne peut être tracé entre une procréation médicalement assistée et une grossesse ordinaire. L'assistance médicale à la procréation requiert la présence du conjoint beaucoup plus souvent : réunions d'information ; premier rendez-vous avec le gynécologue, avec le psychologue, avec le biologiste ; spermogramme et autres examens ; ponction ovocytaire ; prélèvement de sperme frais ; jour du transfert...

Pour beaucoup de couples, il faut répéter ces cycles de rendez-vous d'une tentative à l'autre, car le protocole est rarement un succès du premier coup. Trois autorisations d'absence me semblent donc insuffisantes.

**Mme Isabelle Le Callennec.** La rédaction de l'amendement, auquel je suis favorable sur le fond, distingue entre le « conjoint salarié » et « la personne liée par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec la femme engagée ». Le premier doit-il donc être salarié et non la seconde ? Qu'en sera-t-il des agents de la fonction publique ? Il faut, selon moi, préciser cette formulation asymétrique.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'amendement de Mme la rapporteure que nous venons d'adopter me semble satisfaire le vôtre, madame Khirouni. Cela étant, je suis d'accord avec la remarque de Mme Le Callennec : la rédaction que vous proposez donne l'impression de couvrir deux statuts distincts, salarié ou non.

**M. Denys Robiliard.** Il suffit de supprimer le mot « salarié », qui est superflu ; le droit s'appliquera selon que l'intéressé est fonctionnaire ou exerce dans le secteur privé.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je souscris pleinement à l'exposé des motifs de l'amendement que nous a présenté Mme Khirouni, en particulier sur la participation du couple tout au long du parcours d'aide médicale à la procréation. Gardons-nous de comparer des situations incomparables ; nous tâchons précisément de répondre à cette demande. Cela étant, les entreprises et les administrations peuvent légitimement s'interroger sur le nombre de jours à accorder aux conjoints afin qu'ils participent audit parcours.

Par ailleurs, l'amendement tel que vous le formulez présente un risque d'incompréhension. C'est pourquoi nous avons, dans l'amendement précédent, repris en l'appliquant aux couples suivant un parcours de procréation médicalement assistée, la formulation de l'article L. 1225-16 du code du travail : « Le conjoint salarié de la femme enceinte ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle bénéficie également d'une autorisation d'absence pour se rendre à trois de ces examens médicaux

obligatoires au maximum ». Je suis ouverte à toute nouvelle amélioration rédactionnelle, sachant que nous devons, dans l'intérêt des personnes qui nous ont sollicités, trouver une solution que puissent accepter les partenaires sociaux, qui n'ont pas été consultés sur ce point précis.

**M. Gérard Bapt.** Est-ce par année ou par tentative de procréation médicalement assistée que trois autorisations d'absence peuvent être accordées, sachant que plusieurs tentatives sont parfois nécessaires avant d'aboutir ?

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Par parallélisme avec la disposition du code du travail sur la maternité, que nous avons reprise telle quelle, on peut déduire qu'il s'agit de chaque tentative, étant entendu que plusieurs tentatives peuvent être nécessaires, en effet.

Quoi qu'il en soit, je propose à Mme Khirouni et à M. Roumégas de retirer leurs amendements, compte tenu de l'adoption de l'amendement AS391, quitte à poursuivre le débat en séance publique.

**Mme Chaynesse Khirouni.** L'adoption de l'amendement présenté par Mme la rapporteure constitue une première avancée fort utile. Nous devons peut-être préciser le nombre d'absences autorisées ; en attendant, je retire mon amendement.

*Les amendements AS46 et AS185 sont retirés.*

*La commission adopte l'article 20 ter modifié.*

#### CHAPITRE IV

### **Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé**

#### *Article 21*

(art. L. 1111-1-1 [nouveau] et L. 1431-2 du code de la santé publique)

### **Instauration d'un service public d'information en santé**

Cet article prévoit la mise en œuvre d'un service public d'information en santé qui sera mis en place au niveau national et au niveau régional *via* les agences régionales de santé (ARS).

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'article prévoit la création d'un service public placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé. Ce service public doit diffuser gratuitement et le plus largement possible les informations en matière de santé et de produits de santé et l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. Les informations doivent être adaptées et accessibles aux personnes en situation de handicap.

Ce service public est constitué avec le concours de l'ensemble des organismes de sécurité sociale, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), des agences sanitaires et des ARS.

Il modifie également les missions des ARS afin d'inclure l'obligation d'information de la population.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a apporté une modification rédactionnelle à cet article.

## **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS171 de Mme Véronique Massonneau.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Cet amendement vise à intégrer le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) au service public d'informations relatives à la santé.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je maintiens l'avis défavorable déjà émis en première lecture, car l'intégration du CNCPH est incompatible avec la nature de la disposition législative qui vise simplement à constituer une gouvernance commune sous l'autorité du ministre en charge de la santé. Y intégrer des acteurs extérieurs conduirait à les placer sous l'autorité dudit ministre, ce qui ne correspond pas à l'esprit du texte.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS60 de Mme Valérie Boyer et AS267 de M. Gilles Lurton, et l'amendement AS211 de M. Arnaud Robinet.*

**Mme Valérie Boyer.** L'article 21 instaure un service public d'informations relatives à la santé au niveau national et au niveau régional *via* les agences régionales de santé. Je propose de le compléter afin de faire de ce service un pôle de ressources pour les professionnels de santé, pour les établissements de santé publics et privés ainsi que pour les patients, comme c'est le cas dans de nombreux pays. En outre, je souhaite que ce service soit animé dans un esprit collaboratif entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les représentants des usagers. Pour ce faire, il doit être accessible aux organismes qui les représentent. Afin de renforcer la collaboration et la transparence, je propose donc d'ajouter les mots suivants à l'alinéa 3 : « ainsi que des organismes



représentant les établissements de santé publics et privés, les professionnels libéraux de la santé et des associations d'usagers agréées ».

**M. Arnaud Robinet.** Dans le même esprit et pour renforcer le dialogue et la concertation, l'amendement AS211 vise à améliorer l'efficacité du service public d'informations relatives à la santé en y associant les établissements de santé ainsi que les professionnels de santé, qui demeurent des acteurs incontournables de l'offre de soins.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Comme je l'ai déjà indiqué en première lecture, il va de soi que la conception, la réalisation et la maintenance des services d'information devront se faire en concertation avec les acteurs que ces amendements visent à y intégrer. Ces dispositions, toutefois, relèvent du niveau réglementaire. En outre, en intégrant les professionnels et établissements de santé ainsi que les patients au service public d'informations, cet article les placerait de fait sous l'autorité du ministre de la santé, ce qui me semble ne correspondre ni à votre intention ni à l'esprit du texte. J'émetts donc un avis défavorable à ces trois amendements, étant entendu, je le répète, qu'un tel service d'informations ne saurait fonctionner que par la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

**M. Gilles Lurton.** L'article 21 précise pourtant déjà que ce service d'informations est « constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie, des agences et autorités compétentes dans le champ de la santé publique, et des agences régionales de santé ». L'ajout des professionnels, établissements et patients ne pose donc aucun problème, bien au contraire ! Sinon, mieux vaut ne citer personne !

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Distinguons bien entre la constitution – autrement dit, la maîtrise d'ouvrage – de ce service, et sa mise en œuvre sur le terrain. Les instances citées dans l'article sont associées à la maîtrise d'ouvrage, contrairement aux acteurs dont vous parlez, même s'ils participeront naturellement au bon fonctionnement de l'outil. Les associer à la maîtrise d'ouvrage reviendrait à les placer sous l'autorité du ministre.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 21 sans modification.*

#### *Article 21 bis*

(art. L. 114-1-1, L. 146-8, L. 146-9 et L. 241-6 du code l'action sociale et des familles)

#### **Mise en place d'un dispositif d'accompagnement des personnes handicapées**

Cet article, supprimé en séance publique à l'Assemblée nationale, a été rétabli au Sénat sur la base d'un amendement présenté par le Gouvernement et adopté par le Sénat.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Sur l'initiative de Mme Martine Carrillon-Couvreur, la commission a adopté un amendement portant article additionnel prévoyant la mise en place, sur décision de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), d'un groupe opérationnel de synthèse comprenant notamment une équipe pluri-professionnelle. L'article adopté prévoit que ce groupe est chargé de mettre en œuvre la réponse à la situation de la personne handicapée sur la base d'un plan d'accompagnement global défini à partir de ses besoins.

Cet article a suscité beaucoup d'inquiétudes et de réactions, les parents d'enfants handicapés craignant que la disposition, non seulement ne règle pas le problème de la prise en charge, mais favorise au contraire des orientations par défaut.

Il a finalement été supprimé lors de l'examen du texte en séance publique, afin d'encourager la recherche d'une solution dans le cadre d'une concertation.

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition du Gouvernement, le Sénat a adopté, en séance publique, un amendement de rétablissement de l'article 21 *bis*.

Cet article prévoit qu'un plan d'accompagnement global intégré est élaboré lorsqu'il n'existe pas de réponses adaptées à la situation de la personne handicapée. Ce plan, intégré au plan personnalisé de compensation du handicap est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées en accord avec la personne handicapée ou son représentant.

Il est déclenché soit à l'initiative de la personne ou de son représentant légal soit à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire sous réserve de l'accord de la personne.

Enfin, l'équipe pluridisciplinaire peut réunir en groupe opérationnel de synthèse les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan.

### **3. La position de la commission**

La rédaction de cet article étant issue d'une concertation avec les représentants d'associations, la commission a décidé d'adopter cet article sans modification.

*La commission est saisie de l'amendement AS126 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Cet article, supprimé en première lecture par l'Assemblée nationale puis rétabli par le Sénat suite à un amendement du Gouvernement, vise à instaurer un nouveau dispositif d'orientation des personnes en situation de handicap. À première vue, il peut sembler pertinent : lorsque les demandes formulées par la personne handicapée sont difficiles ou non applicables, il appartiendrait à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de proposer plusieurs mesures telles qu'un plan personnalisé de compensation ou un plan d'accompagnement global (PAG), en fonction des ressources que l'on souhaite mobiliser.

Toutefois, ce dispositif présente deux difficultés majeures. La première concerne les personnes handicapées qui sont orientées vers les crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), donc de la sécurité sociale. En cas d'insuffisance de ces crédits, on aura tendance à proposer d'autres dispositifs plutôt qu'à s'attaquer aux besoins des personnes concernées. Il en résultera une inflation des demandes imposées aux crédits des conseils départementaux, qui ne pourront pas y faire face. Le problème de fond tient au manque de moyens par rapport au nombre de places devant être proposées aux personnes handicapées. De ce point de vue, le plan d'accompagnement global, qui s'apparente en quelque sorte à un droit opposable pour les personnes handicapées, risque de limiter l'ambition qui doit être la nôtre s'agissant du nombre de places financées par les crédits de l'assurance maladie et de produire un glissement vers les conseils départementaux.

C'est pour éviter ces deux difficultés que l'amendement AS126 vise à supprimer l'article. Il n'est pas aisé de proposer la suppression d'un article semblant contenir une avancée pour les personnes handicapées, mais à trop vouloir bien faire, on finit par faire l'inverse. Permettez-moi de présenter dans la foulée un amendement de repli, AS131, qui vise à prélever sur les crédits de la CNSA les moyens nécessaires au financement du plan d'accompagnement global, de sorte que l'insuffisance des crédits de l'assurance maladie ne se traduise pas par l'incapacité à satisfaire les besoins de personnes handicapées, des enfants comme des adultes.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je précise tout d'abord, madame Poletti, que cet article, supprimé à l'Assemblée nationale, a été rétabli au Sénat dans une rédaction profondément remaniée. Entre-temps s'est déroulée une concertation et certaines associations qui y avaient participé ont confirmé par écrit à Mme la secrétaire d'État que la rédaction adoptée au Sénat leur convenait. Je ne prétends pas que toutes sont satisfaites, mais c'est le cas d'une grande majorité d'entre elles. Votre exposé des motifs omet de préciser que l'article rétabli a donc été modifié par rapport au projet initial.

Sa rédaction ayant ainsi été équilibrée, je ne crois pas que cet article produira une explosion des plans d'accompagnement global. Les familles peuvent, en effet, demander un PAG, mais il faut pour ce faire que l'orientation initiale ne soit pas satisfaisante et que le PAG réponde aux critères définis – indisponibilité ou inadaptation des réponses, d'une part, et complexité de la réponse à apporter d'autre part. Autrement dit, la grande majorité des demandes devrait être régulée d'emblée par les MDPH et, la demande des familles étant ainsi satisfaite, il ne sera pas nécessaire de remettre en cause l'orientation initiale.

Votre deuxième amendement pose la question du financement du dispositif. L'article définit une méthode de travail susceptible de mobiliser toutes les ressources actuelles ; il ne se traduira pas par le recours à des ressources supplémentaires, et encore moins par un transfert de charges. De fait, la prise en charge du plan d'accompagnement global est de toute façon financée par les crédits de la CNSA, dont c'est le rôle.

Enfin, comme l'a précisé Mme la secrétaire d'État, un fonds d'amorce de 15 millions d'euros a été mis en place pour relancer la dynamique de création de places sur le territoire national. Il financera des interventions de professionnels directement au domicile des personnes, des renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux de proximité ainsi que la création de places spécifiques sur mesure dans les établissements et services médico-sociaux existants. Autrement dit, il permettra de renforcer l'offre déjà proposée.

En somme, j'émet un avis défavorable aux deux amendements.

**M. Denis Jacquat.** Les associations que j'ai rencontrées dans ma circonscription sont presque toutes opposées au plan d'accompagnement global et ont manifesté en toute clarté leur souhait que cet article soit supprimé. Elles craignent, en effet, l'explosion du nombre de demandes, qui aboutirait à une situation semblable à celle qu'ont connue les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), l'administration procédant à un examen des demandes extrêmement rapide qui ne satisfaisait personne. En outre, la lourdeur d'une procédure reposant sur l'accord des familles, des engagements formels et une révision annuelle se traduira par un engorgement rapide. En clair, le PAG respire l'échec !

**M. Philip Cordery.** L'article 21 *bis* est en net progrès par rapport à sa version initiale, et je me félicite de la concertation que Mme Neuville a conduite avec les associations, dont la majorité soutient le texte ainsi remanié. Certaines, cependant, y sont défavorables, en particulier celles qui représentent des familles de personnes autistes ou polyhandicapées. Elles craignent que les besoins de la personne ne constituent plus le critère guidant le choix du placement et qu'en cas d'absence de places, l'orientation retenue le soit par défaut. Certes, l'article prévoit des garde-fous tels que l'accord des familles et la possibilité de recours. Il s'inscrit dans une série de mesures visant à concrétiser l'objectif dit « zéro sans solution » formulé dans le rapport Piveteau, notamment par la création du fonds

d'amorçage qu'a évoqué Mme la rapporteure. Cela étant, la méfiance des familles trouve aussi son origine dans la pratique constatée sur le terrain : en réalité, les avis des familles sont souvent ignorés, certaines MDPH proposant même une solution médicalisée alors que la solution éducative serait bien plus pertinente.

J'interrogerai le Gouvernement en séance sur tous ces sujets. Nous devons être intraitables sur un point : le respect des familles doit être au cœur du dispositif et les orientations retenues doivent être choisies.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Si j'ai bien compris, madame la rapporteure, vous retenez donc l'article 21 *bis* dans la rédaction du Sénat.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Oui, sachant que cette rédaction est issue d'un amendement du Gouvernement que les sénateurs ont adopté.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Soit. Tel qu'il est rédigé, néanmoins, cet article continue de poser des problèmes, en particulier aux familles de personnes autistes ou polyhandicapées. Mme la secrétaire d'État n'a-t-elle pas annoncé qu'une expérimentation est en cours concernant l'objectif dit « zéro sans solution » ? Il était question de proposer dans ce cadre des doubles orientations : cette idée demeurera-t-elle à l'ordre du jour malgré l'adoption de cet article ? Elle permettrait, en effet, de résoudre certaines des difficultés que pose encore le texte en l'état.

**Mme Bérengère Poletti.** Je ne vois pas comment de nouvelles places pourront être créées, comme l'annonce Mme la rapporteure, étant donné le niveau de l'ONDAM médico-social ! Prétendre que le Gouvernement a l'ambition d'en créer relève de l'incantation. De ce fait, il faut s'attendre à un glissement des places médicalisées vers celles qui dépendent de financements départementaux. S'il est positif de proposer une solution, ce doit être autrement qu'à défaut de la réponse médicalisée.

*La commission rejette l'amendement AS126.*

*Elle rejette ensuite l'amendement AS131, également de Mme Bérengère Poletti.*

*Puis elle adopte l'article 21 bis sans modification.*

#### Article 21 ter

(art. L. 1110-13 [nouveau] du code de la santé publique  
et art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale)

### **Encadrement de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale, a pour objet de créer un cadre légal pour la mise en œuvre d'actions de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté en commission des affaires sociales à l'initiative du Gouvernement et vise à définir un cadre légal pour la mise en œuvre d'actions de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique auprès des publics vulnérables.

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique « *visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations éloignées du système de santé, en prenant en compte leurs spécificités* ».

Alors que la médiation sanitaire concerne l'accès aux droits ou la mise en œuvre d'actions spécifiques d'information, de prévention ou de promotion de la santé, l'interprétariat linguistique est mis en place pour des personnes qui ne parlent pas français ou qui souffrent de troubles auditifs.

Le dispositif prévoit que la Haute Autorité de santé (HAS) élabore ou valide, en concertation avec les acteurs concernés, des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques. À cet effet, les missions de la HAS sont élargies afin qu'elle élabore ou valide ces référentiels.

Ces référentiels définissent et encadrent le recours à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique en vue de protéger et d'améliorer la santé des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ils définissent et encadrent également les interventions des professionnels et acteurs de la prévention.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement qui vise deux objets.

Il procède tout d'abord à une des modifications d'ordre rédactionnel en substituant aux termes « *populations éloignées du système de santé* » les termes « *personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins* » et en procédant à une réécriture de l'alinéa 3.

Il vise ensuite à préciser que les référentiels doivent avoir été élaborés par la HAS, l'emploi du terme « *valider* » étant source de confusion : il sous-entend que la HAS se cantonne à entériner des référentiels déjà existants, ce qui ne correspond pas à ses méthodes de travail.

## **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 21 ter sans modification.*

### Article 21 quater

(art. L. 312-7-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

## **Fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale, vise à donner un cadre légal au fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Il s'agit de mettre en place une expérimentation visant à permettre le fonctionnement en dispositif intégré des ITEP, dans le cadre d'un programme piloté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Cette expérimentation vise à assurer un accompagnement plus souple et mieux adapté aux besoins des jeunes.

Dans la perspective d'une généralisation de ce fonctionnement en dispositif, cet article, prévoit la possibilité pour les ITEP de « *fonctionner en dispositif intégré* » afin de favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des jeunes accompagnés.

L'article prévoit également la mise en place d'un cahier des charges définissant le fonctionnement du dispositif. Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à une délibération de la commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et à la conclusion d'une convention entre cette dernière, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés.

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a aussi précisé qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre les établissements et services et leurs autorités de tarification, peut compléter la convention.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dispose de la faculté, après avoir recueilli l'accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux, de désigner, non pas un établissement ou service, mais un dispositif intégré pour accompagner le jeune.

Enfin, les établissements et services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année, à la maison départementale des personnes handicapées et à l'agence régionale de santé un bilan établi selon des modalités prévues par décret.

Ces nouvelles dispositions ont vocation à s'appliquer dès que les conventions constitutives du dispositif intégré auront été conclues et, au plus tard, le 31 décembre 2017.

Il est également prévu la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation du fonctionnement en dispositif intégré, au plus tard le 31 décembre 2017.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement prévoyant des clarifications rédactionnelles ainsi que des précisions substantielles.

Cet amendement dispose que le cahier des charges définissant les conditions du fonctionnement en dispositif intégré doit être fixé par décret.

Il précise que la commission exécutive ne doit pas décider elle-même de l'opportunité du fonctionnement en dispositif intégré. Selon la commission des affaires sociales du Sénat, elle aurait toute légitimité pour se prononcer sur la convention conclue par la MDPH avec les autres acteurs intéressés.

Il prévoit également que le bilan du fonctionnement sera transmis au rectorat.

## **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 21 quater sans modification.*

### *Article 23 bis [supprimé]*

(art. L. 6432-3 du code de la santé publique)

### **Information du patient en cas d'évacuation sanitaire à l'initiative de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Monique Orphé, prévoit de renforcer l'information du patient en cas d'évacuation sanitaire à l'initiative de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

Il dispose que, pour toute évacuation sanitaire programmée effectuée à l'initiative de l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna, dont les ressources ne permettent plus la prise en charge des patients, les personnes évacuées et leurs accompagnateurs reçoivent un document les informant notamment des conséquences financières du transfert. Dans la majeure partie des cas, l'absence d'information laisse ces personnes esseulées, en proie à des difficultés tant financières que d'organisation du parcours de soins.

La commission des affaires sociales du Sénat, considérant que cette mesure ne relève pas du domaine de la loi, a supprimé cet article.



Cette disposition ayant été adoptée à l’initiative de Mme Monique Orphé, l’initiative du retour à la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale doit naturellement lui revenir.

\*

*La commission maintient la suppression de l’article 23 bis.*

## CHAPITRE V

### **Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d’assurer la coordination du parcours de leur patient**

#### *Article 25*

(art. L. 1110-4, L. 1110-4-1 [nouveau], L. 1110-12 [nouveau], L. 1111-7, L. 1111-8, L. 1111-14, L. 1111-15, L. 1111-16, L. 1111-18, L. 1111-19, L. 1111-20, L. 1111-21, L. 1111-22, L. 1111-23, L. 1521-2 et L. 1541-3 du code de la santé publique ; art. L. 161-36-1 A, L. 162-1-14, L. 221-1 et L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale)

#### **Échange, partage de données et dossier médical partagé**

Cet article vise à modifier les conditions de partage des données. Il a également pour objet de refonder le dossier médical personnel désormais rebaptisé dossier médical partagé (DMP).

### **1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale**

#### *a. L’échange et le partage des données relatives aux patients*

Cet article modifie le régime juridique des données de santé, qu’il s’agisse de l’échange, du partage et de l’hébergement afin de s’adapter aux nouveaux modes de prises en charge faisant intervenir conjointement ou successivement différents professionnels issus de structures distinctes, sanitaire, sociale et médico-sociale.

Il actualise les dispositions relatives au secret médical et dispose que cette obligation concerne les professionnels de santé, mais également l’ensemble des structures de santé ainsi que les services sociaux et médico-sociaux. Lorsque les professionnels appartiennent à une même équipe de soins, les informations sont réputées confiées à l’ensemble des membres de l’équipe. *A contrario*, lorsque les professionnels n’appartiennent pas à la même équipe, l’échange d’informations requiert le consentement préalable de la personne.

Cet article circonscrit la notion d’équipe de soins. Elle est constituée des professionnels qui participent directement à la prise en charge d’un patient, soit qu’ils exercent au sein du même établissement, soit que le patient se soit adressé à eux pour la réalisation de consultations et d’actes prescrits par son médecin, soit qu’ils exercent dans un ensemble comprenant au moins un professionnel de santé et présentant une organisation formalisée ou des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

### ***b. La mise en place d'un dossier médical partagé***

Cet article rénove également le cadre juridique du dossier médical partagé (DMP). Il prévoit la création d'un identifiant du dossier médical partagé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un dossier médical partagé ne peut être créé qu'avec le consentement exprès de la personne. Cet article confie à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) la conception, la mise en œuvre et l'administration du DMP, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.

Chaque professionnel de santé doit inscrire dans le DMP les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins. Les établissements de santé doivent faire figurer un résumé des principaux éléments relatifs au séjour et le médecin traitant doit, au moins une fois par an, établir une synthèse. Cet article précise que la responsabilité des professionnels de santé ne peut être engagée du fait de la méconnaissance d'une information masquée par le patient dans le DMP. Les données de sécurité sociale nécessaires à la coordination des soins sont également inscrites dans le DMP. À l'initiative de la rapporteure, celui-ci comporte également des volets relatifs aux dons d'organes et de tissus, aux directives anticipées et à la personne de confiance.

Il est enfin prévu la possibilité pour le titulaire du DMP de rendre inaccessibles certaines informations. Cela étant, l'article dispose que le médecin traitant accède à l'ensemble des informations contenues dans le DMP, y compris celles rendues inaccessibles.

Enfin, le titulaire du dossier accède directement par voie électronique à son contenu, ainsi qu'à la liste des professionnels qui ont accès à son dossier, liste qu'il peut à tout moment modifier. Il dispose également des traces d'accès à son dossier.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

- Sur proposition des rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a modifié l'article sur trois points.

Un premier amendement procède à des mesures de coordination en insérant des modifications de l'article L. 1110-4 initialement prévues à l'article 46 du projet de loi. Il supprime par ailleurs la modification de l'article L. 1111-18 prévue à l'article 25 mais couverte par les modifications prévues par l'article 46 (extension de l'accès aux informations relatives à la santé d'une personne décédée au partenaire lié par un PACS et au concubin et autorisation pour les titulaires de l'autorité parentale de conserver leur droit d'accès au dossier médical d'un mineur après le décès de celui-ci)

Un deuxième amendement prévoit l'accord du patient préalable à la consultation par le médecin traitant des informations qu'il a rendues inaccessibles dans le DMP.

Un troisième amendement donne la possibilité aux sages-femmes d'accéder aux informations du DMP dans les mêmes conditions que les chirurgiens-dentistes.

● En séance publique, l'article a fait l'objet de deux modifications supplémentaires.

Un premier amendement inclut la prévention, tant primaire que secondaire, dans le cadre des échanges entre professionnels identifiés prenant en charge une même personne.

Un second amendement vise à ajouter le service de santé des armées aux structures considérées comme des équipes de soins

### **3. La position de la commission**

La commission est revenue sur deux dispositions contenues dans cet article.

L'accord du patient préalable à la consultation par le médecin traitant des données rendues inaccessibles est source de difficulté. Pivot de la coordination des soins, le médecin doit pouvoir accéder à l'ensemble des informations du patient afin d'assurer une prise en charge optimale. Le recueil de l'accord préalable du patient peut entraîner l'impossibilité d'accéder à des informations médicales importantes constituant ainsi une perte de chances pour la prise en charge du patient.

S'agissant de la possibilité accordée aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, cette précision est superflète. La commission a supprimé ces précisions, l'accès de ces professions au dossier médical partagé étant couvert par les termes de « *professionnels de santé* ».

\*

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS25 de Mme Bérange Poletti et AS124 de M. Élie Aboud.*

**M. Jean-Pierre Door.** La définition de l'équipe de soins refonde totalement le système de santé français. Elle ouvre en effet le secteur de la santé à des non-professionnels de santé, supprime le libre choix du patient et remet en question l'existence d'un exercice libéral des professionnels de santé.

La qualification d'équipe de soins est octroyée à un ensemble de professionnels dès lors qu'un seul et unique professionnel de santé en fait partie, la présence d'un médecin étant optionnelle.

Notre amendement AS25 propose, à l'alinéa 23, de substituer aux mots « au moins un professionnel de santé » les mots « uniquement des professionnels de santé et des personnels exerçant dans un établissement ou un des services de santé [...] ».

**M. Élie Aboud.** Mon amendement AS124 est pratiquement identique. Le secret médical ne doit pas être sacrifié dans cette affaire. D'où la nécessité de mon amendement.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je ne suis pas favorable à ces amendements : l'expérience de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ou des patients âgés montre le bénéfice d'un partage des informations entre les professionnels de santé et les non-professionnels de santé.

Cela étant, il ne faut effectivement pas sacrifier le principe du secret médical, auquel tout le monde est attaché. Le ministère m'a fait savoir que seules les informations strictement utiles doivent être échangées ou partagées et un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL, viendra encadrer cette possibilité.

C'est la raison pour laquelle j'émetts un avis défavorable à ces amendements. J'ajoute, sur la forme, que si ces amendements étaient adoptés, nous aurions un alinéa 21 et un alinéa 23 quasiment identiques.

*La commission rejette successivement les amendements AS25 et AS 124.*

*La commission est saisie de l'amendement AS336 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement vise à supprimer, à l'alinéa 45, les mots « sous réserve de l'accord préalable du patient et » pour que le médecin traitant ait accès aux données masquées du dossier médical partagé.

L'accord du patient préalable à la consultation par le médecin traitant des données rendues inaccessibles est source de difficultés. Pivot de la coordination des soins, le médecin traitant doit pouvoir accéder à l'ensemble des informations du patient afin d'assurer une prise en charge optimale. D'où la suppression des mots : « sous réserve de l'accord préalable du patient et ».

*La commission adopte l'amendement.*

*La commission en vient à l'amendement AS337 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 46, à l'évidence redondant. L'accès des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes au dossier médical partagé est couvert par les termes génériques

de « professionnels de santé ». Nous avons fait le choix de ne pas préciser davantage pour ne pas se retrouver avec un inventaire à la Prévert. Une liste serait source d'inconvénients et d'inquiétudes pour les professionnels qui n'y figurent pas. Ils sont intégrés dans la formulation générique que nous avons choisie.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 25 **modifié**.*

#### *Article 25 bis*

(art. L. 1111-23 du code de la santé publique)

### **Accès des médecins en établissement au dossier pharmaceutique du patient**

Cet article, introduit par la commission des affaires sociales du Sénat, vise à permettre au médecin qui prend en charge un patient au sein d'un établissement de santé de consulter son dossier pharmaceutique afin de garantir une meilleure continuité dans la prise en charge.

Une expérimentation a été lancée par le III de l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Elle permet aux médecins dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, de consulter, avec leur autorisation, leur dossier pharmaceutique. Cette expérimentation a débuté en juillet 2013 et devait prendre fin le 30 décembre 2014, trois ans après la publication de la loi du 29 décembre 2011. La durée effective de 18 mois ne permettant pas de disposer du recul suffisant, l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prolongé l'expérimentation d'une année.

Cette mesure aurait été mise en œuvre avec succès et permettrait d'améliorer la prise en charge des patients.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission **adopte** l'article 25 bis **sans modification**.*

## CHAPITRE VI Ancrer l'hôpital dans son territoire

### *Article 26*

(art. L. 6111-1, L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 et L. 6111-6-1 [nouveaux], L. 6112-1, L. 6112-1-1 [nouveau], L. 6112-1-2 [nouveau], L. 6112-2 à L. 6112-4, L. 6112-4-1 et L. 6112-4-2 [nouveaux], L. 6112-5 et L. 6161-5 du code de la santé publique

### **Refondation du service public hospitalier**

Cet article vise à refonder un service public hospitalier répondant aux attentes des citoyens en matière d'accès à la santé. Il a notamment fait l'objet d'une réécriture globale à l'initiative du Gouvernement lors de son examen en première lecture par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article procède à plusieurs modifications.

- Il actualise tout d'abord les missions des établissements de santé. Il prévoit ainsi que les établissements de santé prennent en compte la singularité et les aspects psychologiques des personnes qu'ils ont en charge et qu'ils mènent des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Ils peuvent également délivrer des soins palliatifs. Enfin, le texte prévoit que les établissements de santé peuvent participer aux actions de formation, d'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé ainsi qu'au développement professionnel continu des professionnels de santé et à la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical.

- Cet article tend également à prendre en compte la situation des personnes fragiles :

- en prévoyant la mise en place, au sein des établissements de santé, de permanences d'accès aux soins de santé, notamment en orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité dans le cadre de conventions avec l'État ;

- en prévoyant la dispensation des soins aux personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte, aux détenus, aux personnes placées en rétention de sûreté et à celles placées en centre de rétention administrative ;

- en assurant à tous les patients pris en charge en urgence les garanties relatives à l'accueil et aux tarifs prévus.

- En outre, l'article prévoit la prise en charge par l'État des dépenses des établissements pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des professionnels paramédicaux ainsi que des dépenses au titre des soins dispensés aux étrangers placés en centre de rétention administrative. S'agissant des frais liés aux centres de réception et de régulation des appels,

l'article prévoit qu'ils sont couverts des contributions de l'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales.

• Mais l'apport essentiel de cet article est la rénovation de la notion de service public hospitalier (SPH) en abandonnant l'approche matérielle au profit d'une définition organique.

Il prévoit quatre conditions pour les établissements et les professionnels participant au service public hospitalier (accueil adapté dans un délai correspondant à l'état de santé, permanence d'accueil et de soins, égalité d'accès, interdiction des dépassements de tarifs et d'honoraires).

Des obligations complémentaires sont prévues pour les établissements assurant le service public hospitalier. Elles ont trait à la démocratie sanitaire (participation des usagers avec voix consultative), à la transparence (transmission annuelle du compte d'exploitation à l'agence régionale de santé), à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire (participation aux communautés professionnelles territoriales de santé, réponse aux besoins de santé de la population en cas de carence de l'offre, coopération avec les établissements de santé privés, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les centres de santé, les maisons de santé et les professionnels libéraux).

Le texte définit le champ des établissements appelés à assurer le SPH. Il s'agit des établissements publics de santé, des hôpitaux des armées et des établissements privé d'intérêt collectif.

Des sanctions sont prévues en cas de manquement constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) aux obligations liées au service public hospitalier.

Les établissements privés commerciaux peuvent être habilités à assurer le service public hospitalier après avis conforme de la conférence médicale d'établissement (CME). Les établissements privés qui ne participent pas au service public hospitalier peuvent être associés s'ils sont autorisés à prendre en charge les urgences. Dans ce cadre, aucun dépassement d'honoraires ne doit être pratiqué.

Il est enfin précisé que les autorisations d'activité ne tiennent pas compte de la participation ou non d'un établissement au service public hospitalier.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a modifié le dispositif sur des points essentiels.

Elle a entendu reconnaître le rôle des établissements privés et a rétabli, sur proposition de ses rapporteurs, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public tout en maintenant les garanties qui

s'attachent actuellement pour les patients à l'exercice de ces missions, y compris les tarifs opposables.

La commission a supprimé la mention de la participation des établissements qui assurent le service public hospitalier à la formation initiale des sages-femmes, ces formations étant exercées par des écoles intégrées aux centres hospitaliers universitaires (CHU).

Elle a supprimé pour les établissements qui assurent le service public hospitalier la possibilité de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS.

Enfin, elle a adopté un amendement visant à préciser que les décisions d'autorisation ne seront pas fonction de la participation d'un établissement au service public hospitalier, de son habilitation ou de son association.

En séance publique, le Sénat a rejeté l'amendement de rétablissement de l'article présenté par le Gouvernement.

### **3. La position de la commission**

L'article 26 propose de renouer avec la tradition française du service public par le biais d'un rétablissement d'un bloc de compétences. Depuis la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) <sup>(1)</sup>, le service public se caractérise par une approche matérielle résumée au travers de quatorze missions précisées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. Si l'énumération des missions de service public permet d'identifier les missions principales de service public, elle ne constitue pas une liste exhaustive des obligations qui s'imposent au secteur non lucratif. Rappelons ainsi que selon le rapport Couty <sup>(2)</sup>, 80 % des missions des activités de soins actuellement assumées par les établissements publics de santé ne sont pas incluses dans le champ l'article L. 6112-1. La commission est donc revenue sur cette approche matérielle du service public hospitalier.

Dans cette optique elle a rétabli la mention de la participation des établissements, qui assurent service public hospitalier, à la formation initiale des sages-femmes.

La suppression de la possibilité de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS ne semble pas compatible avec les obligations afférentes au service public : cette désignation intervient en effet dans un contexte précis, celui de la carence de l'offre de soins.

---

(1) *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*

(2) *Édouard Couty, « Le pacte de Confiance pour l'hôpital : synthèse des travaux », rapport remis à la ministre des affaires sociales et de la santé, mars 2013.*



En outre, la précision apportée quant aux décisions d'autorisation ne semble pas opportune. Il n'a jamais été question de lier l'autorisation à l'appartenance ou non au service public hospitalier.

Il est enfin proposé une mesure de coordination (diagnostic territorial) et de corriger une coquille.

\*

*La commission examine l'amendement AS347 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement propose de supprimer les alinéas réinstaurant les quatorze missions de service public.

**M. Denis Jacquat.** Outre le fait qu'on ne reparle pas de convergence, je voudrais savoir, madame la rapporteure, quelle est la nouvelle politique française hospitalière concernant l'articulation entre les hôpitaux publics et les hôpitaux d'instruction des armées.

Depuis la restructuration militaire, de plus en plus de conventions sont passées, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), entre les hôpitaux militaires et les hôpitaux publics. L'inquiétude est grande, même si les hôpitaux militaires dépendent du ministère des armées, car c'est l'ARS qui régule les conventions. Les personnels sont très inquiets, car ils ont l'impression d'une asphyxie des centres d'instruction des armées. Ils souhaiteraient connaître la nouvelle politique menée à cet égard.

**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement conduit à restaurer le texte que le Gouvernement avait fait approuver par sa majorité à l'Assemblée. Il persiste dans cette obsession dogmatique visant à donner une sorte de monopole public à l'hospitalisation. C'est une erreur profonde et nous aurons l'occasion de l'expliquer à l'occasion des amendements qui suivent. Mais l'exposé des motifs de l'amendement de la rapporteure illustre bien cette attitude partisane reposant sur des préjugés et extrêmement dangereuse, dans la mesure où la France et l'assurance maladie n'ont plus les moyens de nourrir deux systèmes qui seraient opposés.

Vous allez mettre en difficulté le secteur privé, qui va finir par disparaître. Vous aurez ensuite un monopole public qui coûtera de plus en plus cher. Il y aura inmanquablement une baisse de la qualité des soins, car l'émulation et la concurrence sont indispensables pour assurer la qualité. Sans parler des listes d'attente, car les coûts exploseront et c'est à ce niveau qu'il faudra réguler. Nous dénonçons avec force ces dispositions.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Accoyer, vous relancez un débat que nous avons eu en première lecture, qui a eu lieu au Sénat, et que nous aurons encore une fois dans l'hémicycle la semaine prochaine. Je n'y reviens donc pas.

Monsieur Jacquat, je veux bien essayer de répondre à votre question, mais je pense qu'elle s'adresse plutôt à la ministre de la santé. Je vous invite à la poser à nouveau la semaine prochaine. Je peux tout de même vous dire qu'il est prévu que les hôpitaux des armées, faisant partie du service public hospitalier (SPH), sont alignés de ce point de vue sur le même statut. Une ordonnance traite de ce point à la fin du texte. Cela étant, la ministre vous apportera sans doute une réponse plus complète.

*La commission adopte l'amendement AS347.*

*La commission est saisie des amendements identiques AS61 de Mme Valérie Boyer, AS107 de M. Jean-Pierre Door, AS115 de M. Bernard Accoyer et AS268 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** Le Sénat a fait évoluer dans le bon sens la rédaction de l'article 26 en permettant aux établissements privés d'exercer des missions de service public. C'est le sens de mon amendement AS61, qui vise à supprimer l'alinéa 54.

En revanche, le Sénat a maintenu l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. L'alinéa 54 prévoit d'imposer aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins. Or le droit laisse le médecin libre de fixer et de contrôler ses dépassements, qu'il doit appliquer avec « tact et mesure ». C'est prévu dans la convention. Mais les tarifs prévus par la sécurité sociale n'ont pas évolué depuis plusieurs années. C'est la raison pour laquelle nous sommes dans cette situation. Outre l'expression « tact et mesure » contenue dans le code de déontologie, les dispositifs issus de la convention sont là pour limiter les dépassements d'honoraires.

Je propose de supprimer l'alinéa 54 afin de permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme cela est prévu dans la nouvelle rédaction de cet article, et surtout pour mettre fin à cette opposition stérile entre public et privé. Les établissements publics, comme les établissements privés, exercent leur activité avec de l'argent public et répondent souvent aux mêmes missions. Arrêtons de les dresser les uns contre les autres et permettons aux établissements privés de fonctionner comme je le propose.

Aujourd'hui, la loi limite déjà le droit du médecin à pratiquer des dépassements d'honoraires dans certains cas précis : urgence, permanence des soins. Cette quatrième obligation, fixée dans l'alinéa 54, doit être supprimée, car elle n'a pas lieu d'exister.

**M. Jean-Pierre Door.** L'alinéa 54 illustre la volonté du Gouvernement de contrecarrer les dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Dans l'article 26, qui traite du service public hospitalier, vous aviez totalement mis de côté les établissements privés. Le Sénat a fait évoluer l'article

dans le bon sens en rétablissant, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public. En revanche, il a oublié l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. C'est une mesure tout à fait inégalitaire. Les médecins des établissements privés exerçant librement ne peuvent pas se voir imposer par la direction d'un établissement privé de se mettre en secteur 1 ou secteur 2 ; en revanche, dans les hôpitaux publics, il y a des médecins de secteur 2. Vous allez donc instaurer une inégalité dans le secteur public hospitalier avec, d'un côté, des établissements privés soumis à l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires, de l'autre, des établissements publics libres de le faire. Notre amendement propose de supprimer l'alinéa 54, qui montre cette différence de traitement. Cela étant, je le sais, c'est la philosophie de la gauche que d'être contre le secteur privé dans le monde médical.

**M. Bernard Accoyer.** L'intitulé même « service public hospitalier » montre que vous voulez tourner le dos à ce qui a prévalu jusqu'à présent : le service public de l'hospitalisation, qui recouvrait plusieurs catégories d'établissements, l'hôpital public, mais également les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif.

En tournant le dos à cette définition, vous montrez une position de parti pris éminemment dangereuse par son dogmatisme et par ses conséquences. En interdisant aux établissements qui accueillent les urgences tout dépassement d'honoraires, vous refusez d'admettre une réalité pourtant reconnue par tous : l'inadaptation de la nomenclature au coût des prestations et des charges. En effet, l'assurance maladie n'a pas fait évoluer la nomenclature et, compte tenu de leur coût, les nouvelles technologies ne sont pas couvertes. Par conséquent, les dépassements sont indispensables pour l'équilibre de cet exercice, même si, bien entendu, le tact et la mesure doivent s'imposer partout.

Dans ces conditions, de nombreuses spécialités, notamment chirurgicales ne peuvent plus être exercées normalement en secteur 1. Mais le Gouvernement, par principe, est totalement opposé au secteur 2 et multiplie toutes les mesures pour l'étouffer et le faire disparaître. Ayez au moins le courage de le dire !

Sans tenir compte de l'évolution des charges qui pèsent sur les établissements et sur les praticiens, en particulier les charges assurantielles, mais aussi les charges technologiques – matériels à usage unique, matériels toujours plus coûteux –, vous êtes en train de charger la barque du public. Un jour, l'assurance maladie ne pourra plus la porter, et ce que vous dénoncez avec véhémence, le risque d'une médecine à plusieurs vitesses, sera, par votre faute, devenu réalité en France.

En outre, votre projet de tarifs dégressifs et le maintien de l'autorisation des dépassements d'honoraires dans les établissements publics posent un problème d'égalité. C'est même un problème constitutionnel, que nous ne manquerons pas de soulever lorsque nous saisissons la juridiction constitutionnelle.

**M. Bernard Perrut.** Je profite de cette occasion pour rappeler notre attachement à la pluralité de nos systèmes de santé. Le Sénat a fait évoluer la rédaction de cet article dans le bon sens puisqu'il a rétabli pour les établissements privés la possibilité d'exercer des missions de service public. Mais il impose aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins, alors qu'elles n'ont aucun droit de contrôle sur les honoraires des médecins libéraux, tout en ne touchant pas à la possibilité qui existe pour les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public de pratiquer des dépassements d'honoraires, ce qui concerne près de 5 000 praticiens. C'est une disposition incohérente.

Nous proposons donc de supprimer l'alinéa 54 pour permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme le prévoit la nouvelle rédaction de l'article.

Les cliniques privées ont toute leur place dans notre système de santé. Avec seulement 17 % des financements dits hospitaliers, les établissements privés prennent en charge 34 % des patients hospitalisés. Le côté exemplaire de l'hospitalisation privée doit être également montré en matière d'efficience médico-économique. C'est un acteur économique et social important, avec des emplois non délocalisables, qui maille les territoires français avec des prestataires. 71 000 salariés et 32 000 médecins libéraux y travaillent. Enfin, n'oublions pas que l'hospitalisation privée paie chaque année 600 millions d'euros d'impôts. Nous devons donc respecter la place des hôpitaux privés dans notre système de santé.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Vous ne serez pas surpris de m'entendre donner un avis défavorable à ces amendements...

Nous avons déjà eu ce débat en première lecture et nous l'aurons sans doute encore la semaine prochaine. Vous voulez supprimer une disposition essentielle à nos yeux, qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements qui participent au service public hospitalier. Je ne peux que vous dire à nouveau notre désaccord sur ce point.

Le Sénat a rétabli une disposition, qui me semble d'ailleurs contradictoire par rapport à celles qu'il a également réintroduites, et que nous venons de supprimer. S'il y avait déséquilibre, il était plutôt dans la rédaction de l'article 26 retenue par le Sénat.

**M. Arnaud Robinet.** L'article 26 illustre parfaitement à quel point nos deux visions sont radicalement différentes.

Notre système de santé repose sur deux piliers : le service public, d'un côté, le système privé ou libéral, de l'autre. L'option choisie par le Gouvernement vise à amplifier l'hospitalo-centrisme alors que notre pays devrait s'engager dans la voie de la déshospitalisation de la France : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les hôpitaux publics devraient retrouver leur véritable mission, c'est-à-dire l'excellence, la recherche et l'innovation.

Avec l'article 26, vous renforcez cet hospitalo-centrisme en déséquilibrant totalement notre système de santé. Le Gouvernement confirme, par la voix de la ministre et de la rapporteure, l'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires pour que les établissements puissent entrer dans le SPH, ce qui revient à en exclure de fait les cliniques privées.

Bernard Perrut a rappelé l'importance des établissements privés dans le système de santé français, en matière de santé, mais aussi en matière économique. La mesure que vous proposez est d'autant plus inégalitaire que les médecins des établissements publics de santé peuvent de leur côté pratiquer des dépassements d'honoraires sans que l'appartenance des établissements publics au SPH soit remise en cause.

Il y a là un vrai problème d'égalité entre établissements et entre professionnels de santé. Vous confirmez votre choix délibéré de déséquilibrer notre système de santé en renforçant l'hospitalo-centrisme, alors que les établissements publics devraient aujourd'hui retrouver leur véritable mission.

**M. Gérard Sebaoun.** Je suis favorable au maintien de cet alinéa pour les raisons suivantes.

Vous faites un amalgame qui n'a pas lieu d'être. Vous dites que le secteur privé doit participer au service public hospitalier. Nous sommes d'accord. Si c'est un choix, les règles doivent être les mêmes. Par contre, il n'y est pas obligé.

Prenons l'exemple d'un patient qui arrive aux urgences dans une clinique privée participant au service public hospitalier. Il est normal que celui-ci se voie appliquer les mêmes règles qu'à l'hôpital. Et ne me dites pas qu'à l'hôpital, les dépassements d'honoraires sont appliqués lorsqu'on reçoit un patient aux urgences : c'est absolument faux. Vous faites volontairement l'amalgame entre l'hôpital et la clinique pour ce qui relève de l'hospitalisation programmée et ce qui relève de l'urgence.

Si les cliniques veulent continuer à vivre en dehors du service public hospitalier, avec des praticiens qui, par convention en secteur 2, peuvent exiger des dépassements d'honoraires, elles le peuvent. Si elles rentrent dans le service public hospitalier, elles doivent se soumettre à ses règles, qui sont des règles d'équité pour les patients qui les fréquentent.

**M. Élie Aboud.** À ceci près qu'un patient qui entre dans un système hospitalier est immédiatement réorienté dans tel ou tel secteur où il peut rencontrer des praticiens hospitaliers qui peuvent pratiquer leurs propres tarifs.

Que la puissance publique, de droite ou de gauche, donne un signal pour encourager l'hôpital, personne n'est contre. Mais il faut que ce soit fondé sur la justice. Aujourd'hui, on ne peut pas accepter qu'un praticien hospitalier, qui n'a pas le souci de l'assurance de responsabilité civile ni de l'achat du matériel, soit

soumis aux mêmes conditions qu'un autre praticien qui exerce le même métier. C'est profondément injuste.

J'ai commis un rapport, autrefois, sur le clinicien hospitalier, qui était une passerelle entre le privé et le public. Malheureusement, ce rapport a été enterré ; et pourtant tout le monde était d'accord à cette époque.

*La commission rejette les amendements.*

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door, AS269 de M. Gilles Lurton, AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.*

*Les amendements AS62, AS63 et AS269 sont identiques.*

*Les amendements AS65, AS67, AS116 et AS270 sont identiques.*

**Mme Valérie Boyer.** Cette discussion est aberrante. On vient de constater qu'il y avait une erreur technique et on l'érige en dogme contre le privé par rapport au public. Vous faites en sorte que les établissements publics puissent avoir un secteur privé, mais vous interdisez au secteur privé de pratiquer les dépassements d'honoraires qui sont autorisés dans le public... On marche sur la tête ! Je rappelle qu'il existe les urgences et la permanence des soins, où le secteur 1 est requis. Je ne comprends pas les décisions aberrantes que vous prenez contre les établissements privés et contre les médecins. Il s'agit de spécialités rares et vous faites tout pour empêcher ces praticiens de travailler correctement.

Mon amendement AS62 propose d'améliorer l'état de santé de chacun au meilleur coût.

La maîtrise des dépenses de santé corrélée au maintien d'un niveau de prise en charge de qualité est un enjeu capital de notre système de santé. Le service public hospitalier doit prendre en considération cet enjeu majeur pour donner aux usagers du système de santé un service en rapport avec leurs besoins, tout en respectant un véritable optimum financier.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de remplacer cet alinéa par le respect du principe de l'efficacité, c'est-à-dire le meilleur soin au moindre coût. Dans un contexte économique contraint, le respect de ce principe est aussi un enjeu de responsabilité collective.

J'espère que nous allons prendre des décisions pragmatiques et non dogmatiques.

**M. Jean-Pierre Door.** Mon amendement AS63 est défendu, mais je voudrais compléter les propos de Mme Boyer et répondre à M. Sebaoun.

Dans l'hôpital public, les professionnels de santé sont sous la responsabilité de la direction hospitalière, et donc, de l'ARS. Il y a une échelle de responsabilité des praticiens, que l'on appelle d'ailleurs des praticiens hospitaliers.

Dans un établissement privé, les professionnels de santé sont totalement libres d'exercice et libres de leur choix d'exercice. Ils ont leur propre responsabilité assurantielle et professionnelle et sont totalement indépendants.

Vous faites un amalgame entre les deux. Ou bien vous acceptez que les établissements privés fassent partie du secteur public hospitalier, ou bien vous refusez qu'ils y rentrent. Mais 100 % des établissements privés ont une diversité d'exercice professionnel en secteur 1 et secteur 2, ce qui n'est pas le cas dans le monde hospitalier.

**M. Gilles Lurton.** L'objectif de tout système de santé est d'améliorer l'état de santé de chacun, si possible au meilleur coût. C'est ce que propose l'amendement AS269.

Quand je lis tous les alinéas de l'article 26 sur le service public hospitalier, à aucun moment il n'est question de l'amélioration de la qualité des soins.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Avis défavorable à ces trois amendements.

Je ne vois pas comment ce que vous proposez peut s'insérer dans le dispositif. Il y a des garanties minimales applicables à toutes les personnes ayant recours aux services des établissements relevant du service public hospitalier : un accueil adapté, une permanence d'accueil et de prise en charge, une égalité de soins et de qualité, l'absence de dépassements d'honoraires. Dans ce cadre, il convient d'accueillir tout le monde, quel que soit l'état de santé de la personne concernée. Voilà pourquoi je ne comprends pas le sens de ces amendements tels qu'ils sont rédigés, ni comment ils s'insèrent dans le dispositif.

J'en viens aux questions qui ont été débattues par la majorité et l'opposition.

L'objectif de cette loi santé est d'éviter qu'il y ait des restes à charge importants pour le patient. On peut défendre le public, comme le privé. L'objectif est de garantir une égalité de traitement des patients, avec la meilleure prise en charge. L'ensemble du texte veille, y compris dans les articles suivants, sur la base des amendements adoptés en première lecture, à ce que les dépassements d'honoraires et les restes à charge pour le patient soient les moins lourds possible. Telle est notre logique.

Vous en défendez une autre, c'est votre droit. Nous défendons une position différente, et je vois, dans tous les articles de ce texte, une continuité et une cohérence que je ne retrouve pas dans ce qui a été voté par le Sénat. C'est la raison pour laquelle j'ai émis un avis défavorable à l'ensemble des amendements

qui traitaient de ces questions pour revenir à la cohérence de la première lecture, qui me semble être celle défendue depuis 2012 par le Gouvernement.

**M. Gérard Sebaoun.** Dans le cadre du service public hospitalier, les établissements privés se tourneront vers les praticiens qui travaillent en leur sein pour leur rappeler les règles que vient d'énoncer Mme la rapporteure. Certes, monsieur Door, un praticien du secteur 2 peut parfaitement les refuser, mais il s'agit alors d'un problème de contrat entre lui-même et l'établissement pour lequel il travaille.

Madame Boyer, en première lecture, nous avons presque unanimement voté un amendement que j'avais porté avec Christian Paul, visant à obliger les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale – soit un peu moins de 6 000 personnes – à être conventionnés en secteur II. Vous aviez, je crois, soutenu cette avancée. Mais si vous souhaitez aller jusqu'à la suppression du secteur privé à l'hôpital, on peut en parler !

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Nous passons à la seconde série d'amendements identiques.

**Mme Valérie Boyer.** Monsieur Sebaoun, vous voulez en fait supprimer le secteur privé dans les établissements privés ! La discussion est invraisemblable : partant d'un oubli technique, vous en faites un dogme et vous voulez désormais obliger les établissements privés à n'avoir que du secteur 1, alors que la loi prévoit déjà que ce dernier s'impose à tous en cas d'urgence ou de permanence des soins. Je ne comprends pas votre logique !

L'amendement AS65 propose de rédiger ainsi l'alinéa 54 : « L'accessibilité des soins. Cette obligation est définie par décret en Conseil d'État. » L'accessibilité des soins est une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements de santé privés. En effet, les établissements de santé privés n'ont aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins – il est bon de le rappeler.

Enfin, chers collègues de la majorité, sachez que nous aussi souhaitons que la loi serve le patient. Il n'y a pas d'un côté ceux qui pensent au patient et de l'autre, ceux qui n'y pensent pas ; c'est précisément parce que nous y pensons que nous voulons permettre aux praticiens d'exercer leur activité comme ils le souhaitent, en toute liberté, au sein des établissements privés et dans le secteur privé des établissements publics.

**M. Arnaud Robinet.** Malgré les difficultés budgétaires et financières, le seul objectif du projet de loi doit évidemment être l'intérêt du patient. Aujourd'hui, nous n'avons plus les moyens d'opposer le privé au public, séparant le monde hospitalier en blanc et noir, gentils et méchants. Il nous faut nécessairement jouer sur la complémentarité entre ces deux types



d'établissements. Comme vous, nous considérons que l'accessibilité des soins doit être une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé, et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements privés. On le sait, ces derniers ne fonctionnent pas de la même manière que leurs homologues publics ; ils n'ont notamment aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins. C'est pourquoi notre amendement AS67 propose de poser le principe de l'accessibilité des soins, dont les modalités de mise en œuvre seront définies par décret en Conseil d'État.

**M. Bernard Accoyer.** Mon amendement AS116 est identique. L'alinéa 54 exclut *de facto* les établissements privés du service public de l'hospitalisation, sans aucun fondement. Ce faisant, il fait courir un grand danger à notre système de soins : il faut savoir que le secteur privé assure 65 à 70 % des actes chirurgicaux en France. Le libre choix étant le premier droit des patients, ceux-ci doivent pouvoir se faire opérer là où ils le désirent et se sentent en confiance. En interdisant tout dépassement d'honoraires, vous menacez la survie des établissements privés, car dans un grand nombre de spécialités chirurgicales, les praticiens ne peuvent plus exercer en secteur 1 en raison de l'inertie dans l'évolution de la nomenclature, des techniques, des technologies, des matériels et de l'usage unique, qui a fait exploser les coûts non pris en charge. Dans ces conditions, cette modification législative expose tout notre système de soins à un risque énorme : si l'hospitalisation privée venait à disparaître – sans aucune raison d'ailleurs car le dépassement d'honoraires n'est pas pratiqué dans les urgences des établissements privés hospitaliers –, on verrait s'instaurer un monopole hospitalier public. Alors que les coûts du secteur public sont d'ores et déjà 30 à 40 % plus chers que ceux du privé, comment pourrait-on alors maîtriser les dépenses de l'assurance maladie ? On connaît le retard majeur de l'hospitalisation publique en matière de chirurgie ambulatoire ; la mort du privé ferait exploser les listes d'attente. Je vous en laisse la responsabilité !

**M. Bernard Perrut.** La satisfaction des usagers est le premier objectif des cliniques et hôpitaux privés, qui proposent une prise en charge de grande qualité. Dans l'un comme dans l'autre secteur, nos professionnels de santé font le même métier et soignent les mêmes patients. Pour répondre aux besoins de la population, les cliniques et hôpitaux privés sont implantés partout en France, dans les communes défavorisées – 20 % – comme favorisées – 19,5 %. Souvent, les patients ignorent d'ailleurs le statut de l'établissement de santé qu'ils fréquentent, le choisissant parce qu'il est proche de leur domicile ou recommandé par leur médecin. Ces établissements privés accueillent tous les patients assurés sociaux, et notamment 25 % des patients dits précaires, bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale d'État (AME). Ils disposent également de cent trente services d'urgence sur notre territoire, où les patients sont pris en charge sans dépassement d'honoraires. Nous devons respecter cette complémentarité, dès lors que les activités des établissements de santé privés sont régies par des textes définissant les normes de sécurité et de qualité des soins, que la mise en œuvre de

ces règles est contrôlée par les ARS, et que les cliniques sont régulièrement évaluées. C'est le but de mon amendement AS270.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** J'émettrai un avis défavorable à l'ensemble de ces amendements qui n'ont qu'un seul objectif : revenir sur le débat que nous venons d'avoir.

Monsieur Perrut, l'article 26 prévoit déjà, dans son alinéa 37, que l'établissement de santé privé doit assurer « l'égal accès à des soins de qualité ». Si tel est l'objet de votre amendement, il est donc satisfait ; quant à vos autres questions, nous y avons déjà répondu.

**M. Gérard Sebaoun.** Il ne faudrait pas accrédi-ter l'idée que l'ensemble des spécialistes chirurgicaux pratiquent des dépassements d'honoraires ! C'est absolument faux : les dépassements se pratiquent surtout dans les grands centres et dans certains points du territoire. Nous vous fournirons tous les chiffres pour le débat dans l'hémicycle.

**M. Arnaud Robinet.** Vous avez parfaitement raison sur ce point !

*La commission rejette successivement les amendements identiques AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door et AS269 de M. Gilles Lurton, puis les amendements identiques AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS66 de Mme Valérie Boyer, AS117 de M. Bernard Accoyer, AS214 de M. Arnaud Robinet et AS271 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** Mon amendement AS66 propose de supprimer l'alinéa 55 qui dispose : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux ». Cette disposition rend opposables les garanties du service public hospitalier à des établissements de santé qui n'y participent pas nécessairement. En effet, si un établissement habilité « service public hospitalier » adresse un patient à un établissement non habilité SPH, ce dernier doit alors respecter toutes les obligations du service public hospitalier, ce qui met en cause la libre gouvernance des sociétés et donc plus largement le droit. De plus, cet alinéa porte atteinte à la fluidité du parcours de soins des patients et au libre choix du patient, de son praticien et de sa structure de soins.

Une fois encore, cette position dogmatique ne correspond pas à la façon dont on se soigne aujourd'hui en France. Les patients ne font pas la différence entre le public et le privé ; ils suivent leur médecin et sont pris en charge et remboursés de la même façon. Revenir à ces batailles d'arrière-garde en opposant public et privé n'a aucun sens ! Alors qu'on essaie de fluidifier le parcours de

soins, que les praticiens de toutes les structures ont les mêmes pratiques et une même formation, que tous les soins sont payés par l'argent public, que les médecins exercent parfois entre la ville et l'hôpital, entre les cliniques privées et les établissements hospitaliers, voilà que vous cherchez à reconstruire artificiellement des barrières préjudiciables au patient et à son parcours de santé. Vous faites une grave erreur en multipliant les contraintes là où les choses fonctionnent correctement ; ne venez pas vous plaindre ensuite des déserts médicaux et des difficultés d'accès aux soins !

**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement de repli AS117 vient en réaction à des dispositions qui rappellent les nationalisations entreprises en 1981 par le gouvernement Mitterrand, décalées par rapport au devenir du monde. Ce projet de loi relatif à la santé reprend exactement la même posture et votre dogmatisme vous conduit à dire le contraire de ce que vous souhaitez. En effet, vous en venez à vous en prendre au parcours de soins dont chacun s'accorde à reconnaître l'importance. Le patient doit choisir l'établissement qui présente la meilleure performance et le meilleur rapport qualité-prix des soins ; mais vous interdisez le transfert, même temporaire, d'un malade dans un établissement où travaillerait un seul praticien pratiquant des dépassements d'honoraires. Cette construction, qui nie complètement la réalité, ne peut pas tenir. Dans votre esprit, le secteur 2 est synonyme de dépassements d'honoraires excessifs ; certes, il y en a, mais où sont-ils ? Ils sont concentrés dans les hôpitaux publics et en région parisienne ! Nous ne pouvons pas accepter votre démarche qui n'a ni queue ni tête.

**M. Arnaud Robinet.** Mon amendement AS214 a le même objet. Beaucoup a été dit sur la stratégie du Gouvernement, qui consiste à opposer le public et le privé pour aller vers une étatisation du système de santé français. Ce Gouvernement a clairement un problème avec les professions libérales ; on l'a vu quand il s'est agi des professions juridiques, à l'occasion de la loi Macron. Là, vous pointez du doigt toute une profession, les médecins, coupables à vos yeux de pratiquer les dépassements d'honoraires. Or ceux-ci ne représentent que quelque 5 % des honoraires sur le territoire national. Quant aux dépassements excessifs, ils sont pratiqués en secteur hospitalier public et concentrés sur deux régions : l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Vous stigmatisez toute une frange de professionnels de santé – les professions libérales et les établissements privés – et continuez à opposer, dogmatiquement, le privé au public pour mener une politique excessivement hospitalo-centrée qui met à mal le bon fonctionnement des hôpitaux publics : vous demandez tout aux CHU, concentrant les patients et le parcours de soins sur les hôpitaux ; mais ces derniers – que vous avez omis de réformer – ne sont pas aptes à assurer les missions que vous leur confiez. Seule une complémentarité entre le privé et le public peut permettre aux hôpitaux publics de retrouver leur véritable vocation.

**M. Gilles Lurton.** Mon amendement AS271 a également pour objet de supprimer l'alinéa 55, par lequel vous décrêtez : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. »

Mais vous ne pouvez imposer aux établissements privés de santé, qui bénéficient d'une autonomie de gestion et d'une libre gouvernance, les conditions d'habilitation du service public hospitalier.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je veux bien entendre des arguments, pour peu qu'ils relèvent d'une logique audible... Que dit l'alinéa 55 que vous voulez supprimer ? « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. » Si l'on met le patient au cœur du dispositif et que l'on se soucie de son parcours et de ses restes à charge, comment supprimer cet alinéa 55 ? Si un patient choisit un hôpital public et qu'on lui impose un transfert – pour des raisons de complémentarité entre les établissements, de besoin technique ou d'autorisation particulière –, il est normal qu'il dispose des mêmes droits tout au long de sa prise en charge. Vous vous évertuez à instaurer une opposition artificielle. Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle est saisie de l'amendement AS346 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Nous proposons de rétablir en partie la rédaction de l'article 26 adoptée par l'Assemblée nationale. Le Sénat a supprimé la possibilité pour les établissements de santé de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS, mais cette suppression ne semble pas compatible avec les obligations afférentes au service public. En effet, la désignation intervient dans un contexte de carence de l'offre de soins. L'amendement AS346 propose une nouvelle rédaction de l'alinéa 85, celle du Sénat n'étant pas opportune en matière de décisions d'autorisation. Il n'a en effet jamais été question de lier l'autorisation à l'appartenance ou non au service public hospitalier. Cet amendement procède également à une coordination s'agissant du diagnostic territorial, et à la correction d'une coquille.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 26 modifié.*

#### *Article 26 bis A*

(art. L. 6238-1 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Maisons d'accueil hospitalière**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de la rapporteure, insère dans le code de la santé publique un nouvel article relatif aux maisons d'accueil hospitalières.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article vise à accorder un statut aux activités d'intérêt général mises en œuvre par les maisons d'accueil hospitalières. Il est prévu que ces maisons respectent un cahier des charges national qui précisera notamment les conditions dans lesquelles elles peuvent passer des conventions avec les établissements de santé. Celles-ci sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et la liste des établissements concernés est publiée dans le cadre du service public d'information en santé.

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a approuvé les objectifs de cet article. Elle s'est toutefois interrogée sur son positionnement au sein du code de la santé publique et a donc adopté à l'initiative de ses rapporteurs un amendement de recodification.

Le dispositif de cet article a également fait l'objet d'un amendement de coordination en séance publique.

### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 26 bis A sans modification.*

#### *Article 26 bis B*

(art. L. 6143-2 du code de la santé publique)

#### **Prise en compte de la dimension psychologique lors de l'élaboration du projet d'établissement à l'hôpital**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale en séance publique à l'initiative de M. Denys Robiliard prévoit la prise en compte de la dimension psychologique dans les projets d'établissement des hôpitaux.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article prévoit que le projet d'établissement établi par les hôpitaux devra désormais comporter un volet relatif à la prise en charge psychologique.

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article estimant qu'il n'était pas « *opportun de prévoir l'élaboration d'un projet psychologique spécifique à côté du projet médical dans*

*la mesure où la dimension psychologique doit être intégrée aux soins et où le code de la santé publique ne reconnaît pas de professionnels de la psychologie ».*

En séance publique, l'article a été rétabli moyennant une précision d'ordre rédactionnel. Il est en effet non plus question de la prise en charge psychologique mais du « *projet d'organisation de la prise en charge psychologique* ».

### **3. La position de la commission**

La commission a rétabli cet article dans la version adoptée par l'Assemblée.

\*

*La commission examine l'amendement AS338 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'amendement AS338 vous propose, là encore, de rétablir la version adoptée en première lecture. Il me semble important d'établir un projet relatif aux aspects psychologiques des soins – mesure qui avait bénéficié d'un consensus.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 26 bis B est **ainsi rédigé**.*

*Article 26 ter [supprimé]*

### **Rapport sur les conditions de mise en œuvre d'une mission d'intérêt général pour les établissements n'appliquant pas de dépassements d'honoraire**

Cet article prévoit la remise d'un rapport portant sur les conditions de la mise en œuvre d'un financement, par le biais d'une dotation de mission d'intérêt général, des établissements de santé organisés pour fonctionner sans dépassement d'honoraires.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article, adopté en commission à l'initiative de Mme Dominique Orliac, prévoit la remise, par le Gouvernement, d'un rapport étudiant la mise en place d'une mission d'intérêt général destinée à compenser la perte de revenus pour les établissements de santé de l'interdiction des dépassements d'honoraires.

Le dispositif prévoit sa transmission au Parlement dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat considère que « *la question des dépassements d'honoraires à l'hôpital doit d'abord être abordée sous l'angle du taux de remboursement par l'assurance maladie dans le cadre d'une réforme d'ensemble de la sécurité sociale* ».

En conséquence, elle a adopté un amendement de suppression de cet article sur proposition de ses rapporteurs.

## **3. La position de la commission**

Cette disposition ayant été adoptée à l'initiative de Mme Dominique Orliac, l'initiative du retour à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale doit naturellement lui revenir.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 26 ter.*

### *Article 27*

(art. L. 6131-2, L. 6131-3, L. 6132-1 à L. 6132-7, L. 6143-1, L. 6143-4, L. 6143-7 et L. 6211-21 du code de la santé publique, art. L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2000, et art. 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques)

### **Groupements hospitaliers de territoire**

Cet article institue les groupements hospitaliers de territoire (GHT) en lieu et place des actuelles communautés hospitalières de territoire. Il a notamment fait l'objet d'une réécriture globale à l'initiative du Gouvernement lors de son examen en première lecture par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Le texte prévoit l'obligation pour un établissement public de santé d'être partie à une convention de GHT sauf dérogation tenant à la spécificité de l'établissement dans l'offre régionale.

- Le GHT, qui n'est pas doté de la personnalité morale, a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient ainsi que la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou le transfert d'activités entre établissements. Il est constitué autour d'un projet médical partagé et prend appui sur un établissement support.

• Trois types d'établissements publics font l'objet de dispositions spécifiques :

– les centres hospitaliers universitaires (CHU) auxquels s'adosent les GHT au titre des activités hospitalo-universitaires et qui coordonnent au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, les missions de recherche, les missions de gestion de la démographie médicale et les missions de référence et de recours ;

– les établissements publics autorisés en psychiatrie peuvent, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties ;

– les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

Des dispositions complémentaires sont prévues pour les établissements sociaux et médico-sociaux publics, les établissements privés ainsi que les établissements situés dans un État limitrophe. Dans le premier cas, ils peuvent être parties à un GHT, dans le second cas ils peuvent y être associés sous la forme d'un partenariat à un GHT. S'agissant des établissements situés à l'étranger, le texte prévoit la possibilité d'être associé au GHT par voie conventionnelle.

• Le texte prévoit la mise en place d'une convention constitutive, en fixe la procédure d'adoption ainsi que son contenu. Elle doit notamment comporter le projet médical partagé, les délégations d'activité à l'établissement support, éventuellement les transferts d'activités de soins ou de matériels lourds entre établissements, les modalités de constitution des équipes médicales communes éventuelles intégrées à des pôles inter-établissements, les modalités d'organisation et de fonctionnement par la création de nouvelles instances ou l'articulation d'instances existantes.

Cette convention devra préciser :

– l'établissement support qui assumera les fonctions déléguées par les autres établissements. Cet établissement devra assurer obligatoirement la mise en place et la gestion d'un système d'information hospitalier convergent, la gestion de l'information médicale du territoire, les achats, la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et des plans de développement professionnel continu (DPC) des personnels. Il pourra aussi ainsi gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques ;

– le comité stratégique qui doit se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé ;



– le rôle du comité territorial des élus chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. Cette disposition a été introduite à l'initiative de Mme Bernadette Laclais, rapporteure du texte.

- Diverses autres dispositions sont également prévues par le texte.

Elles concernent la procédure de certification des établissements parties à un GHT. Elle leur est commune mais les appréciations portées par la Haute Autorité de santé (HAS) sont publiées pour chaque établissement.

Il est également prévu que l'agence régionale de santé détermine la liste des GHT et des établissements qui les composent.

De plus, le texte dispose que le versement aux établissements des dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) est soumis à leur participation à un GHT.

Cet article prévoit en outre des modalités spécifiques de mise en œuvre des GHT pour l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Enfin, un décret en Conseil d'État précisera le projet médical partagé, les exceptions tenant à la spécificité de l'offre régionale permettant à un établissement public de ne pas participer à un GHT, les conditions d'élaboration de la convention constitutive du GHT, les conditions de participation des établissements privés, les conditions de modification des autorisations et de délégation de fonction au sein du GHT.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, un amendement dont l'objet vise :

– à garantir que le projet médical élaboré par les établissements souhaitant former une GHT précède la définition des GHT par l'ARS ;

– à prévoir que les activités de radiologie seront organisées en commun de même que les activités de biologie médicale ;

– à donner une place plus grande aux élus en faisant une place aux présidents des conseils de surveillance dans le comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé ;

Par un autre amendement, elle a prévu que la convention qui liera un établissement privé à un GHT devra prévoir la représentation de celui-ci au sein du GHT.

En séance publique, plusieurs modifications ont été apportées.

Les sénateurs sont tout d'abord revenus sur les dispositions relatives à l'introduction systématique des établissements privés de santé dans la gouvernance des GHT.

Ils ont ensuite adopté, outre un amendement rédactionnel, quatre amendements dont la teneur suit :

– un amendement visant à prévoir l'association des hôpitaux des armées à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire ;

– un amendement du Gouvernement visant à accompagner la constitution des GHT par la mise en œuvre d'une procédure claire et adaptée de candidature des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant dans les établissements parties à la convention du groupement.

– un amendement visant à prévoir la gestion des équipes médicales commune ;

– un amendement reportant de 6 mois la date de constitution du GHT afin de garantir que le projet médical partagé soit élaboré avant toute conclusion de convention constitutive de GHT.

### **3. La position de la commission**

Sur l'ensemble des modifications apportées par le Sénat, une disposition mériterait d'être corrigée.

La présence des présidents de conseil de surveillance au sein du comité stratégique ne lui semble pas opportune. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n'est pas souhaitable d'autoriser les présidents de conseil de surveillance à être partie prenantes de la gestion des GHT alors que leur mission consiste essentiellement à contrôler la gestion des établissements. Le contrôle du comité stratégique est par ailleurs confié au comité territorial des élus chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement.

La commission a aussi complété le dispositif d'examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT en prévoyant les cas de carence d'élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au directeur général de l'ARS.

Elle a enfin consolidé le dispositif de transformation des communautés hospitalières de territoire en groupement hospitalier de territoire.

*La commission étudie l'amendement AS68 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Valérie Boyer.** Je suis inquiète de voir que l'on se préoccupe davantage du statut des établissements que du parcours du patient et de la qualité des soins dispensés ! Pour ne pas contrevenir au droit en vigueur, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne devraient pas avoir d'impact sur les autres établissements de santé du territoire qui ne sont pas membres de cette entité. C'est pourquoi mon amendement AS68 propose de compléter l'alinéa 6 de l'article 27 par les deux phrases suivantes : « L'organisation du groupement hospitalier de territoire et l'élaboration du projet médical partagé sont basées uniquement sur le champ d'activité des établissements composant le groupement. Ce dernier n'a pas vocation à coordonner l'offre de soins des établissements de santé privés qui n'y sont pas associés. » On s'intéresse ici au fond du problème – la qualité des soins – et non à la vision dogmatique du statut.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Avis défavorable. Le GHT est créé par voie conventionnelle, or une convention n'impose d'obligations qu'aux parties contractantes et n'emporte pas d'effet sur ceux qui n'y sont pas associés.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS132 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Je propose d'adopter la rédaction suivante : « Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement, sur les domaines faisant l'objet de la convention ou de l'accord ». Cela permettra de valoriser les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et la coopération entre ceux-ci et les GHT. La réintégration et la reconnaissance des ESPIC jouent un rôle majeur dans le service public hospitalier.

**M. Arnaud Robinet.** Les GHT s'inscrivent dans la suite logique de la loi HPST, dite loi Bachelot. Ici, on ne parle que des établissements publics, mais quel est l'avis de la rapporteure sur la proposition du Sénat d'assurer la représentation des établissements privés ? Si l'on veut faire jouer la complémentarité et assurer le maillage territorial, il semblerait intéressant que les établissements privés soient également représentés dans les GHT.

**M. Jean-Pierre Door.** Le sujet est important. Dans le cadre de l'organisation des soins que vous appelez de vos vœux, au sein d'un système qui combine le service public hospitalier et le GHT, il faut corriger un oubli : *quid* des groupements de coopération sanitaire (GCS) qui permettraient de réunir, au sein du service public hospitalier, le service public comme le service privé ? Aujourd'hui, les GCS existent sur le territoire, mais que deviendront-ils demain ? Seront-ils encore présents ? Seront-ils intégrés au service public hospitalier ou aux GHT ? À cette question, nous n'avons de réponse ni de la part de la ministre, ni de la Commission, ni du Sénat.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Aboud, je vous suggère de retirer votre amendement AS132 ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. Il me semble, en effet, que votre proposition vient compliquer la lecture de l'article 27 qui prévoit déjà des conventions d'association entre CHU et GHT.

Monsieur Robinet, l'alinéa 12 de l'article 27 répond à votre interrogation : « Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle. » Cette réponse ne vous satisfait peut-être pas, mais elle existe.

Monsieur Door, le GHT se substitue aux communautés hospitalières de territoire, mais pas aux groupements d'intérêt économique (GIE), ni aux GCS. Ces deux statuts ne sont pas remis en cause ; nous souhaitons simplement inciter ces structures à coopérer.

*La commission rejette l'amendement.*

*La commission est saisie des amendements identiques AS69 de Mme Valérie Boyer et AS272 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS69 permet de vérifier qu'en cas de création d'un GHT, toute cession d'autorisation respecte les principes suivants : l'opération répond aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; elle est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; elle satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement. Nous souhaitons faire en sorte que le système fonctionne mieux, quel que soit le statut de l'établissement.

**M. Bernard Perrut.** M. Lurton, M. Cinieri et moi-même sommes très attentifs au GHT que nous sommes d'ailleurs en train de mettre en place dans nos territoires respectifs. L'article 27 précise notamment la convention constitutive du GHT, élaborée puis transmise au directeur de l'ARS qui apprécie la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et qui peut demander que soient apportées des modifications. Le texte prévoit donc que les directeurs d'ARS approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Notre amendement AS272 propose de vérifier, en cas de création d'un GHT, que toute cession d'autorisation respecte certains principes rappelés à l'instant par notre collègue : répondre aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; être compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Ces amendements sont déjà satisfaits en droit puisque l'approbation de la convention de GHT vaudra approbation des changements d'autorisation dans des conditions définies par le

code de la santé publique. Je vous invite à vous faire confirmer cette lecture par la ministre lors de l'examen du texte en séance publique. À défaut de leur retrait, j'émettrais un avis défavorable à ces amendements.

**M. Bernard Accoyer.** Entre les contraintes imposées aux établissements participant au service public hospitalier et les GHT, où la place réservée au privé n'apparaît nulle part dans le texte, nous voyons que nous sommes toujours sur la même ligne. Si l'on veut ajouter des compétences tout en respectant le principe du libre choix, il est assez surprenant que l'on prive les patients et les GHT de la richesse et de la diversité des établissements.

Mais il se pose aussi un deuxième problème : la psychiatrie est particulièrement mal traitée dans cet article et l'on néglige également le danger que représente la concurrence entre établissements publics qui ne respectent pas la hiérarchie des compétences et des capacités à apporter le juste soin dans certains cas, je pense en particulier aux urgences dans les domaines de la cardiologie interventionnelle, les hémorragies digestives ou les accidents vasculaires cérébraux.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'alinéa 9 de l'article 27 prévoit bien que les communautés psychiatriques de territoire sont associées.

**M. Bernard Accoyer.** Mais le privé n'est pas mentionné.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Il me semble que la communauté psychiatrique, que nous avons définie, prévoit les deux.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS349 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'amendement AS349 tend à procéder à plusieurs modifications. La présence du président du conseil de surveillance au sein du comité stratégique, qui a été instaurée par le Sénat, ne me semble pas opportune. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n'est pas souhaitable d'autoriser les présidents de conseil de surveillance à être parties prenantes de la gestion des GHT. Nous les avons intégrés dans le dispositif mais leur présence aux comités stratégiques ne paraît pas opportune.

En outre, cet amendement complète le dispositif d'examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT. Il prévoit les cas de carence d'élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au directeur général de l'ARS.

Enfin, il consolide le dispositif de transformation des CHT en GHT.

**M. Bernard Perrut.** Je suis un peu surpris par votre position. Le président de conseil de surveillance a une implication directe à la tête de l'établissement,

souvent en termes d'impulsion politique vis-à-vis de l'ARS et de la communauté hospitalière. Pourquoi vouloir le faire sortir de ce comité stratégique où il pourrait jouer son rôle d'ouverture vis-à-vis de l'extérieur, ce qui permettrait de ne pas laisser seulement les professionnels de santé dans la mise en œuvre de la convention de GHT ?

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Perrut, en première lecture, nous avons inscrit la présence du président dans le conseil de surveillance, ce qui correspond bien à l'esprit de ce genre d'instance. Le comité stratégique a une autre vocation et il ne me semble pas opportun d'y faire siéger le président. Nous sommes bien dans l'esprit des missions de l'une et l'autre de ces instances.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS133 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Dans la droite ligne des propos que vient de tenir Mme la rapporteure, nous proposons de remplacer « une communauté hospitalière » par « un groupement hospitalier ».

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Avis favorable !

*La commission adopte l'amendement.*

**M. Jean-Pierre Door.** Avant de terminer l'article 27, je voudrais poser une question à Mme la rapporteure qui, comme moi, a dû recevoir un message de la part de la Conférence nationale des directeurs des centres hospitaliers (CNDCH). Pourquoi l'alinéa 5 de l'article 27 ne prévoit-il pas d'accorder la personnalité morale aux GHT ? La CNDCH propose qu'elle leur soit octroyée afin qu'il soit possible de construire une structure commune qui faciliterait l'application de plusieurs mesures préconisées pour les GHT et l'adhésion des élus à une démarche de mutualisation. Je n'ai pas déposé d'amendement en ce sens mais je vous pose la question ; je connais votre intérêt pour ce dossier et j'imagine que vous avez reçu le même message que moi de la part du CNDCH.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Door, lors de la première lecture, nous avons déjà discuté de ce point sur lequel je répons dans un commentaire d'article qui figure au rapport. Le Gouvernement a choisi de favoriser la coopération et le conventionnement plutôt que de donner le statut de personne morale au GHT. Ce choix a été réaffirmé par la ministre en séance, lors de la première lecture, et elle aura l'occasion de vous répondre à nouveau. J'ai reçu les mêmes personnes que vous et je connais leurs arguments ; mais le Gouvernement a fait un autre choix.

**M. Denis Jacquat.** La rapporteure pourrait être en désaccord avec le Gouvernement.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** En l'occurrence, ce n'est pas le cas mais je comprends que la question puisse se poser. Peut-être y reviendra-t-on dans quelques années. En attendant, les arguments du Gouvernement sont tout à fait valables.

*La commission adopte l'article 27 modifié.*

#### *Article 27 ter*

(art. L. 111-8-3 [nouveau], L. 111-9, L. 132-3-2 et L. 211-10 [nouveau] du code des juridictions financières, art. L. 6161-3 du code de la santé publique)

### **Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes aux établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux privés**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale en séance publique, étend les missions de la Cour des comptes en prévoyant qu'elle peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Adopté à l'initiative du groupe socialiste, républicain et citoyen, cet article prévoit que la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social et financées par l'État, ses établissements publics ou les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cet article dispose également que le contrôle est également exercé par les chambres régionales des comptes (CRC) pour les personnes morales financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de leur compétence ou par un régime de sécurité sociale.

Il étend également la possibilité d'une délégation aux chambres régionales des comptes du jugement des comptes et de l'examen de la gestion. Actuellement circonscrite aux établissements publics nationaux, elle est désormais étendue aux « *organismes nationaux relevant d'une même catégorie* », incluant de fait les établissements privés.

Enfin, le texte adopté prévoit la transmission à la Cour des comptes des rapports de certification des comptes des cliniques privées.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

### 3. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission est saisie des amendements identiques AS70 de Mme Valérie Boyer, AS120 de M. Bernard Accoyer, AS218 de M. Arnaud Robinet et AS273 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** Mon amendement AS70 propose de supprimer cet article qui vise à donner le pouvoir à la Cour des comptes de contrôler les cliniques privées. En plus de contrevenir au droit des sociétés, cet article est inutile. D'une part, les comptes des cliniques bénéficient d'une certification par des commissaires aux comptes, contrairement à ceux d'une grande majorité d'établissements publics. D'autre part, ces comptes certifiés sont transmis aux greffes des tribunaux de commerce et donc accessibles.

À l'heure où nous devons discuter de l'indispensable maîtrise des dépenses publiques, je comprends mal que la Cour des comptes ne concentre pas ses efforts sur le contrôle des établissements publics. Pour en revenir au débat qui nous anime depuis ce matin, si la Cour des comptes contrôle les établissements privés, cela signifie que ces derniers doivent être traités comme des établissements publics : il faut donc rétablir la convergence, leur donner accès aux MIGAC et oublier notre précédente discussion sur le secteur privé du privé. Il serait bon de mettre un peu de cohérence dans notre travail et dans les statuts.

**M. Bernard Accoyer.** Mon amendement AS120 a le même objet. Le groupe socialiste de l'Assemblée nationale en est resté à 1981...

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Si seulement c'était possible !

**M. Bernard Accoyer.** On voudrait faire intervenir la Cour des comptes à la place des contrôles et des certifications de comptabilité qui sont au cœur du droit des sociétés privées... Cette posture est révélatrice du dogmatisme qui marque ce texte, comme le déplorent les professionnels. La gestion des hôpitaux publics souffre d'un déficit particulièrement criant : l'absence de certification des comptes. Avant d'envoyer la Cour des comptes vers les hôpitaux privés dont la comptabilité est certifiée, il conviendrait d'abord de faire du ménage dans les hôpitaux publics en certifiant leurs comptes. S'ils avaient été certifiés, nous n'en serions peut-être pas à constater les niveaux d'emprunts toxiques de l'hospitalisation publique et nous verrions sans doute plus clair dans l'utilisation des MIGAC. Dans le domaine comptable, nous sommes beaucoup moins exigeants vis-à-vis des hôpitaux publics que du secteur privé. Pourquoi ?

**M. Arnaud Robinet.** Mon amendement AS218 est identique. Nous vous prenons une fois encore la main dans le pot de confiture : vous manifestez votre volonté de vous attaquer au système de santé privé et libéral français. Vous êtes



comme une armée en ordre de marche, déterminée à mettre à mal le secteur privé et à aller tout droit vers une nationalisation de notre système de santé. Comme Valérie Boyer, à un moment où l'on parle de maîtrise de l'argent public, je pense que la Cour des comptes devrait se concentrer sur les établissements publics dont nous connaissons les difficultés. D'ailleurs, ces dernières sont dues à la politique – notamment de baisse de tarifs – que vous menez vis-à-vis des hôpitaux. Cet acharnement envers les établissements privés de santé est la goutte d'eau qui fait déborder le vase à un moment où nous devrions jouer la complémentarité en ayant un seul objectif : le patient, rien que le patient.

**M. Gilles Lurton.** Mon amendement 273 répond au même souci. Je me bornerai à une question : comptez-vous soumettre les établissements publics à la certification par des commissaires aux comptes dont bénéficient les cliniques ?

**M. Élie Aboud.** Où est le bon sens ? On demande à un organisme public de contrôler un organisme privé, tout en refusant la convergence tarifaire au prétexte que le privé n'est pas comme le public. Rappelons qu'un centre hospitalier sur deux est déficitaire !

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** J'émettrais un avis défavorable aux quatre amendements de suppression qui nous sont proposés. Si cette disposition a été adoptée par l'Assemblée nationale à l'initiative de Mmes Delaunay et Lemorton, membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen, elle n'a pas été remise en cause par le Sénat.

**M. Élie Aboud.** Peut-être que les sénateurs dormaient !

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** À supposer qu'il faille craindre un dogmatisme du groupe Socialiste, républicain et citoyen à l'Assemblée nationale, ce groupe, à ce que je sache, n'est pas majoritaire au Sénat. Il faut savoir regarder les choses avec le plus d'objectivité possible. Cette mesure vise seulement à faire en sorte que la Cour des comptes puisse exercer un contrôle quand des deniers publics sont utilisés. Il ne s'agit pas de confier à la Cour des comptes autre chose que ce qu'il lui semblera opportun de contrôler. Précisons qu'elle le fait déjà pour des associations qui bénéficient aussi de deniers publics. Il n'y a rien de scandaleux à ce que cet article soit confirmé. C'est ce que je vous propose de faire en repoussant ces amendements de suppression.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 27 ter, sans modification.*

### *Article 27 sexies*

(art. L. 6161-3-1 du code de la santé publique, art. 162-22-6 et article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)

### **Règles d'organisation financière des établissements de santé privés non-lucratifs antérieurement soumis au régime de la dotation globale**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale, prolonge une disposition transitoire relative aux règles d'organisation financière des établissements privés de santé antérieurement soumis au régime de la dotation globale.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article vise à sécuriser l'organisation financière des établissements de santé privés non lucratifs financés antérieurement par dotation globale.

En effet, la loi HPST – hôpital, santé, patients et territoires <sup>(1)</sup> – précise que les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale continuent d'exercer, dans les mêmes conditions qu'avant la loi, leurs missions prévues dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat souscrit à l'objectif de sécurité juridique mais s'interroge sur la nécessité de prolonger des dispositions transitoires.

Elle a adopté, en commission des affaires sociales et en séance publique, deux amendements de portée rédactionnelle afin de ne pas laisser subsister des dispositions transitoires pour des règles destinées à devenir définitives.

#### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 27 sexies sans modification.*

### *Article 27 septies*

(art. L. 6122-15 du code de la santé publique)

### **Plateaux mutualisés d'imagerie médicale**

Cet article, adopté par le Sénat à l'initiative de la commission des affaires sociales, donne la possibilité aux agences régionales de santé (ARS) d'autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale à la demande des professionnels de santé concernés.

---

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## 1. Le texte adopté par le Sénat

Cet article vise à pérenniser une disposition relative au plateau mutualisé d'imagerie médicale prévue par l'article 33 de la loi Fourcade<sup>(1)</sup> qui prévoit la mise en place d'une expérimentation non suivie d'effet faute de texte d'application.

Il vise à permettre aux agences régionales de santé (ARS) d'autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale, sur l'initiative des professionnels de santé, pour cinq ans renouvelables. La mesure vise à organiser la collaboration entre les différents professionnels médicaux compétents en imagerie.

Ces plateaux mutualisés devront impliquer « *au moins un établissement de santé et comporter plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale* ».

Les titulaires d'une autorisation délivrée par l'ARS pour la mise en place d'un plateau mutualisé devront formaliser un projet de coopération et le transmettre à l'ARS.

## 2. La position de la commission

La participation des médecins libéraux aux consultations de radiologie au sein des établissements publics est aujourd'hui possible *via* les groupements d'intérêt économique ou les groupements de coopération sanitaire. L'article est donc satisfait.

Au demeurant, il convient *a minima* que le Parlement soit informé des difficultés de mise en œuvre de l'expérimentation.

Dans l'attente de ces précisions, la commission a adopté cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 27 septies sans modification.*

---

(1) Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

### TITRE III INNOVER POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup> Innover en matière de formation des professionnels

##### *Article 28*

(titre II du livre préliminaire de la quatrième partie, art. L. 4021-1 à L. 4021-8, L. 4124-6-1, L. 4133-1 à L. 4133-4, L. 4143-1 à L. 4143-4, L. 4153-1 à L. 4153-4, L. 4236-1 à L. 4236-4, L. 4242-1, L. 4382-1, L. 4234-6-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique, art. L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale)

#### **Développement professionnel continu des professionnels de santé**

Cet article vise à rénover l'obligation de développement professionnel continu (DPC) incombant aux professionnels de santé.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a fait l'objet d'une nouvelle rédaction lors de son examen en séance publique à l'Assemblée nationale. Cette rédaction est la conséquence de la fin de la concertation engagée par le Gouvernement avec l'ensemble des acteurs du DPC afin d'en adapter le contenu et d'en renforcer l'effectivité, dans la lignée des préconisations établies en 2014 par l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS)<sup>(1)</sup>. Cette concertation s'étant achevée quatre mois après le dépôt du projet de loi sur le bureau de l'Assemblée nationale, ces propositions de rénovation du DPC n'avaient, dès lors, pas pu être débattues lors de l'examen du texte par la commission des Affaires sociales.

Dans sa nouvelle rédaction issue d'un amendement du Gouvernement et d'un sous-amendement du rapporteur en séance publique, cet article renove à la fois le contenu et les structures du DPC. Ce dernier est désormais régi par le chapitre unique du titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, contenant les articles L. 4021-1 à L. 4021-8, précisés au I de cet article.

Le DPC voit ses objectifs redéfinis autour d'une approche d'ensemble regroupant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il vise à la fois le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences et l'amélioration des pratiques. L'article L. 4021-1 du code de la santé publique maintient le caractère obligatoire du DPC, tout en réduisant sa fréquence à un rythme triennal et non plus annuel. Afin de garantir le respect par les

---

(1) MM. Bertrand Deumié, Philippe Georges et Jean-Philippe Natali, Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé : [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_2013-126R\\_controle\\_OGDPC.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf).

professionnels de santé de leur obligation de DPC, l'article L. 4021-5 du code précité confie aux instances ordinales, aux employeurs et aux autorités compétentes le contrôle du respect de cette obligation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Cette disposition a été adoptée par un sous-amendement présenté par le rapporteur à l'amendement de réécriture du Gouvernement.

Cet article précise également le rôle des différents acteurs dans la mise en œuvre et le financement du DPC. D'une part, les conseils nationaux professionnels proposent, pour chaque profession ou spécialité, un parcours pluriannuel de DPC qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. D'autre part, l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) est remplacé par l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), groupement d'intérêt public constitué par l'État et l'assurance maladie en charge du pilotage et du financement du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé et dont les missions et instances seront définies par décret en Conseil d'État. Le **VII** de cet article prévoit que ces changements de missions et de dénomination interviendront au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Enfin, les universités sont associées à la dimension scientifique du DPC au titre de leur expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a salué l'entreprise de rénovation du DPC, notamment concernant le rôle donné aux conseils nationaux professionnels, et a en conséquence adopté cet article sans modification.

Au cours de son examen en séance publique au Sénat, cet article a été modifié par l'adoption de trois amendements.

Il est tout d'abord précisé, sur proposition des membres du groupe Communiste, républicain et citoyen, que les orientations pluriannuelles prioritaires de DPC devront comporter des orientations en matière de prise en charge de la fin de vie et de développement des soins palliatifs. Ces orientations s'ajoutent ainsi aux orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux interprofessionnels – ou, en leur absence, des représentants de la profession ou de la spécialité –, de celles s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé et de celles issues du dialogue conventionnel.

Le choix des actions de formation, contenues dans le parcours pluriannuel de développement professionnel, est ensuite l'objet d'une modification s'agissant des professionnels salariés. La nouvelle rédaction adoptée à l'alinéa 12 sur proposition de M. Barbier prévoit ainsi que les professionnels salariés « portent ces choix à la connaissance de » – et non plus « effectuent ce choix en lien avec » – leur employeur.

La participation de l'université au DPC, enfin, prévue au nouvel article L. 4021-4 du code de la santé publique, n'est plus restreinte à la seule dimension scientifique du DPC, à l'initiative des membres du groupe Socialiste et républicain.

### 3. La position de la commission

Sur proposition du rapporteur, la Commission des affaires sociales a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, à l'exception des nouvelles dispositions relatives à l'université.

S'agissant des orientations pluriannuelles prioritaires, les thèmes prioritaires seront fixés par arrêté ministériel au terme d'une concertation avec les collègues nationaux professionnels. Ce dispositif souple, permettant d'adapter les thèmes selon les priorités de manière pluriannuelle, ne doit pas être contraint par la fixation dans la loi des thèmes qui relèvent du domaine réglementaire et seraient source de nouvelles rigidités.

S'agissant du choix des actions de formation par les professionnels salariés, il convient de faire en sorte que ces choix puissent s'inscrire en cohérence avec les priorités de l'établissement et avec une nécessaire pluridisciplinarité. Les actions de développement professionnel continu constituent ainsi une réponse à la fois aux besoins individuels de maintien ou d'évolution des compétences de chaque professionnel et aux besoins collectifs d'une institution. Elles doivent à ce titre s'inscrire en cohérence avec les besoins de l'établissement et avec une nécessaire interdisciplinarité. Chaque établissement construit ainsi, en concertation avec l'ensemble des acteurs (encadrement, représentants du personnel, commission médicale d'établissement), un plan de DPC affichant ses priorités en matière de déploiement d'actions et de financement en cohérence avec ses priorités.

L'extension de la participation de l'université à l'ensemble du DPC, enfin, est justifiée par l'expertise pédagogique de ces établissements dans le domaine de la formation initiale et continue et doit donc être maintenue.

\*

*La commission examine, en présentation commune, les amendements AS180 et AS172 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**Mme Véronique Massonneau.** Notre amendement AS180 propose d'insérer, à la première phrase de l'alinéa 6, les mots « notamment en matière de risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement » après le mot « compétences ».

La santé environnementale s'intéresse à l'ensemble des effets que peuvent avoir les conditions de vie ou la contamination des milieux sur la santé de l'homme. Pour répondre à ces enjeux pluridisciplinaires, la question de la

formation est centrale, en particulier pour une meilleure prise en compte du risque chimique. Les Plans nationaux santé environnement (PNSE) 1 et 2 prévoyaient d'intégrer cette dimension dans les formations destinées à différentes catégories de public, mais les objectifs n'ont pas été atteints. Le troisième PNSE et la feuille de route de la conférence environnementale engagent le Gouvernement à compléter les dispositions existantes. Les publics concernés sont notamment les professionnels de santé et de l'agriculture, les enseignants, les architectes, les urbanistes, les ingénieurs, les conseillers médicaux en environnement intérieur etc.

L'amendement AS172 est très similaire, donc défendu par le même argumentaire.

**M. Gérard Sebaoun, suppléant de M. Jean-Louis Touraine, rapporteur pour le titre III.** Je partage évidemment les propos de Mme Massonneau sur l'importance de la santé environnementale. Son importance est telle que d'aucuns auraient voulu qu'elle fasse l'objet d'un texte séparé. Pour ma part, je considère que la santé est un objet global et que nous avons raison d'y intégrer cette dimension. C'est pourquoi je suis défavorable à ces amendements : les professionnels de santé doivent inclure cette dimension dans leurs connaissances et leurs compétences – et ils ont des progrès à faire. Il n'est pas souhaitable de décliner toutes les thématiques dont celle-ci, particulièrement importante, comme vous l'avez rappelé. Je sollicite donc le retrait de ces amendements pour ne pas avoir à émettre un avis défavorable.

*La commission rejette successivement les amendements AS180 et AS172.*

*Puis elle examine l'amendement AS311 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement a pour objet de rétablir les dispositions adoptées en première lecture à l'Assemblée nationale sur les thématiques prioritaires du développement professionnel continu (DPC) pour les professionnels de santé, qui représentent une véritable avancée.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS312 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir cet alinéa dans la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale. Les actions de DPC constituent une réponse à la fois aux besoins individuels de maintien ou d'évolution des compétences de chaque professionnel et aux besoins collectifs d'un établissement. C'est pourquoi les actions de DPC d'un salarié doivent s'inscrire en cohérence avec les besoins de l'établissement et avec ses projets.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS173 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**Mme Véronique Massonneau.** Cet amendement tend à compléter l'alinéa 17 par la phrase suivante : « Les universités peuvent dispenser des formations dans le cadre du développement professionnel continu. »

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a rendu un rapport en avril 2014 sur le développement professionnel continu dans lequel elle fait des propositions d'évolution de ce dispositif datant de la loi de 2009. L'amendement AS173 va dans ce sens puisqu'il propose de renforcer le rôle des universités dans le DPC. En effet, les universités sont chargées d'assurer la formation initiale des médecins mais elles jouent un rôle trop peu important dans l'offre de formation du DPC. Pourtant, cela permettrait de renforcer les liens entre ce dispositif et les recherches universitaires dans le domaine de la santé. Nous pourrions offrir aux professionnels de santé une formation universitaire continue adossée à la recherche publique.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement est satisfait par le texte que vous avez cité vous-même. À défaut de son retrait, j'émettrais un avis défavorable à cet amendement.

**M. Élie Aboud.** Sur le fond, nous sommes d'accord, monsieur le rapporteur, mais j'aimerais que vous nous précisiez pourquoi et comment cet amendement est satisfait.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** À l'alinéa 17, il est écrit : « L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, au développement professionnel continu. »

**Mme Véronique Massonneau.** Je retire l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 28 modifié.*

#### *Article 28 bis AA [nouveau]*

(art. L. 4113-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Renforcement de la transparence des liens d'intérêt des professionnels de santé dans leur activité d'enseignement**

Cet article vise à renforcer la transparence des liens d'intérêt des professionnels de santé lors de leurs activités d'enseignement.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Adoptées au cours de l'examen du texte par le Sénat en séance publique sur proposition de M. Malhuret, ces dispositions ont pour objectif d'étendre



l'obligation de déclaration des liens d'intérêt des professionnels de santé dans le cadre de leur activité d'enseignement, dans leur action de formation continue et d'éducation thérapeutique ou encore s'ils s'expriment dans un livre ou sur internet.

Afin de garantir la transparence sur les liens pouvant unir des professionnels de santé à des entreprises produisant des produits de santé ou à des organismes de conseil intervenant sur ces produits, cet article étend l'obligation de déclaration des liens d'intérêt prévue la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé aux champs de l'enseignement et des interventions en dehors du milieu professionnel. L'information du public concernant ces liens doit être effectuée au début de l'intervention du professionnel concerné, par écrit ou oralement selon le support de l'intervention.

## **2. La position de la commission**

Cet article vise à garantir la transparence concernant les liens entre les professionnels de santé et les entreprises privées liées à leur domaine d'intervention. Il doit ainsi permettre à chacun d'apprécier et d'évaluer ces liens.

La commission des affaires sociales a donc adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 28 bis AA sans modification.*

*Article 28 bis AB [supprimé]*

### **Création d'un statut pour les médiateurs sociaux et culturels en santé publique en Guyane**

Cet article prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur la faisabilité de créer un statut pour les médiateurs sociaux et culturels en santé publique en Guyane.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cette demande de rapport, introduite lors de l'examen du texte en séance publique par le Sénat sur proposition de M. Patient, repose sur le constat de la grande pluralité culturelle et linguistique en Guyane, conduisant à des différences fréquentes de langue entre les populations et les professionnels de santé. Face à ces difficultés, la médiation permet de garantir le dialogue et l'accès à l'information, notamment en matière de prévention et de soins.

Le rapport que le Gouvernement devrait remettre au Parlement dans un délai de six mois aurait ainsi pour objectif d'étudier la faisabilité de créer un statut pour ces médiateurs, destiné à assurer leur reconnaissance et leur encadrement.

## 2. La position de la commission

Le pluralisme culturel en Guyane rend nécessaire de renforcer sans attendre la médiation culturelle et sociale, qui joue aujourd'hui un rôle indispensable dans la prévention et l'accès aux soins. Néanmoins, la demande d'un rapport au Gouvernement visant à étudier la possibilité de créer un statut de médiateur différerait encore davantage la mise en place de mesures d'accompagnement.

La commission des affaires sociales a ainsi adopté l'amendement de M. Lionel Tardy visant à supprimer cet article, recevant un avis favorable du rapporteur.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS300 de M. Lionel Tardy.*

**M. Lionel Tardy.** En première lecture, le Sénat a malheureusement ajouté plusieurs demandes de rapports. Vous savez comme moi que ces rapports sont rarement remis dans les temps et que, parfois, ils ne sont même pas remis du tout. Il s'agit ici d'un rapport sur le statut des médiateurs sociaux et culturels en santé publique en Guyane. Si le Gouvernement est favorable à un tel statut qu'il le dise tout de suite. Au moins les choses seront claires.

Dans tous les cas, l'Assemblée nationale peut parfaitement se saisir du sujet, par exemple dans le cadre de la délégation aux outre-mer. Ma demande de suppression concerne bien la forme et non le fond : demander un rapport est souvent contre-productif et dilatoire par rapport à l'objectif recherché. Il est souhaitable d'éviter la multiplication des rapports sur des sujets dont le Parlement peut librement se saisir.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je vous remercie, monsieur Tardy, pour cet amendement. Pour ma part, je considère qu'il existe un pluralisme culturel en Guyane. Le Gouvernement doit, sans attendre, renforcer la médiation culturelle et sociale en santé publique en outre-mer et en particulier en Guyane. Mais ce rapport différerait encore davantage la mise en place de mesures qui doivent s'appliquer rapidement à la Guyane. C'est pourquoi j'émet un avis favorable à l'amendement.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 28 bis AB est supprimé.*

## CHAPITRE II

### **Innovier pour préparer les métiers de demain**

#### *Article 30*

(art. L. 4301-1 et L. 4161 du code de la santé publique)

#### **Création d'un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales**

Cet article vise à instaurer un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales.

En première lecture, l'Assemblée nationale avait adopté cet article moyennant un amendement prévoyant qu'un médecin devrait coordonner les équipes dans lesquelles s'exerce la pratique avancée.

Le Sénat a apporté quelques modifications à cet article. En commission, trois amendements ont été adoptés.

Le premier porte sur la réalisation d'une évaluation des pratiques avancées dans un délai de deux ans après l'entrée en vigueur de ces dispositions. Cette évaluation devra notamment permettre d'identifier les points de blocage entravant la montée en puissance du dispositif et de contrôler la qualité et la sécurité des prises en charge réalisées dans ce cadre.

Le deuxième prévoit que le niveau du diplôme requis pour l'exercice en pratique avancée correspond à une formation universitaire de niveau Master. La pratique avancée est conçue comme le chaînon manquant entre le niveau de formation et d'exercice des métiers paramédicaux socles et celui des médecins.

Le troisième amendement rend la pratique avancée possible dans les pôles de santé.

En séance publique, le Sénat a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel à l'alinéa 14 qui maintient la condition d'un diplôme équivalent au master. Le Gouvernement a émis un avis défavorable à l'adoption de cet amendement en faisant valoir que la détermination des prérequis était de nature réglementaire.

Il est proposé d'adopter cet article sous réserve de quelques modifications visant à mentionner les communautés professionnelles territoriales de santé, à supprimer la référence au grade de master et à clarifier les conditions de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Il est également proposé de supprimer l'alinéa 21 introduit par le Sénat qui prévoit la transmission d'une évaluation au Parlement portant sur la qualité et la sécurité des soins effectués dans le cadre d'un exercice en pratique avancée.

*La commission est saisie de l'amendement AS72 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir la rédaction adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale en ce qui concerne l'exercice de la pratique avancée dont il accroît les possibilités de mise en œuvre en incluant les établissements médico-sociaux. Cet exercice ne sera possible que dans le cadre d'une équipe coordonnée par un médecin. En pratique ambulatoire, il sera possible, mais en assistance d'un médecin spécialiste.

*La commission adopte l'amendement.*

*La commission est saisie d'un amendement AS77 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir la rédaction adoptée par notre assemblée en première lecture. Le Sénat a ajouté une référence au grade de master pour les infirmières cliniciennes. Or la fixation du niveau de formation exigible relève du niveau réglementaire.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS80 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement met en cohérence la rédaction de l'alinéa 16 avec la terminologie usitée, en remplaçant le mot « mutuelle » par les termes « qualifications professionnelles des ressortissants européens ».

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient enfin à l'amendement AS82 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 21 qui prévoit de transmettre au Parlement un bilan de l'exercice en pratique avancée des professions paramédicales dans les deux ans suivant l'entrée en vigueur du dispositif. Le calendrier proposé me semble prématuré.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle adopte l'article 30 modifié.*

*Article 30 bis A [supprimé]*

(art. L. 4312-1 à L. 4312-9 du code de la santé publique)

### **Suppression de l'ordre national des infirmiers**

Cet article vise à supprimer l'ordre national des infirmiers.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Adopté par voie d'amendement en séance publique sur proposition de Mme Annie Le Houérou, cet article prévoit la suppression des dispositions du code de la santé publique relatives à l'ordre national des infirmiers.

Il prend acte des critiques récurrentes adressées à l'ordre. Depuis sa création par la loi n° 2006-1688 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, l'existence de cet ordre divise la profession et cette instance est contestée quant à son fonctionnement et à sa représentativité.

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article a été supprimé par la Commission des affaires sociales du Sénat, avec l'adoption de trois amendements identiques de Mme Catherine Deroche, rapporteure, de M. Gilbert Barbier et de M. Michel Amiel.

La nécessité d'engager une réflexion relative à la mise en place d'un meilleur encadrement ordinal a néanmoins été reconnue.

### **3. La position de la commission**

Face à l'importance du sujet et à l'intensité des réactions suscitées par la suppression de l'ordre national des infirmiers, plusieurs auditions ont été organisées en amont de l'examen du texte en nouvelle lecture, permettant de confronter les points de vue des différents acteurs et d'identifier les perspectives de maintien ou de suppression de l'ordre.

Tous les acteurs s'accordent sur les difficultés rencontrées par l'ordre depuis sa création. Se heurtant à des oppositions dès l'origine, l'ordre a cumulé une représentativité insuffisante, des dysfonctionnements se traduisant par un lourd endettement et une contestation persistante au sein de la profession. La profession reconnaît néanmoins également la nécessité de s'appuyer sur une instance nationale, compétente pour réguler l'activité et garantir le respect des exigences de sécurité et de déontologie. Nul ne peut donc se satisfaire aujourd'hui ni d'une suppression de l'ordre sans autre instance pour remplir ses missions ni d'une persistance d'un ordre contesté et insuffisamment représentatif. L'idée d'une adhésion facultative à l'ordre, le transformant *de facto* en un syndicat ou une association de plus, ne correspond pas davantage à une solution pérenne, la nécessité d'un organisme fédérateur indépendant ayant été reconnue par chacun.

La situation de l'ordre national des infirmiers, sa gestion et son inscription dans le paysage infirmier s'améliorent progressivement. Le retour à l'équilibre du budget de l'ordre et son activité en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles, de conciliation et de déontologie sont des éléments d'amélioration tangible. Le niveau des cotisations, aujourd'hui de trente euros par an pour les infirmiers salariés et de soixante-quinze euros par an pour les

infirmiers libéraux, n'a connu aucune augmentation depuis quatre ans. L'ordre annonce vouloir, à terme, établir un niveau de cotisation identique et bas pour l'ensemble de la profession.

La profession d'infirmier, au-delà de son partage entre salariés et libéraux, a aujourd'hui besoin de se rassembler et de se voir garantir un statut spécifique, rendu d'autant plus nécessaire par les nouvelles compétences données par le projet de loi à cette profession, par exemple en matière de pratiques avancées. S'appuyant sur une dynamique de quinze mille nouvelles adhésions par an, essentiellement chez les jeunes actifs, l'ordre a multiplié par 2,5 son nombre d'inscrits en quatre ans et résorbe ainsi peu à peu son déficit de représentativité.

Ainsi, il est aujourd'hui souhaitable que le débat se poursuive, à partir d'une large concertation menée par le Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le Parlement, afin de pérenniser le fonctionnement et l'acceptation de l'ordre.

En conséquence, recevant un avis défavorable du rapporteur, l'amendement de rétablissement de cet article présenté par Mme Le Houérou a été rejeté par la Commission des affaires sociales.

\*

*La commission est saisie d'un amendement AS201 de Mme Le Houerou.*

**Mme Annie Le Houerou.** Cet amendement vise à rétablir l'article 30 *bis* A supprimé par le Sénat ; autrement dit, il propose de revenir à la suppression de l'ordre national des infirmiers (ONI).

La création de l'ONI est intervenue en 2006 après celle, en 2004, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des pédicures-podologues. Elle a suscité alors de vives réactions de la part des infirmiers. La majorité d'entre eux s'opposaient à la création d'une structure ordinaire ainsi qu'à l'obligation d'y adhérer, qui constitue une condition à la licéité de l'exercice professionnel. En 2008, 87 % des infirmiers ont catégoriquement refusé de voter lors des élections ordinaires ; en 2014 et en 2015, ils ont été environ 80 % à ne pas y participer. Ce refus massif pose un problème juridique puisqu'il place 500 000 infirmiers non-inscrits en situation de pratique illégale de leur profession. Comment les contraindre à s'inscrire ?

Certes, la gestion désastreuse de l'ordre s'est améliorée depuis 2009. C'est toutefois le minimum que l'on puisse attendre d'une instance en charge d'une délégation de service public et gérant l'argent de ses cotisants.

Ajoutons que les missions assurées actuellement par l'ONI peuvent parfaitement être transférées, moyennant quelques aménagements, à d'autres organismes comme la Haute Autorité de santé, le Haut Conseil des professions

paramédicales ou encore les agences régionales de santé, qui les exercent déjà en lien avec lui.

Mon amendement AS201 n'implique pas forcément la disparition de l'ordre : il supprime l'inscription automatique, et donc le risque important de contentieux encouru par ceux et celles qui refusent d'adhérer, soit 80 % de la profession. Nous savons que les professionnels subissent parfois de fortes pressions pour s'inscrire : certains directeurs d'établissements privés sont sommés de donner les noms des infirmiers non inscrits qui exercent dans leur structure et les organismes de formation incitent fortement les jeunes élèves à s'inscrire. Ces inscriptions ne sont toutefois pas souvent suivies de renouvellements.

En outre, mon amendement ne remet pas en cause la liberté d'association et le souhait de certains infirmiers et infirmières de se regrouper pour défendre la profession. Il permet à l'ordre de convaincre les professionnels d'adhérer sans contraindre.

Enfin, il respecte les engagements politiques que nous avons pris en promettant la suppression de l'ONI, en cohérence avec la position que notre groupe a toujours défendue.

**M. Jean-Pierre Door.** On retrouve là le cheval de bataille d'une certaine gauche contre les ordres professionnels... Rappelons ici que l'ONI a été créé à la demande non du Parlement ni du Gouvernement, mais bel et bien de la profession. Il joue un rôle majeur en matière de déontologie et d'éthique, notamment pour ce qui est du contrôle des documents nécessaires à l'exercice libéral, en particulier le casier judiciaire. Voudriez-vous revenir à la situation antérieure où prévalaient les syndicats ? Sans doute cela ne vous déplairait-il pas.

La suppression de l'ordre national des infirmiers, madame Le Houerou, ouvrirait la boîte de Pandore : elle ferait jurisprudence et tous les autres ordres pourraient disparaître.

Vous l'aurez compris, nous tenons à ce que l'ONI soit maintenu.

**M. Bernard Accoyer.** Décidément, c'est la ligne de 1981 qui prévaut toujours au parti socialiste. Pourquoi tant de haine ?

Cet amendement ne tient pas la route une seule seconde. Il ignore les questions d'éthique et les contentieux auxquels sont confrontées les infirmières libérales, que ce soient dans leurs relations avec leurs patients ou entre elles. Les ordres permettent d'éviter des procédures judiciaires qui coûtent aux professionnels les yeux de la tête en frais d'avocat et décisions de justice.

Cet amendement reprend la position dogmatique de certains syndicats hautement politisés du secteur public hospitalier.

Les problèmes de santé de notre pays ne méritent pas qu'on perde du temps à revenir sur l'existence d'une instance professionnelle qui a su faire sa place en améliorant sa gestion financière et son fonctionnement administratif. Il faut sauvegarder l'ordre national des infirmiers.

**Mme Michèle Delaunay.** Quoi qu'en dise M. Accoyer, je n'ai aucune arrière-pensée dogmatique ni politique ; je constate seulement, dans la réalité de la vie des professionnels, que cet ordre sépare infirmiers salariés et infirmiers libéraux alors qu'il devrait les unir. C'est mon principal reproche : c'est fondamentalement le contraire de l'esprit d'un ordre.

**M. Denis Jacquat.** Comme l'a rappelé à l'instant M. Door, l'ordre national des infirmiers a été créé à la demande de la profession. Dans le domaine médical et paramédical, les ordres ont montré leur grande utilité, en particulier dans le traitement des contentieux. Mon expérience professionnelle de médecin m'a convaincu de leur bien-fondé alors même que j'étais sceptique au début. Pour qu'un ordre fonctionne pleinement, il doit fédérer tous les professionnels : tout le monde doit en faire partie. À titre personnel, je suis extrêmement surpris par l'avalanche de courriers que je reçois chaque jour à propos de l'ONI.

Vous proposez, madame Le Houerou, de transférer ses missions à d'autres organismes. Or ils ne pourraient assurer la même qualité dans leur exécution.

Je comprends parfaitement que vous utilisiez l'argument des promesses électorales. Mais jusqu'où va-t-il ? Souvenons-nous qu'en 1981, le programme du candidat socialiste promettait la suppression de tous les ordres professionnels...

**M. Élie Aboud.** Pourquoi invoquer le respect de promesses électorales alors que Mme la ministre s'est prononcée contre la suppression de l'ONI en première lecture ? Est-ce de la confusion ou, pire, une répartition un peu machiavélique des rôles ?

Aujourd'hui, ma chère collègue, la gestion financière de l'ONI est saine, vous avez eu l'honnêteté de le reconnaître. Et que proposez-vous ? Que les problèmes d'éthique, de contentieux juridiques, de fonctionnement administratif soient gérés par les agences régionales de santé ! Pensez-vous véritablement qu'elles soient en mesure d'assurer ces missions en plus de celles qui leur incombent déjà ? C'est un non-sens.

Cette disposition me paraît avant tout dogmatique, pardonnez-moi de le dire.

**M. Bernard Perrut.** L'ONI est, à mon sens, une réponse appropriée aux besoins de toute une profession. Garante de la déontologie, instance de régulation protectrice des droits fondamentaux, cette structure joue un rôle précieux quand on sait la complexité des règles d'installation et d'exercice dans un secteur de grande technicité.



L'ordre national des infirmiers est à même de conduire toute une profession vers les nouvelles missions et modalités d'organisation que lui imposent l'évolution du système des soins et les mutations de notre société. Du fait des nouveaux défis sanitaires – accroissement du nombre de malades, contraintes budgétaires, complexification des soins, déploiement de la médecine ambulatoire, parcours de soins –, les professionnels vont être exposés à des transformations majeures. Dans ces conditions, il est indispensable que l'ordre puisse jouer le rôle d'acteur éclairé et soit un représentant légitime de la profession et un interlocuteur crédible des pouvoirs publics.

Supprimer l'ordre reviendrait à confier aux services de l'État le contrôle de l'exercice de cette profession. Ce serait mettre en danger une indépendance professionnelle garante de la qualité et de la sécurité des pratiques. Nous savons comme les infirmiers et les infirmières sont attachés à cette indépendance professionnelle, au secret médical, à la confraternité, à l'assistance à autrui, à la confiance entre le soignant et le soigné, et plus globalement à la santé publique.

Pour toutes ces raisons, nous souhaitons qu'ils puissent continuer à prendre en main leur destin et se faire entendre à travers un ordre national.

**M. Gilles Lurton.** Si le bureau actuel de l'ONI reconnaît qu'il y a eu quelques dysfonctionnements par le passé, les choses ont totalement changé : la situation financière est aujourd'hui assainie et le nombre des adhésions a recommencé à croître.

À vous entendre, madame Le Houerou, 80 % des infirmiers auraient refusé de s'inscrire à l'ordre. Or ce chiffre est contesté : la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) elle-même reconnaît que ces statistiques, fondées sur le fichier ADEL, sont imprécises.

Enfin, s'agissant des litiges, j'abonde dans le sens d'Elie Aboud : depuis 2010, 292 décisions ont été prononcées par les chambres disciplinaires avec 142 sanctions, dont 37 interdictions temporaires d'exercer ; 66 plaintes sont en cours d'instruction devant les chambres disciplinaires et 35 devant les sections des assurances sociales. Depuis 2010, parmi toutes les décisions prononcées par l'ordre, en première instance ou en appel, une seule a fait l'objet d'un recours devant le Conseil d'État. C'est dire comme l'ordre national des infirmiers fait bien son travail.

On ne peut pas d'un coup de crayon supprimer une telle structure.

**M. Gérard Bapt.** Nous sommes ici face à un délicat problème.

D'un côté, il existe un refus réel d'adhérer à l'ONI alimenté par le clivage entre les infirmières salariées, qui n'agissent que sous la responsabilité du médecin prescripteur, et les infirmières libérales. Il y a aussi le fait que l'ONI a connu un début chaotique avec des dettes et des niveaux de cotisation rédhibitoires. Plus généralement, les ordres sont régulièrement l'objet de contestations, à commencer

par celui des médecins – mais aujourd’hui moins qu’autrefois. Je reconnais avoir moi-même, à une certaine époque, participé à cette contestation...

De l’autre, il faut prendre en considération le fait que les infirmières sont appelées à prendre de plus en plus d’importance dans le parcours de soins et l’organisation des soins. Elles seront amenées à agir, ne serait-ce que pour les consultations d’annonce, à titre individuel. N’oublions pas que cet amendement prend place dans un chapitre dédié aux délégations de compétences.

Enfin, les masseurs-kinésithérapeutes réclament, par exemple, la suppression de leur ordre. Si l’ordre national des infirmiers venait à être supprimé, pourquoi pas les autres ?

Je dois vous dire que j’ai été convaincu par l’audition du président de l’ordre national des médecins, le Dr Bouet : il a souligné la nécessité de maintenir l’ordre national des infirmiers pour traiter non seulement les affaires de déontologie concernant les infirmières libérales, mais aussi les questions liées à l’accueil des infirmières étrangères et au contrôle des équivalences de diplômes.

Le maintien de l’ONI correspond aux vœux du Gouvernement. Je ne voterai pas l’amendement de Mme Le Houerou.

**Mme Bérengère Poletti.** Supprimer l’ordre national des infirmiers ou le rendre facultatif, c’est risquer de créer des désordres profonds dans l’ensemble des ordres, ce qui n’est absolument pas souhaitable. Instaurer une adhésion à la carte n’est pas possible.

L’ONI a effectivement connu de très mauvais débuts : un cabinet un peu fou, des montants de cotisation alimentant un budget correspondant à un train de vie qui aurait dû être plus modeste. Toutefois, l’équipe actuelle a effectué un travail considérable et a apaisé les relations à l’intérieur de l’ONI et sur les territoires. À présent, plus personne ne vient nous demander la suppression de cette structure. Les cotisations sont désormais modulées selon que les infirmiers sont libéraux ou bien salariés, leur montant étant de 10 euros pour ces derniers.

Nous devons laisser l’ordre national des infirmiers travailler et faire la preuve de son utilité. Les délégations de compétences représentent un dossier extrêmement important dont il devra se charger, au même titre que les questions liées aux relations professionnelles, à l’éthique, à la déontologie, à l’accès à la profession, ainsi qu’à la vérification, à l’occasion de l’inscription au tableau, du respect des conditions de compétences, de moralité et d’indépendance. Qui assurera ces missions si nous le supprimons du jour au lendemain ?

**M. Denys Robiliard.** Je ne suis pas opposé par principe aux ordres professionnels, j’appartiens à l’ordre national des avocats, qui a plusieurs siècles et qui garantit l’indépendance de cette profession.

Quelles missions doit assurer un ordre professionnel ? Il lui appartient tout d'abord de définir des règles déontologiques et de s'assurer de leur respect, ce qui n'empêche pas le pouvoir réglementaire ou législatif de continuer d'intervenir. Il lui incombe également de faire la police pour contrôler l'accès à la profession et, le cas échéant, sanctionner les manquements aux règles.

L'ordre national infirmier est-il à même d'effectuer de telles missions ? J'estime que non, même si après de fort mauvais débuts, il connaît une amélioration de sa situation grâce à la direction actuelle. Une majorité de ses membres de droit refusent d'y adhérer ; or l'affiliation facultative est un non-sens dans une démarche ordinale. Qui dit ordre dit adhésion obligatoire, contrairement à une association ou un syndicat. Dans ces conditions, je ne crois pas que l'ONI soit en situation d'exercer les missions qui lui sont confiées. On peut penser que l'institution d'un ordre professionnel, construite pour les professions libérales, n'est pas nécessairement adaptée à une profession où prédominent les salariés et les fonctionnaires, les professionnels libéraux ne formant qu'une faible minorité en son sein.

Reste à trouver des institutions à même d'assurer les missions liées à la déontologie.

**Mme Valérie Boyer.** Je serais vraiment consternée si, par le biais d'un amendement, nous supprimions une instance qui a fait l'objet de la part des infirmières d'un combat de plus de vingt ans en vue d'accéder à l'autonomie. Rappelons que les questions administratives touchant à cette profession étaient auparavant confiées aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales et que les problèmes disciplinaires relevaient, quant à eux, d'une chambre du conseil de l'ordre des médecins !

Si nous voulons conserver à la profession toute son indépendance, il faut maintenir l'ONI, ce qui suppose par conséquent de maintenir le caractère obligatoire de l'adhésion. Certes, il a connu des problèmes de démarrage mais l'équipe actuelle veille aujourd'hui à son bon fonctionnement : elle a su parler aux infirmiers hospitaliers comme aux infirmiers libéraux. N'infantilisons pas à nouveau cette profession en la plaçant sous la tutelle des ARS et des médecins. Ne laissons pas les infirmiers et les infirmières s'atomiser en plusieurs syndicats. Nous avons la chance en France d'avoir des ordres professionnels. Préservons cette spécificité.

**Mme Dominique Orliac.** L'ONI, malgré des débuts difficiles, a su montrer qu'il savait s'organiser et faire preuve de son utilité, notamment dans le domaine de la déontologie. L'adhésion obligatoire est incontournable : la rendre facultative reviendrait à anéantir l'ordre. Le supprimer conduirait à mettre à mal l'indépendance de cette profession et risquerait de fragiliser tous les autres ordres professionnels.

Je partage entièrement les arguments de Gérard Bapt et voterai donc contre l'amendement de Mme Le Houerou.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Mes chers collègues, vos longues interventions ont montré toute l'importance de la question. Vous avez tous reconnu que l'enfant était mal né, mais que depuis, il marche mieux...

Je veux d'abord rendre hommage au travail que Mme Le Houerou a effectué pour notre groupe sur ce sujet difficile. Elle a parfaitement le droit de soutenir une position largement partagée par les infirmiers et les infirmières salariés, majoritaires dans la profession.

En première lecture, je ne vous le cacherais pas, j'avais voté en faveur de l'amendement qui conduisait à supprimer l'ONI. Mais on a le droit, sinon de rétro-pédaler, du moins de réfléchir... Depuis, dans le cadre des travaux de la Commission des affaires sociales, ont été auditionnés le président de l'ONI et le président du Conseil national de l'ordre des médecins et une table ronde, un peu chaotique, réunissant les syndicats a été organisée. Elle a révélé une diversité d'opinions qui montre que nous ne devons pas avoir une vision binaire de la profession, en opposant une partie à une autre.

Cette profession progresse et nous lui confions de nouvelles missions dans ce texte de loi à travers l'article 30, qui instaure un exercice en pratique avancée, et l'article 37 *ter*, qui autorise les recherches biomédicales concernant le domaine des soins infirmiers – ce qui n'est pas rien. La déontologie doit pouvoir être réaffirmée.

Dans les débuts chaotiques de l'ONI, nous avons peut-être une part de responsabilité collective. La loi HPST comportait deux mesures concernant l'ordre : d'une part, l'inscription automatique, d'autre part, la validation du code de déontologie. Or les décrets correspondants ne sont jamais parus : ils auraient peut-être aidé à stabiliser la situation et les parlementaires n'ont pas pressé le Gouvernement de les publier.

Nous faisons aujourd'hui le constat d'une amélioration de l'ONI. Il se rapproche des standards européens : dix-huit pays européens ont un ordre infirmier. La profession compte 500 000 personnes, avec des statuts différents, personne ne le conteste. Mais à ce stade, il serait dangereux de passer du tout au rien.

Nous avons également reçu M. Couty, dont la mission avait proposé une structure différente. Il n'avait pas été suivi, puisqu'une proposition de loi a instauré l'ordre.

Nous devons être très vigilants sur le travail, désormais, de l'ordre, ainsi que sur la progression du nombre d'inscrits. Il me semble que l'évolution est positive – j'ignore si les nouveaux infirmiers s'inscrivent spontanément ou sur

injonction. Les générations vont se succéder et l'on peut espérer qu'un consensus se forme autour d'un ordre professionnel.

J'émetts en conséquence un avis défavorable à l'amendement AS201.

**Mme Annie Le Houerou.** J'entends ces arguments. Mais les faits, les chiffres sont là : l'ordre continue d'être contesté à 80 %, ou à tout le moins à 75 % – chiffre qui ne représente pas uniquement les infirmiers salariés. C'est quelque chose qui compte. Ne voyez là aucun dogmatisme de ma part ; je n'ai aucun intérêt personnel dans cette affaire. L'ordre, je le constate, a fait un bon lobbying auprès des députés ; mais j'ai reçu des témoignages en nombre.

Vous parlez de déontologie, de police à l'entrée, de gestion de la profession. Mais l'ordre ne remplit pas ces tâches aujourd'hui. Aucun code de déontologie n'a été adopté, ce qui ne pose pas problème pour autant... La Haute Autorité de santé joue son rôle et publie des recommandations de bonnes pratiques. Le Haut Conseil des professions paramédicales joue également le sien et devrait, à mon sens, se voir confier un rôle moteur dans la modernisation de ces professions – ce qui est d'ailleurs demandé par les infirmiers eux-mêmes. On parle beaucoup de parcours de soins : un Haut Conseil des professions paramédicales renforcé serait à même de développer une perspective large, et de mettre le patient au cœur des préoccupations de tous les professionnels de la santé.

J'entends que la suppression de l'obligation d'inscription au tableau de l'ordre pour les infirmiers serait une catastrophe pour les autres ordres. Mais non ! Les autres ordres ont leur histoire propre, différente de l'ordre des infirmiers : ils ont été créés entre 1945 et 1947, au même moment que la sécurité sociale.

Aujourd'hui, la création *ex nihilo* d'un ordre des infirmiers ne fonctionne pas. *Quid*, d'ailleurs, des autres ordres paramédicaux ? Chacune des deux autres professions devra-t-elle aussi disposer de son ordre propre ?

Je propose donc de donner plus d'importance au Haut Conseil des professions paramédicales, avec des sections par profession pour défendre chaque profession, mais avec aussi les moyens de disposer d'une vision globale.

C'est binaire, c'est vrai : soit l'ordre est obligatoire, soit il ne l'est pas, auquel cas c'est la libre association. Je maintiens donc mon amendement.

**M. Jean-Pierre Door.** Puisque le fait que 70 % des infirmiers refusent l'ordre suffit à vos yeux pour demander sa suppression, le fait que 90 % des médecins refusent la généralisation du tiers payant devrait vous amener à la rejeter !

*La commission rejette l'amendement de rétablissement et maintient la suppression de l'article 30 bis A.*

*Article 30 ter*

(art. L. 4393-8 à L. 4393-16 [nouveaux] et L. 4394-4 du code de la santé publique)

**Statut des assistants dentaires**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à reconnaître le statut, les compétences et les conditions de l'exercice de la profession d'assistant dentaire dans le code de la santé publique.

La commission des affaires sociales du Sénat l'a adopté sans modification. En séance publique, le Sénat l'a adopté moyennant un amendement du Gouvernement de nature rédactionnelle.

La commission a adopté sans modification.

\*

*La commission se saisit de l'amendement AS19 de Mme Isabelle Le Callennec.*

**Mme Isabelle Le Callennec.** L'amendement AS19 vise à permettre aux étudiants en chirurgie dentaire suffisamment avancés d'exercer des fonctions d'assistant dentaire, dans des conditions fixées par décret.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. Cet article sécurise la profession des assistants dentaires ; je vous propose d'attendre les dispositions réglementaires pour soulever cette question. Votre proposition me semble légitime, mais ce serait aller trop vite en besogne.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Trop vite, mais dans le bon sens.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Oui, absolument. Ce point sera sans doute mentionné dans les déclinaisons réglementaires.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 ter sans modification.*

*Article 30 quater*

(art. L. 4111-1-2 et L. 4221-1-1 [nouveaux], L. 4111-2, L. 4131-4-1 et L. 4221-12 du code de la santé publique)

**Accès des non-ressortissants communautaires au troisième cycle d'études médicales ou à une formation médicale complémentaire**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise la situation juridique des internes en médecine et en pharmacie ainsi que de celle des médecins et chirurgiens-dentistes non-ressortissants communautaires venant effectuer en France l'intégralité de leur formation de troisième cycle ou une formation complémentaire.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification.

En séance publique, le Sénat a adopté cet article moyennant un amendement élargissant le dispositif d'accueil aux établissements privés à but non lucratif et d'un amendement du Gouvernement visant à :

– permettre à un médecin ayant obtenu une autorisation temporaire d'exercice d'accéder directement à une commission d'autorisation d'exercice afin d'obtenir une autorisation ministérielle d'exercice ;

– permettre aux médecins et pharmaciens concernés d'accéder directement à la commission d'autorisation d'exercice, sans épreuves et sans période probatoire ;

– permettre aux praticiens de nationalité hors Union européenne mais titulaires d'un titre de formation obtenu dans l'Union européenne de voir leur dossier examiné par la commission compétente pour les diplômes obtenus dans l'Union européenne, et non celle qui examine les diplômes obtenus en dehors de cette zone.

La commission a adopté sans modification.

\*

*La commission examine l'amendement AS71 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Valérie Boyer.** Cet amendement tend à permettre à tout établissement, public ou privé, d'accueillir un interne étranger, dans le cadre d'une convention avec le centre hospitalier universitaire de référence de l'interne, comme c'est déjà le cas pour les internes français. Il s'agit ainsi de promouvoir la qualité et la diversité de notre système de santé français. Pour respecter la fonction pédagogique de l'internat, le CHU reste le garant du bon déroulé de l'apprentissage de l'interne étranger.

Alors que la Cour des comptes va contrôler les établissements privés, il paraît logique de faire bénéficier ces derniers d'un certain parallélisme des formes : le parallélisme ne doit pas toujours venir soutenir la suspicion, le contrôle et le dogmatisme ; il doit aussi faire progresser les pratiques médicales.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** J'entends votre préoccupation, mais votre amendement est déjà satisfait. Les internes à titre étranger sont issus du concours national d'internat en médecine relevant d'un titre étranger ; à ce titre, ils suivent une formation identique à celle des internes formés en France. Ils peuvent donc réaliser d'ores et déjà leurs stages dans tous les lieux agréés, y compris dans des établissements de santé privés. Nous nous en sommes assurés auprès du Gouvernement. Je demande donc le retrait de cet amendement.

**Mme Valérie Boyer.** Excellente nouvelle !

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte alors l'article 30 quater sans modification.*

*Article 30 quinquies A*

(art. L. 6161-7 du code de la santé publique)

**Recrutement de praticiens en contrats à durée déterminée  
par les établissements de santé privé non lucratifs.**

Cet article, inséré par le Sénat en séance publique avec l'avis favorable du Gouvernement, permet aux établissements de santé privés non lucratifs de recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans. Une disposition semblable avait été supprimée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ».

La commission a adopté sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 30 quinquies A sans modification.*

*Article 30 quinquies*

(art. L. 4321-1 et L. 4323-4-1 [nouveau] du code de la santé publique)

**Clarification des dispositions relatives  
à la profession de masseur-kinésithérapeute**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, clarifie les compétences des masseurs-kinésithérapeutes, et notamment leur droit de prescription, et précise le contour de l'exercice illégal de cette profession.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article moyennant un amendement. Il porte sur les modalités d'obtention d'une autorisation d'exercice par un professionnel originaire de l'espace européen ou de pays tiers souhaitant exercer la profession de masseur-kinésithérapeute en France. Il prévoit non plus la délivrance d'une autorisation individuelle à exercer mais la délivrance à titre individuel du titre de professionnel de masseur-kinésithérapeute.

En séance publique, le Sénat a adopté cet article ainsi modifié.

La commission a rétabli les dispositions issues de l'Assemblée nationale. La modification adoptée au Sénat peut en effet être source de confusions, la délivrance de l'équivalence d'un titre ne correspondant pas à une autorisation à exercer.

\*



*La commission examine l'amendement AS83 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement technique vise à mettre notre législation en conformité avec les dispositions de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 quinquies modifié.*

#### Article 30 sexies

(art. L. 4322-1, L. 4323-4-2 [nouveau] et L. 4322-4 du code de la santé publique)

#### **Évolution du statut des pédicures-podologues**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, met à jour les compétences et le champ d'intervention des pédicures-podologues et définit le contour de l'exercice illégal de la profession.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article moyennant un amendement. Il porte sur les modalités à suivre par les professionnels originaires de l'espace européen ou de pays tiers souhaitant exercer la profession de pédicure-podologue en France. Il prévoit non plus la délivrance d'une autorisation individuelle à exercer mais la délivrance à titre individuel du titre de professionnel de pédicure-podologue.

En séance publique, le Sénat a adopté cet article sans modification.

Le rapporteur considère que la modification adoptée au Sénat n'est pas exactement rédactionnelle et peut être source de confusions, la délivrance de l'équivalence d'un titre ne correspondant pas à une autorisation à exercer.

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*

*La commission se saisit de l'amendement AS84 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Même argument que l'amendement précédent, mais cette fois pour les pédicures-podologues.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 sexies modifié.*

*Article 30 septies*

(art. L. 4113-14 du code de la santé publique)

**Possibilité de suspendre l'exercice de la profession de psychothérapeute**

Cet article a été adopté par le Sénat en séance publique. Il traduit une préconisation du rapport de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé. Le dispositif proposé permet de mieux encadrer l'activité des psychothérapeutes en permettant aux agences régionales de santé (ARS) de suspendre immédiatement leur droit d'exercice dans un souci d'ordre public.

Le Gouvernement a émis un avis défavorable à l'adoption de cet amendement, faisant valoir qu'il permettait de suspendre l'exercice des psychothérapeutes qui n'exercent pas une profession de santé au sens du code de la santé publique. Le droit en vigueur paraît suffisant pour prévenir les dérives sectaires (usurpation du titre de psychothérapeute, ordre public).

Le rapporteur reconnaît l'intérêt des dispositions adoptées par les sénateurs. Toutefois, elles présentent des fragilités sur le plan juridique puisqu'elles conduisent à assimiler les psychothérapeutes à une profession de santé. Or, ces professionnels sont régis non pas par le code de la santé publique mais par l'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

La commission a modifié la rédaction de cet article afin d'insérer ce dispositif au sein des dispositions spécifiques aux psychothérapeutes.

\*

*La commission se saisit de l'amendement AS95 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** À juste titre, les sénateurs ont souhaité adopter des mesures encadrant l'usage abusif du titre de psychothérapeute, parfois associé à des dérives sectaires.

Cet amendement ne remet pas en cause la démarche des sénateurs, mais précise la rédaction : le dispositif adopté au Sénat s'insère dans le code de la santé publique et assimile improprement les psychothérapeutes à une profession de santé.

Je vous propose donc d'inscrire la possibilité de suspendre le droit d'user de ce titre et de radier les intéressés du registre national de la profession à l'article 52 de la loi du 9 août 2004, qui traite du statut de ces professionnels.

**M. Bernard Accoyer.** Jusqu'en 2004, absolument rien n'empêchait de se parer du titre de psychothérapeute – plusieurs dizaines de milliers de psychothérapeutes autoproclamés en ont usé et abusé. On connaît les dérives

graves qui en ont résulté – abus, drames et ruptures familiales, dépressions, suicides.

Avec certains d'entre vous et bien d'autres, nous nous sommes battus pendant douze ans pour que ces professionnels soient inscrits sur une liste départementale les autorisant à exercer. Ils doivent maintenant satisfaire à certaines exigences et en particulier posséder des connaissances en psychologie clinique ou théorique, sanctionnées par un titre universitaire ou, souvent, par une simple procédure de validation des acquis. Mais les dérives sont encore réelles.

La disposition introduite par le Sénat est donc très utile : elle permet de rayer de cette liste les professionnels dont la pratique est dangereuse pour les patients. Il faudrait certainement aller plus loin ; nous y reviendrons en séance publique.

La modification de forme proposée par notre rapporteur me paraît tout à fait opportune. Je soutiens donc cet amendement.

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 30 septies est ainsi rédigé.*

#### *Article 30 octies*

(art. L. 4341-1, L. 4341-1-1 [nouveau], L. 4341-9 du code de la santé publique)

#### **Cadre d'exercice de la profession d'orthophoniste**

Cet article a été adopté par le Sénat en séance publique. Les sénateurs ont constaté que les dispositions législatives en vigueur <sup>(1)</sup> ne correspondaient plus aux contraintes de l'exercice de la profession d'orthophoniste.

Le dispositif proposé met à jour le cadre d'exercice de la profession et accorde à l'orthophoniste la possibilité de prescrire le renouvellement de certains dispositifs médicaux. Cette possibilité concerne les pathologies pour lesquelles le patient a besoin de petits matériels d'hygiène ou d'accessoires de soins et de protection. Ainsi, l'orthophoniste qui suit le patient plusieurs fois par semaine pourra intervenir pour renouveler la prescription médicale initiale, sauf indication contraire du médecin.

Enfin, cet article définit l'exercice illégal de la profession d'orthophoniste pour lequel des sanctions existent déjà au sein du code de la santé publique.

Le Gouvernement a soutenu l'adoption de cette disposition.

Le rapporteur salue cette avancée à laquelle il propose des modifications rédactionnelles ainsi que deux modifications de fond.

---

(1) Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste.

L'alinéa 5 prévoit que « *l'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, sans distinction de sexe, d'âge, de culture, de niveau socio-culturel ou de type de pathologie* ». Cette précision paraissant peu utile, sa suppression est proposée.

Sur le fond, la commission a d'ajouté à cet article une disposition autorisant l'orthophoniste à dispenser des soins sans prescription médicale dans les cas d'urgence ou d'absence de médecin. Elle a également inscrit le principe selon lequel l'orthophoniste exerce en toute indépendance et en pleine responsabilité.

\*

*La commission examine l'amendement AS89 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Le projet de loi rénove le statut des orthophonistes et chacun ici s'en réjouit.

Cet amendement propose une nouvelle rédaction de l'article 30 *octies*. Outre quelques modifications rédactionnelles, il précise notamment que l'orthophoniste est, dans des conditions très particulières, autorisé à accomplir des soins nécessaires mais non prescrits par un médecin. Il rappelle également le principe d'indépendance et de responsabilité.

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 30 octies est ainsi rédigé.*

#### *Article 31*

(art. L. 2212-1 à L. 2212-3, art. L. 2212-5 à L. 2212-8, L. 2212-10, L. 2213-2, L. 2222-1, L. 4151-1 et L. 4151-2 du code de la santé publique)

### **Élargissement du champ de compétences des sages-femmes aux IVG médicamenteuses, à l'examen postnatal et aux vaccinations**

Cet article étend la compétence des sages-femmes s'agissant de la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses, de l'examen postnatal et des vaccinations.

L'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant :

– un amendement qui confère une compétence générale aux sages-femmes pour effectuer l'examen postnatal du nouveau-né, à la condition d'adresser la femme à un médecin dans le cas où une situation pathologique serait constatée ;

– un amendement qui prévoit le principe du droit à l'information sur les méthodes abortives.

La commission des affaires sociales du Sénat a apporté quelques modifications à cet article.

Tout d'abord, elle a supprimé les dispositions dispensant la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes de la supervision d'un médecin.

Elle a également adopté un amendement prévoyant la possibilité générale pour les sages-femmes, en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, de participer sur prescription du médecin au traitement et à la surveillance de ces situations pathologiques chez la femme et le nouveau-né - et non plus seulement de pratiquer les soins prescrits par un médecin. Il a néanmoins été ajouté la nécessité pour la sage-femme de suivre une formation spécifique.

En séance publique, les sénateurs ont rétabli les dispositions du texte adopté à l'Assemblée nationale en ce qui concerne la pratique de l'IVG médicamenteuse. Ils ont également adopté un amendement précisant la période dans laquelle les sages-femmes pourront pratiquer la vaccination au profit de l'entourage du nouveau-né. Ils ont enfin adopté un amendement prévoyant la compétence du pédiatre pour la dispensation de soins au nouveau-né.

La commission a adopté ces dispositions sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 31 sans modification.*

#### Article 32 quater A

(art. L. 4342-1, L. 4342-7, L. 4344-4-1 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Statut des orthoptistes**

Cet article a été introduit au Sénat en séance, par l'adoption d'un amendement du Gouvernement. Il vise à clarifier le statut des orthoptistes et à favoriser leur participation à une prise en charge coordonnée. Il leur permet d'effectuer certains actes sans prescription médicale préalable. Des protocoles de soins en substitution de la prescription médicale pour les actes effectués en cabinet d'ophtalmologie pourront ainsi être mis en place.

Les orthoptistes pourront également prescrire et renouveler les prescriptions médicales de dispositifs médicaux, y compris certains dispositifs très spécifiques tels que les prismes et les caches oculaires nécessaires à la rééducation du strabisme et de l'amblyopie.

Enfin, cet article les autorise à réaliser des séances d'apprentissage à la pose des lentilles destinées aux patients primo-porteurs de ces produits.

Le rapporteur salue l'adoption par les sénateurs de ces dispositions. La commission a donc adopté cet article sans modification.

\*

*La commission se saisit de deux amendements identiques, AS31 de M. Fernand Siré et AS36 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Bernard Perrut.** Les plus de 3 700 orthoptistes que compte notre pays réalisent des actes de rééducation et de réadaptation, mais également des actes d'exploration de la vision.

Mon amendement AS31 a pour objet de compléter la définition de la pratique orthoptique introduite par le vote d'un amendement gouvernemental au Sénat.

Le traitement orthoptique global de la vision, lors d'une prise en charge rééducative ou réadaptative, se doit d'explorer et d'améliorer toutes les capacités – motrices, sensorielles et fonctionnelles. Il paraît utile de préciser, au plan fonctionnel, que la prise en charge passe obligatoirement par trois axes : la communication visuelle, la saisie de l'information visuelle et l'organisation du geste visuo-guidée.

En effet, depuis près de cinquante ans, les neurosciences ont souligné l'importance de ces trois axes dans l'utilisation que toute personne peut faire de sa vision au quotidien. Seuls les orthoptistes évaluent, mesurent, observent et quantifient ces trois axes, ce qui permet de fixer les objectifs orthoptiques clairs de la prise en charge à venir.

**Mme Valérie Boyer.** Mon amendement AS36 a le même objet. Je rappelle l'importance de la profession d'orthoptiste. En effet, ces professionnels réalisent des actes de rééducation et de réadaptation, mais également des actes d'exploration de la vision. À l'heure où nos concitoyens rencontrent de plus en plus souvent des difficultés à voir correctement, en particulier à cause du temps passé devant les différents écrans, il est utile de préserver cette profession, et donc le quotidien des Français.

Les trois axes déjà cités – la communication visuelle, la saisie de l'information visuelle et l'organisation du geste visuo-guidée – doivent être insérés dans cet article.

Cette profession a montré son utilité depuis cinquante ans ; les neurosciences ont récemment confirmé son utilité. Il est donc indispensable de compléter la définition proposée par l'article.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. Le rapport Voynet, salué par tous, a permis d'atteindre un équilibre que je vous propose de ne pas remettre en cause. En outre, les précisions que vous demandez sont d'ordre réglementaire.

**M. Élie Aboud.** Lors de la précédente législature, j'avais déposé une proposition de loi qui avait suscité la colère de mes confrères ophtalmologues... Dans le domaine de la santé visuelle, les orthoptistes, les optométristes, les médecins doivent travailler ensemble. On ne peut pas opposer les professions les unes aux autres. Heureusement, les mentalités évoluent.

*La commission rejette les amendements identiques.*

*La commission adopte l'article 32 quater A sans modification.*

#### Article 32 quater B

(art. L. 4134-1, L. 4362-10, L. 4362-11 du code de la santé publique)

### **Modernisation du cadre d'exercice de l'activité d'opticien-lunetier**

Cet article a été introduit au Sénat en séance sur amendement du Gouvernement. Il allonge au-delà de trois ans le délai pendant lequel l'opticien-lunetier peut renouveler et adapter une prescription de lunettes. Ce délai pourrait être adapté selon l'âge ou l'état de santé du patient. En cas de modification de la vue significative, l'opticien doit systématiquement adresser un compte rendu d'intervention à l'ophtalmologiste.

En outre, cet article étend le principe de renouvellement et d'adaptation d'une correction optique par l'opticien aux lentilles correctrices et reconnaît aux opticiens-lunetiers une compétence en la matière. Ils pourront former les patients à la pose et à l'entretien des lentilles.

Par ailleurs, avancée attendue, la mesure de l'écart intra-pupillaire ne fera plus l'objet d'une mention obligatoire pour chaque nouvelle ordonnance du médecin. Cela permettra aux patients disposant déjà de cette mesure de ne pas être contraints de prendre rendez-vous chez l'ophtalmologiste pour se voir délivrer des verres correcteurs.

Enfin, une dérogation est introduite de façon à permettre à l'opticien-lunetier de délivrer un équipement de remplacement dans le cas où le porteur a perdu ou brisé ses verres correcteurs. Le Gouvernement y voit notamment une mesure ciblée au profit des « *touristes étrangers* ».

Les sénateurs ont adopté l'amendement du Gouvernement moyennant deux sous-amendements.

Le premier précise que seules les corrections optiques des lentilles de contact correctrices peuvent être changées par l'opticien lors d'un renouvellement. Le second rappelle la nécessité d'une prescription médicale avant l'enseignement de la pose des lentilles de contact.

La commission a adopté cet article moyennant un amendement de précision présenté par Mme Orliac.

\*

*La commission se saisit de l'amendement AS86 de M. Razzy Hammadi.*

**M. Razzy Hammadi.** L'inscription obligatoire de l'écart pupillaire sur l'ordonnance a été adoptée, avec le soutien du Gouvernement, en 2013, dans le cadre de la loi relative à la consommation. Elle est rentrée en vigueur en septembre 2014. L'écart pupillaire est une donnée sanitaire stable tout au long de la vie adulte ; elle n'évolue que chez les enfants. Elle intéresse donc le patient, à qui elle permet de renouveler ses lunettes facilement. Les ophtalmologues étaient tenus de la délivrer.

Mais ce projet de loi revient sur cette obligation, pourtant votée il y a dix-huit mois à peine, et par des députés de toutes les sensibilités politiques. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un ophtamologue sont importants, et les lunettes coûtent dans notre pays 30 % à 40 % de plus que la moyenne européenne. Je propose donc de rétablir l'obligation d'inscrire l'écart pupillaire sur l'ordonnance.

Sur la forme, il me semble aussi que nous avons, collectivement, un devoir de cohérence. Une disposition votée en 2013, toutes sensibilités politiques confondues, et entrée en application en 2014, peut-elle être annulée en 2015 ? Vraiment, il me semble indispensable de stabiliser notre législation.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je comprends votre argument. Néanmoins, force est de constater qu'à ce stade, cette mesure n'est pas réalisée, ou très mal réalisée, par les ophtalmologues.

**M. Razzy Hammadi.** Comment ça, très mal ?

**M. Jean-Patrick Gille.** Disons très peu fréquemment.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cette disposition n'est de toute façon pas indispensable, dans la mesure où les opticiens peuvent facilement s'en charger, y compris à distance.

Afin que le débat ait lieu en séance publique si vous le souhaitez, je vous propose donc de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**Mme Dominique Orliac.** Nos discussions tournent toujours, finalement, autour du même sujet : il faudrait organiser une véritable filière visuelle. Nous souhaitons que certaines tâches soient déléguées aux orthoptistes, voire aux opticiens – mais on sait que les optométristes font beaucoup de lobbying.

Mme la ministre de la santé avait lancé une expérimentation, qui s'est déroulée dans les Pays de la Loire. Le rapport rendu par Dominique Voynet est également très intéressant.



**Mme Bérengère Poletti.** C'est tout à fait vrai, mais je crois qu'il faut rester très prudent. Aujourd'hui, cela me paraît prématuré, en tout cas au niveau des parlementaires. Il faut continuer de confier certains dépistages – du glaucome, par exemple – aux médecins ophtalmologues. On ne peut pas se permettre de passer à côté de maladies aussi graves.

La délégation de compétences est souvent proposée ici et là, mais il revient, je crois, aux professionnels de s'emparer du sujet et de faire des propositions dans ce domaine. Gardons-nous de toute décision intempestive.

**Mme Valérie Boyer.** Je suis tout à fait convaincue par les propos de mes collègues. Il faut continuer de travailler sur ce sujet, avec tous les acteurs de la filière visuelle, mais rester très prudent : le diagnostic du médecin doit continuer de prévaloir. Nous pourrions commencer à y réfléchir d'ici à la séance publique.

**M. Razzy Hammadi.** Comment peut-on appeler à la précaution et au sérieux, et accepter que l'on en vienne, après des heures de débat, une commission mixte paritaire, l'avis de la commission des affaires sociales, et finalement l'adoption de cette mesure dans le cadre de la loi consommation et un décret d'application publié il y a quelques mois, à remettre en cause ladite mesure, du moins à repousser en commission l'amendement qui vise à la maintenir, au motif que l'on en discutera en séance ?

Par ailleurs, vous dites vous-même, monsieur le rapporteur, que l'inscription de l'écart pupillaire est un acte simple, que tout le monde peut effectuer. Si c'est tellement simple, pourquoi l'information n'est-elle pas délivrée ? Tout simplement parce que cela oblige les patients à aller chercher une nouvelle ordonnance – ce qui ne me paraît pas très responsable au regard de la situation de certains patients, qui doivent attendre plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous. Je retire cet amendement, mais franchement, monsieur le rapporteur, je trouve vos arguments très étonnants.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** C'est insupportable d'entendre des choses pareilles !

*L'amendement AS86 est retiré.*

*La commission est ensuite saisie de l'amendement AS159 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement vise à moderniser le champ de compétence des opticiens-lunetiers en établissant un diplôme d'état pour l'exercice de la profession, inscrit dans le cadre du système européen licence-master-doctorat.

Ce nouveau diplôme devra permettre au métier d'opticien de s'adapter aux évolutions sanitaires, sociales et technologiques pour une meilleure prise en charge des patients.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. En l'état actuel des choses, la profession d'opticien-lunetier peut être exercée par les titulaires d'un BTS de deux ans. Le fait de passer à une formation de trois ans constitue une évolution importante, qui à mon sens ne peut être imposée sans prendre l'avis des professionnels concernés ainsi que des ministères de l'éducation et de l'enseignement supérieur et de la recherche, auxquels revient la responsabilité de prendre éventuellement une décision par voie réglementaire.

**M. Élie Aboud.** Pour que la filière de l'optique puisse fonctionner correctement, il faut une entente entre les différents professionnels. Or aujourd'hui, ils sont les premiers à souhaiter l'évolution proposée, qui doit avoir pour effet de mieux connecter les maillons de la chaîne dont ils font partie.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS48 de Mme Joëlle Huillier.*

**Mme Joëlle Huillier.** L'amendement AS48 a pour objet d'améliorer le confort des utilisateurs de lentilles de contact. Aujourd'hui, les opticiens-lunetiers ne sont habilités qu'à modifier la correction optique des lentilles. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la restructuration de la filière visuelle, publié en septembre 2015, préconise pourtant d'élargir les compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes formés explicitement à cet effet, à l'apprentissage de la pose, de la dépose et de l'entretien des lentilles correctrices ainsi qu'à l'adaptation des lentilles, sur prescription, dans des conditions qui devront être précisées dans un guide de bonnes pratiques.

Mon amendement vise donc à élargir la délégation d'acte aux opticiens-lunetiers à l'adaptation du matériau et de la géométrie de la lentille de contact.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Ce serait aller un peu loin... Si nous sommes tous d'accord sur le fait que la filière visuelle doit évoluer, les lentilles de contact ne sont pas un produit comme les autres. Je ne doute pas de la capacité de la profession d'opticien-lunetier à les prescrire, mais en l'état actuel des choses, il me paraît préférable de laisser la responsabilité de cette décision à l'ophtalmologiste. Je vous invite à retirer cet amendement, et émettrai à défaut un avis défavorable.

**Mme Joëlle Huillier.** Dans la mesure où nous pouvons être assurés d'une révision générale de la filière visuelle, je retire mon amendement.

*L'amendement AS48 est retiré.*

*La commission est ensuite saisie de l'amendement AS78 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Comme le précédent, cet amendement propose un élargissement des compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes, conformément aux recommandations de l'IGAS.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS14 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** Il ne nous paraît pas logique de pouvoir renouveler des lentilles de contact sans contrôle médical, donc plus facilement que des lunettes, alors que les lentilles présentent justement des risques particuliers du fait de leur contact avec les yeux : infections, kératite, abcès, voire perte de l'œil. Mon amendement AS14 vise donc à introduire une modification de cohérence en ce sens.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je suis tout à fait convaincu de la pertinence de cet amendement. Avis favorable.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 32 quater B modifié.*

#### *Article 32 quater*

(art. L. 4231-4 et L. 4234-10 du code de la santé publique)

### **Composition du Conseil national de l'ordre des pharmaciens**

Cet article a été introduit par la commission des affaires sociales du Sénat. Il rétablit les dispositions relatives à la présence de représentants de l'État au sein du Conseil national de l'ordre des pharmaciens tout en remédiant à une inconstitutionnalité constatée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2014-457 QPC du 20 mars 2015 sur l'article L. 4231-4 du code de la santé publique.

Il prévoyait que le Conseil national de l'ordre des pharmaciens comprenait notamment un représentant du ministre chargé de la santé et un représentant du ministre chargé de l'outre-mer. Le Conseil constitutionnel a censuré cette disposition en considérant que la présence des représentants de l'État lorsque le Conseil statue en matière disciplinaire méconnaissait le principe d'indépendance de la justice, tout en précisant que cette abrogation ne prendrait effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Par conséquent, cet article rétablit l'essentiel des dispositions censurées tout en indiquant que les représentants de l'État ne siègent pas lorsque le Conseil

est appelé à statuer en matière disciplinaire. Ces dispositions entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

En séance, les sénateurs ont adopté cet article moyennant des modifications rédactionnelles.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission adopte l'article 32 quater sans modification.*

### Article 33

(art. L. 3511-10 [nouveau], L. 4151-4, L. 4311-1 et L. 4321-1 du code de la santé publique)

#### **Prescription de substituts nicotiques**

Cet article inscrit dans le code de la santé publique la possibilité de prescrire des substituts nicotiques pour certaines professions médicales et paramédicales (médecins du travail, sages-femmes pour les femmes enceintes, infirmiers). La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a ajouté à cette liste les chirurgiens-dentistes.

Le Sénat l'a étendue aux masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'aux sages-femmes pour la vaccination de l'entourage de la femme enceinte ou du nouveau-né, jusqu'aux deux mois suivant la naissance.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La commission se penche sur l'amendement AS263 de M. Gilles Lurton.*

**M. Bernard Perrut.** Cet amendement vise à supprimer la possibilité ouverte par l'article 33 aux médecins du travail de prescrire des substituts nicotiques. Cette évolution ne nous semble pas opportune. Les médecins du travail, dont le nombre est insuffisant au regard de leur charge de travail, doivent se recentrer sur la surveillance de la santé des salariés au travail.

Par ailleurs, la médecine du travail, financée uniquement par les employeurs, s'inscrit dans une démarche exclusive de prévention et non de prescription : il ne revient pas aux entreprises de financer les activités des médecins du travail en matière de prescription des substituts nicotiques – et qui sait, demain, d'autres prescriptions ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Nous sommes ici à la limite entre la prévention et le soin... J'estime que les médecins du travail, qui sont avant tout des médecins, et voient parmi les salariés qu'ils examinent le même pourcentage de fumeurs qu'au sein de la population française – environ 30 % – seraient bien

inspirés de leur prescrire des substituts nicotiques, afin de les aider à se libérer du tabac. Je suis donc défavorable à cet amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 33 sans modification.*

#### Article 33 bis

### Consultation d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes

Inscrit par l'Assemblée nationale sur proposition du rapporteur, cet article autorise, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés destinés à toute femme enceinte consommant régulièrement des produits du tabac.

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré que l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes doit relever des personnels en charge du suivi de la grossesse. Elle a donc adopté un amendement de suppression de l'article.

Le rapporteur regrette cette décision.

Les conséquences de la consommation du tabac en France sont dramatiques et les femmes enceintes méritent un accompagnement renforcé. Le fait de leur proposer un accompagnement spécialisé ne remet pas en cause le travail des équipes en charge du suivi de la grossesse, il le complète.

La commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*

*La commission examine l'amendement AS91 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement AS91 vise à rétablir l'article 33 bis adopté par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative de Jean-Louis Touraine, prévoyant la mise en place à titre expérimental, dans des régions pilotes, d'une consultation systématique et d'un suivi des femmes enceintes consommant des produits du tabac et souhaitant bénéficier de ces mesures.

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 33 bis est ainsi rétabli.*

### Article 34

(art. L. 6143-7, L. 6146-3 [nouveau], L. 6152-1-1 [nouveau] et L. 6152-6 du code de la santé publique et art. L. 1251-60 du code du travail)

## **Encadrement du recours à l'intérim médical à l'hôpital**

Cet article vise à encadrer le recours à l'intérim médical à l'hôpital.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article vise tout d'abord à limiter le coût de l'intérim médical pour les hôpitaux ayant recours aux agences d'intérim. Il prévoit que le montant journalier des dépenses relatives à l'engagement d'un praticien hospitalier ne peut excéder un plafond fixé par voie réglementaire.

Il institue par ailleurs un corps de praticiens volontaires autorisés à accomplir des missions d'intérim. Recrutés sur la base du volontariat et placés auprès du centre national de gestion (CNG), ces personnels ne relèveront pas du pouvoir de nomination du directeur de l'établissement. L'article modifie en conséquence les pouvoirs du directeur de l'établissement public de santé.

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article dans la rédaction issue du Sénat moyennant une précision rédactionnelle portant sur la vérification de l'autorisation d'exercice des praticiens intérimaires par la société d'intérim.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS32 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** La dernière phrase de l'alinéa 5 de l'article 34 met à la charge des établissements publics de santé le contrôle du respect des conditions légales d'exercice des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques recrutés en mission de travail temporaire. Or cette vérification relève de la responsabilité de l'employeur, qui est en l'occurrence l'agence d'intérim, et non de l'établissement dans lequel est effectuée la mission. C'est pourquoi il est proposé de remplacer cette phrase par une nouvelle rédaction plus appropriée.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 34 **modifié**.*

*Article 34 bis AA*

(loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986)

**Élargissement des clauses de résiliation de plein droit à l'initiative du bailleur au logement du personnel des établissements publics de santé**

Cet amendement, adopté par le Sénat à l'initiative du Gouvernement, vise à augmenter le nombre de logements à disposition du personnel des établissements publics de santé de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), des Hospices civils de Lyon (HCL) et de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM), à travers un passage en revue des différents baux.

**1. Le dispositif adopté par le Sénat**

L'octroi des logements est réparti entre des attributions de biens relevant du domaine public et des attributions relevant du domaine privé soit en gestion directe soit par l'intermédiaire de bailleurs (notamment baux emphytéotiques). Dans le cas particulier des baux emphytéotiques, les établissements de santé ont la possibilité de reprendre en gestion directe les logements lorsque les baux arrivent à échéance. Cela étant, ils ne peuvent récupérer les logements au bénéfice de leurs personnels qu'à échéance du bail des locataires.

Or, il apparaît que les besoins en logements sont importants. Pour la seule AP-HP, le nombre d'agents demandant chaque année à bénéficier d'un logement s'élève à environ 2 500. Or, dans le même temps, 2 600 logements, sur les 8 300 du parc privé de l'AP-HP, sont occupés par des personnes qui ne travaillent pas à l'AP-HP. Les logements ont pu être attribués initialement à des agents de l'AP-HP et conservés par eux alors même qu'ils quittent l'AP-HP. Cette situation, dommageable, réduit à due concurrence le nombre de logements disponibles.

Cet article concerne les logements gérés directement par l'AP-HP, les HCL et l'AP-HM (près de 2 800 pour la seule AP-HP) ainsi que les logements qui pourront à terme ressortir de la gestion directe de ces établissements publics au fur et à mesure de l'échéance des baux emphytéotiques.

Les dispositions proposées insèrent dans la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 un nouvel article 14-2.

Le I vise à élargir les clauses de résiliation de plein droit à l'initiative du bailleur au logement du personnel des établissements publics de santé dans le cadre d'un bail civil avec clause de fonction.

La résiliation de plein droit est assortie de garanties :

- le préavis est de six mois ;
- la décision portant résiliation doit être dûment motivée ;

– la notification de la décision doit préciser les fonctions de la personne à laquelle il est envisagé d’attribuer le logement.

Par ailleurs, la personne à laquelle il est envisagé d’attribuer le logement devra avoir fait au préalable une demande de logement et figurer sur une liste tenue par l’établissement.

Le I dispose enfin que si le logement n’est pas attribué à un agent figurant sur la liste tenue par l’établissement, l’ancien occupant pourra, sur simple demande, obtenir un nouveau contrat de location pour une durée de six ans.

Le II dispose que les nouvelles dispositions sont applicables aux contrats en cours. Plusieurs conditions sont toutefois ajoutées :

- le préavis est porté à 8 mois ;
- non-application aux locataires âgés de plus de soixante-cinq ans et dont les ressources annuelles sont inférieures au plafond de ressources en vigueur pour l’attribution des logements locatifs conventionnés.

## **2. La position de la commission**

Cet article soulève une question importante : est-il possible de résilier de plein droit un contrat de location avant l’issue du bail ? Cette question est difficile à trancher.

La remise en question des conventions conclues doit répondre à un motif d’intérêt général suffisant et son atteinte doit être limitée. Les éléments à la disposition du rapporteur ne lui permettent pas d’avoir une réponse tranchée.

Dans l’attente de précisions qu’apportera le Gouvernement en séance publique, la commission a adopté cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l’article 34 bis AA sans modification.*

### *Article 34 ter A*

(art. L. 5125-21 du code de la santé publique)

### **Remplacement d’un titulaire d’officine**

Cet article, inséré par la commission des affaires sociales du Sénat, porte à deux ans le délai maximal pendant lequel le titulaire d’une pharmacie d’officine peut se faire remplacer.

Aux termes de l’article L. 5125-21 du code de la santé publique, une officine ne peut rester ouverte en l’absence de son titulaire que si celui-ci s’est fait



régulièrement remplacer. Il dispose en outre que la durée légale d'un remplacement ne peut, en aucun cas, dépasser un an.

Cet article apporte une dérogation à cette règle en autorisant le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à renouveler une fois cette durée d'un an, pour des raisons de santé. La durée maximale remplacement d'un titulaire d'officine est ainsi portée à deux ans.

La commission a adopté cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 34 ter A sans modification.*

### CHAPITRE III

## **Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage des médicaments et la sécurité des soins**

### *Article 35*

(art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale)

### **Information des professionnels sur l'état des connaissances scientifiques**

Cet article confie à la Haute Autorité de santé (HAS) des missions nouvelles d'élaboration de fiches de bon usage des médicaments, de guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que de listes de médicaments à utiliser préférentiellement.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification.

En séance publique, le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement deux amendements prévoyant :

– le renvoi à un décret Conseil d'État de la définition des modalités d'élaboration et de validation des guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que de listes de médicaments à utiliser préférentiellement par la HAS ;

– la publication par arrêté du ministre chargé de la santé de ces listes.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission a adopté cet article moyennant la suppression des dispositions introduites en séance publique au Sénat : elles n'apportent aucune garantie nouvelle et alourdissent inutilement les procédures.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS92 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Sans modifier sur le fond le dispositif prévu à l'article 35, le Sénat y avait adjoint des mesures complexes de validation des documents par voie réglementaire. Nous proposons de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, afin de laisser la Haute Autorité de santé faire ce qu'elle sait faire : son métier...

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 35 est ainsi rétabli.*

#### Article 35 bis A

(art. L. 1142-30 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Prescription d'activités physiques adaptées**

Inscrit par l'Assemblée nationale en séance publique, cet article prévoit la possibilité de prescrire des activités physiques adaptées aux patients et les lieux où elles sont dispensées.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de suppression de cet article, considérant que les médecins prescrivent déjà des activités physiques. Elle s'est interrogée « sur l'apport réel de cet article par rapport à la situation existante et sur les éléments de complexité qu'il est susceptible d'introduire ». Le rapporteur regrette cette suppression. Il considère au contraire que préciser le cadre législatif permettra d'accroître la prescription d'activités sportive, en incitant notamment les mutuelles à soutenir davantage ces initiatives.

La commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS40 de Mme Valérie Fourneyron.*

**Mme Valérie Fourneyron.** L'article 35 bis A vise à inscrire pour la première fois dans une loi santé la place de l'activité physique et sportive pour les patients atteints d'une affection longue durée (ALD). Cet article, voté à une très large majorité en première lecture – vingt-quatre voix sur vingt-cinq présents – a été supprimé au Sénat à l'issue d'un vote par assis-debout à une voix près. Je rappelle que, selon l'Organisation mondiale de la santé, la première cause de mortalité évitable est constituée par les maladies liées à la sédentarité ; que, dès 2011, la Haute Autorité de santé a rappelé combien la France avait de retard en matière de thérapeutiques non médicamenteuses ; qu'aujourd'hui, enfin, toutes les études scientifiques, nationales et internationales, montrent qu'il est possible de réduire la consommation de médicaments et de faire baisser le taux de récurrence

sur les cancers du sein, de la prostate et du côlon – et du coup de réaliser des économies de soins – grâce à la pratique d’une activité physique encadrée.

Nous proposons donc d’inscrire dans la loi ce qui est en plein développement sur le terrain et mis en œuvre tous les jours par les professionnels des réseaux de soin et des centres de cancérologie, par les formateurs CAMI Sport et Cancer et par les éducateurs sportifs formés à l’activité physique adaptée. Cela donnera un cadre pérenne à la prescription d’activités physiques par le médecin traitant et permettra de reconnaître la qualification des acteurs concernés – car il ne faut évidemment pas faire n’importe quoi. Ainsi, nous inciterons encore davantage de médecins à prescrire l’activité physique.

Une étude réalisée par l’IFOP auprès des médecins généralistes montre que ceux-ci sont tout à fait favorables à la prescription d’activités physiques et sportives, reconnues du reste par un nombre croissant de mutuelles. Enfin, j’ai participé au cours des dernières semaines à plusieurs colloques avec des collègues de droite comme de gauche, où nous avons pu constater une réelle mobilisation autour de cette mesure.

**M. Régis Juanico.** Nous souhaitons effectivement voir rétablir l’article 35 *bis* A, issu d’un amendement déposé par Valérie Fourneyron, Brigitte Bourguignon, Pascal Deguilhem et moi-même et adopté en première lecture à l’Assemblée. L’objet était de permettre aux médecins de prescrire par ordonnance une activité physique adaptée dans le cadre d’un parcours de soins des patients atteints d’une ALD.

Comme vient de le dire Valérie Fourneyron, des études scientifiques ont mis en évidence les bienfaits de l’activité physique adaptée, en particulier dans le traitement du cancer du sein, où cette activité contrebalance la toxicité du traitement principal, réduit la fatigue qui en résulte, améliore la résistance à la maladie et accroît de près de 50 % l’espérance de survie – ce taux atteint même 50 % à 60 % pour les cancers du côlon et de la prostate.

De nombreuses initiatives sont en cours sur le terrain ; il s’agit maintenant de leur donner un cadre législatif. Institutionnaliser le sport santé, le sport sur ordonnance, prescrire le footing plutôt que les statines, c’est une mesure plébiscitée par nos concitoyens et un moyen pour la sécurité sociale de réaliser des économies. Ainsi, le fait pour un diabétique de pratiquer une activité physique permet aujourd’hui de réduire de 50 % le coût total de ses soins de santé. Pour toutes ces raisons, mes chers collègues, je vous invite à adopter l’amendement AS40.

**Mme Bérengère Poletti.** Je soutiens pleinement cet amendement et j’ai même du mal à imaginer quels arguments on pourrait lui opposer. En matière de prévention comme de traitement, la prescription d’une activité physique constitue à mon sens une réponse adaptée aux exigences de la vie moderne. On a même découvert que certaines pathologies pouvaient trouver une solution dans la pratique de sports tout à fait particuliers : une expérimentation qui vient d’être

menée dans mon département sur le traitement du cancer du sein a montré que la pratique de l'escrime donnait des résultats remarquables. Quant aux malades, ils ont manifesté leur totale adhésion à cette démarche lancée par l'Agence régionale de santé. Une telle mesure doit donc être encouragée et nous devons d'ores et déjà réfléchir aux moyens d'élargir son champ d'application.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Je suis moi aussi persuadé que nous avons tout intérêt à adopter cette mesure et même à aller plus loin en reconnaissant davantage le rôle du sport en matière de prévention. Il s'agit pour l'heure d'institutionnaliser la pratique de l'activité physique en complément du traitement administré dans le cadre d'une ALD. La France est en retard en termes de reconnaissance des pratiques complémentaires à la médecine proprement dites et pourtant fondamentales. Certains pays, notamment le Canada, obtiennent de bien meilleurs résultats que nous en termes de prise en charge de certaines ALD – en particulier le cancer et les maladies cardiovasculaires. Nous devons sortir d'une pratique de la médecine exclusivement basée sur le médicament, pour évoluer vers une vision et une prise en charge plus globales de l'individu.

Enfin, mes chers collègues, saisissons l'occasion de montrer que l'Assemblée nationale est plus sportive que le Sénat ! (*Sourires.*)

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Cela ne devrait pas être difficile ! (*Sourires.*)

**M. Jean-Pierre Door.** J'avais voté pour l'adoption de cette mesure en première lecture, et je suis évidemment resté favorable au principe de prescrire des activités physiques. Dans le cadre de mes fonctions de cardiologue, j'ai très souvent conseillé la pratique d'une activité physique plutôt que la prise de médicaments, surtout pour les patients en phase post-opératoire.

Une remarque cependant : le remboursement des activités physiques prescrites n'est pas envisagé pour le moment ; à mon sens il ne saurait l'être que si les masseurs-kinésithérapeutes étaient intégrés à la démarche, auquel cas le remboursement deviendrait nécessaire.

**Mme Michèle Delaunay.** L'exercice d'une activité physique est aussi extrêmement efficace en matière de prévention ; cela a été scientifiquement démontré dans la prévention du vieillissement et le retour à l'autonomie de personnes en état de fragilité. Puisqu'il nous est souvent demandé de faire preuve d'innovation, sachons saisir l'occasion qui nous est donnée de permettre à la médecine de prendre un grand tournant.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'article 35 *bis* A répond à la grande cohérence qui caractérise ce projet de loi. Ainsi, l'article 1<sup>er</sup> affirme l'importance de la pratique des activités physiques et sportives dans le cadre de la lutte contre la sédentarité. La création de l'Agence nationale de santé publique, à l'image de l'Institut national de santé publique du Québec, constitue également un élément important. La mesure qui est ici proposée va dans le même sens et constitue

l'aboutissement des expériences très concluantes qui ont été menées, notamment le dispositif « Sport santé sur ordonnance » mis en œuvre à Strasbourg. Je suis donc très favorable à cet amendement, étant toutefois précisé à M. Juanico qu'il ne me paraît pas justifié d'opposer forcément le footing aux statines : les deux peuvent être nécessaires...

**M. Bernard Accoyer.** Franchement, ces dispositions ne relèvent pas de la loi, mais d'une politique de santé... Nous mettons désormais dans la loi n'importe quoi !

**Mme Michèle Delaunay.** Ah, il fallait qu'il trouve quelque chose ! Vous êtes bien le seul à défendre la conception d'une médecine soviétique !

**Mme Valérie Fourneyron.** En adoptant, comme je l'espère, cet amendement, notre assemblée reconnaîtra la place de l'activité physique dans une politique de santé publique moderne, comme cela avait déjà été le cas à l'article 1<sup>er</sup>. De nombreux patients atteints d'une ALD bénéficient déjà, dans le cadre du réseau « Sport, santé, bien-être », d'une prise en charge de plus en plus importante par les mutuelles et des complémentaires santé des activités physiques qu'ils pratiquent.

Aujourd'hui, il était nécessaire d'inscrire dans la loi et de rendre ainsi pérenne ce qui est pratiqué sur le terrain, afin de permettre une véritable qualification des acteurs concernés. Des accords sont en train de se conclure en ce sens entre les facultés de médecine et les facultés proposant des formations aux sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS). Enfin, j'invite notre collègue Bernard Accoyer à se pencher sur l'étude réalisée par l'IFOP auprès de 600 médecins : ils ont tous répondu que l'inscription de ce dispositif dans la loi les inciterait à prescrire des activités physiques plutôt qu'à seulement les conseiller, ce qui est très différent.

**Mme Michèle Delaunay.** Très bien !

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 35 bis A est ainsi rétabli.*

#### *Article 35 quater*

(art. L. 5311-1, L. 5232-4 du code de la santé publique)

#### **Logiciels d'aide à la prescription médicale et d'aide à la dispensation officinale**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, complète les missions de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de certification des logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation officinale.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement prévoyant en complément de donner compétence à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur les logiciels d'aide à la prescription et les logiciels d'aide à la dispensation officinale. Il arrive en effet que des dysfonctionnements soient signalés, tels que la non-détection de contre-indications ou encore des erreurs de doses. L'ANSM pourra organiser le circuit de vigilance, investiguer sur les incidents qui lui sont signalés et prendre les mesures de police nécessaires.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 35 quater sans modification.*

*Article 35 quinquies*  
(art. L. 5121-1-2 du code de la santé publique)

**Assortir la prescription des médicaments biologiques en dénomination commune internationale de leurs noms de marque ou de fantaisie**

Cet article a été inséré par le Sénat en séance publique. Il prévoit d'assortir la prescription des médicaments biologiques en dénomination commune internationale (DCI), recommandée par l'organisation mondiale de la santé, des noms de marque ou de fantaisie.

L'article L. 5121-1-2 du code de la santé publique prévoit que la prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés en DCI ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée européenne ou française.

Toutefois, pour les patients transfrontaliers traités par des médicaments biologiques, des médicaments immunologiques, des médicaments dérivés du sang et les médicaments de thérapie innovante, la prescription en dénomination commune internationale peut être assortie du nom de marque ou du nom de fantaisie du traitement.

Cet article étend ce dispositif à l'ensemble des prescriptions de médicaments biologiques et à l'ensemble des assurés. Les dispositions qu'il propose d'introduire constituent une dérogation par rapport aux a et d du 1 de l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi qu'au règlement (CE) n° 726/2004.

Le Gouvernement a émis un avis de sagesse. Cette disposition s'inscrit dans une démarche d'harmonisation et de sécurisation de la prescription de médicaments biologiques. Elle permet de faciliter l'identification par le patient du médicament prescrit.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 35 quinquies sans modification.*

*Article 35 sexies*

(art. L. 162-13-4 du code de la sécurité sociale)

**Assouplissement du cadre d'exercice des actes médicaux  
par les médecins biologistes**

Cet article a été ajouté par le Sénat en séance publique. Il abroge l'article L. 162-12-4 du code de la sécurité sociale. Introduit par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, cet article interdit aux biologistes de réaliser dans leur laboratoire d'autres actes que ceux directement liés aux examens. Les intéressés mettent en avant des difficultés pratiques, notamment afin d'organiser les consultations en procréation médicalement assistée (PMA). Il est en effet composé d'un article unique qui prévoit qu'« *aucun acte technique médical, à l'exception de ceux directement liés à l'exercice de la biologie médicale, ni aucune consultation ne peuvent être facturés au sein d'un laboratoire de biologie médicale.* »

Le Gouvernement a émis un avis défavorable à l'adoption de cet amendement. Il a fait valoir qu'il modifierait significativement l'équilibre atteint par l'ordonnance et ouvrirait un débat plus vaste qui ne trouvait pas nécessairement sa place dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

La commission a adopté cet article moyennant un amendement d'équilibre prévoyant qu'aucun acte technique médical ni aucune consultation, à l'exception de ceux directement liés à l'exercice de la biologie médicale, ne peuvent être facturés au sein d'un laboratoire de biologie médicale.

\*

*La Commission examine l'amendement AS97 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, suppléant de M. Jean-Louis Touraine, rapporteur pour le titre III.** Les laboratoires de biologie médicale n'ont pas vocation à facturer des prestations médicales ne relevant pas de la biologie médicale, ce que permet pourtant la formulation de l'article 35 *sexies* adoptée par le Sénat. Je vous propose donc de revenir au droit existant.

**M. Arnaud Robinet.** Nous travaillons actuellement avec Jean-Louis Touraine sur l'application de la loi du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. Il me semblerait opportun d'attendre les conclusions de cette mission avant de légiférer dans ce domaine.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je comprends votre position, monsieur Robinet, mais, si l'on ne modifie pas le texte du Sénat, les laboratoires pourront facturer toute sorte de consultations, ce que nous ne souhaitons pas.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 35 sexies modifié.*

#### *Article 36*

(art. L. 5111-4 [nouveau], L. 5121-29 à L. 5121-34 [nouveaux], L. 5124-6, L. 5124-17-2, L. 5124-17-3 [nouveau], L. 5126-4 et L. 5423-8 du code de la santé publique)

#### **Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de produits de santé**

Cet article précise les obligations des titulaires d'autorisation de mise sur le marché afin de lutter contre les ruptures d'approvisionnement.

L'Assemblée nationale a apporté à cet article des modifications rédactionnelles.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement qui précise les obligations des exploitants des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur vis-à-vis des grossistes-répartiteurs.

En séance, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement visant à renforcer la lutte contre les ruptures de vaccins. Il a inséré un alinéa qui soumet expressément certains vaccins, dont la liste sera fixée par arrêté, à l'élaboration d'un plan de gestion des pénuries.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 36 sans modification.*

#### *Article 36 bis A*

(art. L. 5442-10 du code de la santé publique)

#### **Sanction des infractions en matière de prescription de médicaments vétérinaires**

Cet article a été introduit en séance publique au Sénat. Il clarifie la rédaction de la disposition pénale prévoyant et réprimant le fait de ne pas respecter les dispositions du code de la santé publique lors de la prescription de médicaments vétérinaires.

Est visé le fait pour une personne de prescrire des médicaments vétérinaires à des animaux :

– auxquels elle ne donne pas personnellement des soins ;



– alors que la surveillance sanitaire des animaux et leur suivi régulier ne lui sont pas confiés ;

– sans rédiger une ordonnance dans les cas et selon les modalités prévues par le code ;

– sans respecter les restrictions de prescription prévues par la loi.

La sanction encourue est prévue au premier alinéa de l'article L. 5442-10, à savoir « *deux ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende* ».

Le Gouvernement a émis un avis favorable à l'adoption de cette disposition de clarification.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 36 bis A sans modification.*

#### Article 36 ter

(art. L. 5214-1 du code de la santé publique)

### **Aménagement de l'interdiction des tubulures comportant du diphtalate**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, aménage l'interdiction de diphtalate dans les tubulures en prévoyant que cette interdiction n'est valable que pour une concentration supérieure à un niveau fixé par arrêté. Le di(2-éthylhexyl) phtalate, ou DEHP, est en effet considéré comme une substance reprotoxique, c'est-à-dire pouvant entraîner des risques de stérilité.

Un certain nombre de dispositifs utilisés en chirurgie cardiaque ou pour des dialyses utilisent cependant du DEHP, sans que les fabricants de ces dispositifs aient pour le moment trouvé le moyen de le remplacer.

Il est donc nécessaire de préciser que l'interdiction n'est valable qu'à une concentration supérieure à un niveau fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, afin de ne pas empêcher la fabrication de ces tubulures.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification. En séance, les sénateurs ont adopté un amendement du Gouvernement prévoyant que l'arrêté distinguera non pas un mais plusieurs niveaux de concentrations en DHP afin de prendre en « *compte des efforts de substitution accomplis pour d'autres catégories de tubulures* ».

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission étudie l'amendement AS161 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Cet amendement propose de supprimer l'article 36 *ter* qui contredit la loi du 24 décembre 2012 visant à la suspension de la fabrication, de l'importation, de l'exportation et de la mise sur le marché de tout conditionnement à vocation alimentaire contenant du bisphénol A, dite loi Bapt. Cet article, issu d'un amendement adopté lors de l'examen du texte en première lecture par l'Assemblée nationale, assouplit l'interdiction d'utilisation de tubulures contenant des phtalates dans les maternités, et les services de pédiatrie et de néonatalogie. Les fabricants de ces matériaux ont mis en avant les difficultés de substitution des dispositifs médicaux concernés. Le texte initial prévoyait qu'un délai soit accordé aux producteurs, mais la rédaction actuelle instaure un seuil minimal en dessous duquel la présence de phtalate serait tolérée, alors que la loi ne contient aucune disposition de ce genre. En outre, cette mesure, qui doit avoir été prise à la suite d'un fort lobbying, concerne les nouveau-nés, qui constituent le public le plus vulnérable.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** J'émet un avis défavorable à l'adoption de votre amendement, monsieur Roumégas, et souhaite que nous en restions à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, approuvée par Gérard Bapt. Il convient d'accepter de fixer des niveaux de concentration de phtalates, dont la littérature reconnaît en effet la dangerosité, car on ne sait pas se passer des tubulures existantes dans certains domaines, comme celui de la chirurgie cardiaque.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Je maintiens mon amendement, car votre réponse, Monsieur le rapporteur, se fonde sur des assertions erronées. Comment peut-on justifier la présence d'un seuil minimal de phtalates pour les tubulures dans la chirurgie de nouveau-nés, alors que la loi Bapt a refusé d'en créer pour les boîtes de conserve ? Un peu de cohérence, s'il vous plaît !

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 36 *ter* sans modification.*

#### Article 36 quater

(art. L. 6316-2 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Charte de téléradiologie**

Inséré par la commission des affaires sociales du Sénat, cet article prévoit un encadrement des actes de téléradiologie par voie réglementaire. Il crée un article L. 6316-2 nouveau du code de la santé publique. Les sénateurs ont souhaité intégrer dans un décret les principes prévus par la charte de téléradiologie, qui a été définie par le conseil professionnel de radiologie et validée par le conseil national de l'ordre des médecins.

En séance, le Sénat a adopté cet article sans modification.

La commission a adopté cet article sans modification.

*La Commission adopte l'article 36 quater sans modification.*

CHAPITRE IV  
**Développer la recherche et l'innovation en santé  
au service des usagers**

*Article 37*

(art. L. 1121-13-1 [nouveau], L. 2151-5, L. 4211-9-1, L. 4211-9-2 [nouveau], L. 5121-1 et L. 6316-1 du code de la santé publique)

**Mise en œuvre au sein des établissements de santé de recherches cliniques  
industrielles et autorisation de fabrication de médicaments de thérapie  
innovante préparés ponctuellement**

Cet article étend le contrat unique de recherche aux établissements privés, autorise la recherche biomédicale sur des gamètes destinés à constituer un embryon et modifie des dispositions constituant un frein au développement de la recherche biomédicale.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

● Cet article vise tout d'abord à mettre en œuvre la mesure n° 19 du contrat stratégique de filière signé le 5 juillet 2013 entre le Gouvernement et les industries de santé. Celui-ci qui prévoit de « *simplifier et accélérer la mise en place des essais cliniques à promotion industrielle dans les établissements de santé en mettant en place une convention unique intégrant les honoraires investigateurs et augmenter le nombre d'essais cliniques proposés à la France* ».

Le principal apport du dispositif consiste en la mise en place d'une convention unique destinée à la prise en charge des frais et des surcoûts liés à une recherche réalisée dans un ou plusieurs établissements de santé. Aujourd'hui, une telle convention type existe mais elle ne concerne que les établissements publics de santé. Cet article permet en effet d'en généraliser l'usage à tous les établissements privés et publics.

● Cet article complète la législation pour permettre, dans le cas des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTI-PP), que les établissements ou organismes autorisés par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), réalisent les importations et exportations dans le cadre de recherches biomédicales. Les dispositions législatives actuelles ne prévoient pas que les établissements autorisés à préparer et conserver les MTI-PP puissent également les importer et les exporter notamment dans le cadre de recherches biomédicales. Cette situation se révèle être un frein à l'innovation et à la recherche en France dans la mesure où les

chercheurs français ne peuvent pas participer à des essais cliniques multicentriques européens ou internationaux.

- Cet article a été doublement modifié à l'initiative du Gouvernement.

La commission a en effet complété l'article afin de permettre aux établissements de santé de préparer, dans le cadre des recherches biomédicales, des médicaments de thérapie innovante (MTI) lorsque ces derniers sont destinés à être mis sur le marché dans les États membres. Il s'agit, pour les établissements déjà titulaires d'une autorisation d'unité de thérapie cellulaire, de solliciter une autorisation complémentaire de l'ANSM, pour produire des MTI dans le cadre de recherches biomédicales.

La loi du 22 mars 2011<sup>(1)</sup>, qui a étendu la possibilité d'être un établissement pharmaceutique, jusqu'alors réservée aux entreprises privées, aux organismes à but non-lucratif et aux établissements publics pour certains médicaments, avait exclu les établissements de santé de son champ d'application. L'interdiction actuellement faite aux établissements de santé constitue un frein et un désavantage comparatif pour la recherche française.

L'Assemblée a enfin adopté en séance publique un amendement autorisant « *les recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation* » sur « *des gamètes destinées à constituer un embryon ou sur l'embryon in vitro avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent* ». Cette disposition est introduite à la demande du conseil d'État en raison d'un vide juridique afin que les recherches en assistance médicale à la procréation puissent être poursuivies avec les garanties existantes en matière de recherche biomédicale.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

- Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales a adopté un amendement modifiant cet article sur plusieurs points :

– s'agissant du contrat unique de recherche, la commission a entendu supprimer la précision selon laquelle les médicaments expérimentaux sont fournis gratuitement par le promoteur, estimant que cette disposition n'est pas utile et suscitait trop de craintes ;

– la commission a également souhaité préciser que l'investigateur est partie à la convention et, d'autre part, que la convention peut être signée par le représentant d'une structure de coopération, lorsqu'elle regroupe les établissements de santé participant à la recherche ;

---

(1) Loi n° 2011-302 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques.

– s’agissant des dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinés à devenir un embryon, la commission a entendu les supprimer estimant que de telles modifications relevaient de la révision des lois de bioéthique.

La commission a enfin intégré l’activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémedecine.

● Les sénateurs sont revenus en séance publique sur les dispositions adoptées en commission à l’initiative du Gouvernement.

Il est tout d’abord réaffirmé que la mesure concerne bien la recherche à finalité commerciale et non la recherche à finalité non commerciale (institutionnelle et académique). La nouvelle rédaction rétablit la précision selon laquelle les médicaments expérimentaux sont fournis gratuitement par le promoteur.

Le Sénat n’a pas souhaité maintenir le principe de la signature de la convention de coopération par l’instigateur mais a précisé qu’elle pouvait être signée, le cas échéant, par le représentant légal de la structure destinataire des intéressements versés par le promoteur.

L’article précise désormais que tous les coûts liés à la recherche, en plus des seuls surcoûts, sont pris en charge par le promoteur industriel.

Enfin, l’article prévoit que la convention liant l’établissement à l’industriel pour un projet de recherche donné soit, une fois conclue, transmise à l’ordre des médecins afin que celui-ci conserve une connaissance fine des activités de recherche à promotion industrielle menées par les médecins des établissements de santé et qu’il puisse, le cas échéant, exercer sa mission de garant de la déontologie.

### **3. La position de la commission**

Les modifications apportées par le Sénat ne sont pas toutes opportunes. La commission est donc revenue sur deux d’entre elles :

– l’intégration de l’activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémedecine. Il doit être rappelé que la télémedecine est bien la réalisation d’un acte médical à distance et ne saurait se confondre avec des activités de téléconseil personnalisé.

– s’agissant des dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinés à devenir un embryon, le vide juridique actuel est source de contentieux. La disposition adoptée par l’Assemblée nationale puis supprimée par le Sénat doit être rétablie.

Sur la convention unique, la commission a fait évoluer la rédaction en prévoyant notamment :

– que lorsqu’une recherche à finalité commerciale donne lieu à versement d’un intéressement collectif à un établissement de santé ou à une structure qui lui est liée, les patients participant à la recherche en sont informés ;

– qu’elle est ouverte aux maisons et aux centres de santé pluri-professionnels dans les mêmes conditions qu’aux établissements de santé ;

– que s’applique l’obligation de respect des droits des patients ;

– que les investigateurs puissent viser la convention.

\*

*La Commission est saisie de l’amendement AS340 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement prévoit que, lorsqu’une recherche à finalité commerciale donne lieu au versement d’un intéressement collectif à un établissement de santé ou à une structure qui lui est liée, les patients participant à la recherche doivent en être informés.

*La Commission adopte l’amendement.*

*Puis elle en vient à l’amendement ASI49 de M. Rémi Delatte.*

**M. Bernard Perrut.** La notion de « recherche à finalité commerciale » renvoie aux dispositions de la loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite loi Jardé, qui ne définit que les recherches à finalité non commerciale.

Cette loi pose, pour les recherches interventionnelles, l’obligation de fourniture gratuite des médicaments expérimentaux pendant la durée de la recherche et, le cas échéant, des dispositifs utilisés pour les administrer.

Afin que la disposition de l’alinéa 2 de l’article 37 soit intelligible et cohérente avec la loi Jardé, il conviendrait qu’elle fasse explicitement référence aux recherches interventionnelles.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. Le remplacement du terme « commercial » par « interventionnel » ne me semble pas heureux, car il étend le champ du texte en incluant la recherche à promotion académique, alors que la convention unique vise spécifiquement la recherche à promotion industrielle. En outre, il exclut les recherches observationnelles, qui concernent l’organisation d’un parcours de soins ressortissant de la catégorie des recherches non intentionnelles.

*La Commission rejette l’amendement.*

*Puis elle aborde l’amendement AS341 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cette nouvelle rédaction de l'article permettrait aux maisons et aux centres de santé de devenir des structures d'expérimentation.

*La Commission adopte l'amendement.*

*L'amendement AS150 de M. Rémi Delatte tombe.*

*Puis la Commission examine l'amendement AS342 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Le Conseil d'État, saisi du projet de décret d'application de la loi du 6 août 2013, a estimé que les dispositions législatives existantes en matière de recherche biomédicale ne pouvaient, à elles seules, servir de base légale au dispositif réglementaire de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Il a considéré que les recherches de cette nature devaient être expressément prévues par le législateur.

**M. Arnaud Robinet.** Cet amendement modifie substantiellement le régime juridique de l'autorisation de la recherche sur l'embryon. Les dispositions de la loi bioéthique sur ce sujet ayant fait l'objet de très longs débats, votre amendement, monsieur le rapporteur, n'a absolument pas sa place dans le présent texte, et le Sénat a eu raison d'exclure une telle disposition.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Si cet amendement n'était pas adopté, il faudrait mettre un terme à un programme de recherche mené à l'hôpital Cochin visant à développer une technique de neutralisation des enzymes responsables de la destruction de certains spermatozoïdes. Une telle technique, qui améliore la fécondation *in vitro* (FIV), est appliquée partout en Europe, sauf en France.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle étudie l'amendement AS53 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** Défendu.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. Le développement des thérapies innovantes représente un enjeu majeur, et l'accès de tous les patients aux médicaments de thérapie innovante (MTI) constitue une priorité. Les établissements de santé, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ont acquis une notoriété internationale dans ce domaine et doivent continuer à y jouer un rôle moteur. Or, depuis l'adoption du règlement n° 1394/2007 du Parlement et du Conseil européens, les MTI sont qualifiés de médicaments, ce qui réserve leur production et leur distribution aux seuls établissements pharmaceutiques. Le texte permet également aux hôpitaux de les fabriquer, et nous ne devons pas supprimer cette autorisation.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS33 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement propose de supprimer l'alinéa 16 de l'article 37, afin de lever toute confusion entre la télémédecine et le téléconseil spécialisé.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 37 modifié.*

#### Article 37 ter

(art. L. 1121-3 du code de la santé publique)

### **Recherches biomédicales concernant le domaine des soins infirmiers**

Cet article, introduit par le Sénat en séance publique, vise à autoriser les recherches biomédicales concernant le domaine des soins infirmiers.

Depuis 2010, il existe un programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), destiné à promouvoir la recherche infirmière et paramédicale en France, sous l'égide de la direction générale de l'offre des soins du ministère chargé de la Santé.

Ces projets permettent à des personnels infirmiers et paramédicaux de présenter un projet de recherche en qualité d'investigateur.

Lorsqu'il s'agit d'une recherche biomédicale conduisant à une modification de la prise en charge des soins des patients, le promoteur et l'investigateur de la recherche doivent déposer un dossier au comité de protection des personnes conformément à l'article L. 1121-4 du code de la santé publique.

Or, ce comité se réfère à l'article L. 1121-3 du code de la santé publique et émet quasi-systématiquement un avis défavorable sur tout dossier de recherche dont l'investigateur n'est pas médecin, bien qu'il s'agisse d'une recherche en soins infirmiers.

Il est apparu nécessaire au Sénat de corriger cette disposition, afin de développer la recherche infirmière en France et la rendre compétitive à l'échelle internationale, tout comme cela a été réalisé en 2011 lors de la reconnaissance de la recherche en maïeutique pour les sages-femmes.

Il a ainsi été précisé que les recherches biomédicales concernant le domaine soins infirmier et conformes aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1121-5 ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un infirmier ou d'un médecin.

La commission a adopté cet article moyennant des précisions d'ordre rédactionnel. Il convient en effet d'une part de préciser que l'article amendé est l'article L.1121-3 du code de la santé publique tel qu'issu de la loi dite « Jardé »



et, d'autre part, de corriger une erreur de renvoi : il s'agit en réalité des recherches mentionnées au 2° de l'article L.1121-1 du même code et non des recherches mentionnées à l'article L.1121-5 du même code qui concerne les femmes enceintes.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS35 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 37 ter modifié.*

#### **TITRE IV RENFORCER L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE**

##### **CHAPITRE I<sup>ER</sup> Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS**

###### *Article 38*

(art. L. 1434-1 à L. 1434-6, L. 1434-6-1 [nouveau], L. 1434-7 à 1434-10, L. 1431-2, L. 1432-1, L. 1432-3, L. 1432-4, L. 1433-2, L. 1435-4-2, L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4, L. 3131-7, L. 3131-8, L. 3131-11, L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5, L. 6223-4, L. 6241-1 du code de la santé publique ; art. 151 ter du code général des impôts ; art. L. 632-6 du code de l'éducation)

###### **Réforme de l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé**

Cet article simplifie les outils de programmation régionale en matière sanitaire et médico-sociale, améliore l'animation territoriale de la démocratie sanitaire et réforme l'organisation du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de réécriture globale du Gouvernement. Outre des améliorations rédactionnelles cet amendement visait à rappeler le principe de la liberté d'installation des professionnels de santé, à mettre en place des conseils territoriaux de santé (CTS) aux compétences renforcées et à prendre en compte les besoins en santé mentale. La commission a également adopté des sous-amendements prévoyant notamment :

- la définition d'objectifs de réduction des inégalités en matière de santé ;
- la mise en place d'une organisation spécifique consacrée à l'expression des usagers au sein des CTS ;
- de leur conférer une compétence en matière de médiation ;

– de prendre en compte, au sein de ces conseils, le rôle des services de la protection maternelle et infantile ;

– de mieux tenir compte des besoins en soins palliatifs.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement renforçant encore les compétences des CTS, prévoyant notamment qu'ils pourront suivre des plaintes d'usagers. Elle a également adopté un amendement visant à maintenir les programmes d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis et un autre missionnant les agences régionales de santé (ARS) pour la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Elle s'est également prononcée en faveur de la prise en compte des maladies vectorielles à tiques dans les schémas régionaux de santé. Elle a adopté autre amendement qui prévoit la définition d'un plan d'action pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de suppression des dispositions introduites à l'Assemblée nationale sur l'adoption de volets relatifs à la prévention des maladies vectorielles à tiques. Elle a également adopté un amendement supprimant les dispositions relatives à l'élaboration d'un plan d'action pour l'accès à l'IVG.

En ce qui concerne la démocratie sanitaire locale, la commission a supprimé les dispositions relatives aux CTS.

Elle a également retenu un amendement procédant à une mise en cohérence des règles d'autorisation dans le secteur médico-social avec la mise en place des schémas régionaux de santé. En particulier, une structure médico-sociale qui ne répondra plus aux objectifs fixés par le schéma régional de santé sera accompagnée au moyen d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement prévoyant que les projets régionaux de santé intègrent également les objectifs définis dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins, ce qui élève ces objectifs à un niveau stratégique. Il a également adopté un amendement du Gouvernement missionnant les ARS pour favoriser des « *actions tendant à rendre les publics-cibles acteurs de leur propre santé* ».

La commission a adopté cet article moyennant le rétablissement de quelques dispositions et notamment celles relatives à la prise en compte des maladies vectorielles ainsi que celles portant sur la démocratie sanitaire locale et notamment les CTS. Elle a également adopté des dispositions de nature rédactionnelle et de mise en cohérence.

\*

*La Commission aborde l'amendement AS192 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure pour le titre IV.** Les projets régionaux de santé (PRS) définissent, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, les objectifs pluriannuels des agences régionales de santé (ARS), ainsi que les mesures nécessaires à l'atteinte de ces buts. Cet amendement précise que les PRS assurent la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS191 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement prévoit que les PRS contribueront à la préparation et à l'organisation du dispositif de réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle étudie l'amendement AS194 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** En première lecture, l'Assemblée nationale avait introduit deux dispositions voisines : la première prévoyait que les PRS dans les départements et régions d'outre-mer (DOM) comporteraient un volet relatif à la coopération sanitaire avec les territoires voisins, et la seconde introduisait un volet transfrontalier dans les schémas régionaux de santé des territoires concernés. Mon amendement vise à ce que le PRS organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS195 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement de précision vise à clarifier les éléments contenus dans les schémas régionaux de santé.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement de précision AS196 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS197 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, et AS41 de Mme Chaynesse Khirouni.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement a pour objet de rétablir l'alinéa 20 de l'article 38 que le Sénat a supprimé. Nous souhaitons, à la suite des travaux de notre commission sur la maladie de Lyme, que les schémas

régionaux de santé puissent comporter un volet spécifique sur les maladies vectorielles.

**Mme Chaynesse Khirouni.** Madame la rapporteure, je vous remercie de soutenir le rétablissement des dispositions adoptées en première lecture. Il importe en effet d'améliorer la prise en compte de la maladie de Lyme. Mon amendement propose que les schémas régionaux de santé disposent d'un volet consacré à la prévention des maladies vectorielles et à la formation des professionnels de santé à ces affections, qui connaissent une forte progression depuis quelques années.

*La Commission adopte les amendements.*

*Puis elle aborde les amendements identiques AS187 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, et AS232 de Mme Catherine Coutelle.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Là encore, nous voulons rétablir le texte voté par l'Assemblée nationale en première lecture, afin que les ARS élaborent un plan d'action pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesses (IVG).

**M. Pierre Aylagas.** L'amendement AS232 est défendu.

*La Commission adopte les amendements.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS186 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, et AS134 de M. Élie Aboud.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je vous propose de rétablir les dispositions relatives aux conseils territoriaux de santé (CTS) adoptées en première lecture par notre assemblée. Les CTS participent à la réalisation du diagnostic territorial, et contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé. Notre commission avait enrichi le texte en ajoutant l'organisation d'une formation relative à l'expression des usagers au rang des missions de ces conseils.

**M. Élie Aboud.** Avec l'augmentation de la taille des régions, on ne peut imaginer que la concertation et l'élaboration des politiques publiques de santé ne se fassent pas à l'échelle locale.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je partage votre préoccupation, monsieur Aboud.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Les représentants aux CTS seront-ils élus ?

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** L'amendement suivant propose qu'un décret en Conseil d'État précise la composition des conseils territoriaux de santé.

**M. Bernard Accoyer.** Des éclaircissements sur l'expression des usagers sont nécessaires : de quels usagers parle-t-on ? Ne va-t-on pas stimuler la concurrence entre les associations d'usagers et celles regroupant des personnes souffrant de telle ou telle maladie ?

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** La rédaction du texte adopté à l'Assemblée nationale était claire : les CTS sont composés de professionnels de santé, d'élus locaux et de représentants d'associations d'usagers – cet article fait partie du titre consacré à la démocratie sanitaire. De nombreux acteurs s'étaient montrés inquiets sur la formation des usagers, et c'est pourquoi une disposition sur ce sujet avait été introduite en première lecture.

*L'amendement AS134 est retiré.*

*La Commission adopte l'amendement AS186.*

*Puis elle étudie les amendements identiques AS190 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, et AS399 de M. Élie Aboud.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement vise à rétablir les dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement des CTS adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture. Un décret en Conseil d'État en définira les modalités. Nous disposons d'une expérience en la matière, puisque la composition des conférences de territoire est fixée par un décret en Conseil d'État.

**M. Élie Aboud.** Il s'agit de renforcer l'ancrage territorial des CTS en les associant aux contrats de territoire.

*La Commission adopte les amendements.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS198 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS199 du même auteur.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Il s'agit de compléter les dispositions que nous avons adoptées concernant les outre-mer et les territoires frontaliers en précisant que le législateur autorise explicitement les ARS à développer des actions de coopération internationale.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS238 et AS203, ainsi que les amendements de coordination AS204 et AS205, tous de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS212 du même auteur.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Il s'agit d'une disposition transitoire qui vise à maintenir les territoires de santé tels qu'ils sont actuellement définis en attendant la publication des prochains projets régionaux de santé.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS400 de M. Élie Aboud et AS219 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**M. Élie Aboud.** Nous proposons que soit portée une attention particulière à la question de la maltraitance, en ville comme en institution, dans le cadre de l'extension à titre expérimental des missions des conseils territoriaux de santé à la fonction de médiation.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je vous invite à vous rallier à mes amendements AS219 et AS223, qui satisfont le vôtre dans la mesure où ils visent à rétablir les dispositions votées par l'Assemblée en première lecture. Nous avons en effet proposé qu'à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'État puisse autoriser tout ou partie des conseils territoriaux de santé à être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations. De fait, ce dispositif n'existe pas dans le secteur ambulatoire.

*L'amendement AS400 est retiré.*

*La Commission adopte l'amendement AS219.*

*Puis elle adopte l'amendement AS223 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Elle examine ensuite l'amendement ASI35 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** L'amendement est défendu.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je vous demande de bien vouloir le retirer, car il ne me paraît pas opportun de soumettre le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et celui de la commission spécialisée dans le droit des usagers à l'obligation de faire un exposé annuel devant les CTS ; cette possibilité doit être laissée à l'appréciation des territoires. Au reste, si une telle obligation devait être instaurée, elle relèverait du domaine réglementaire.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 38 modifié.*

*Article 38 bis [supprimé]*

(art. L. 1431-2 du code de la santé publique)

**Association de tous les acteurs concernés  
à la régulation de l'offre de services de santé**

Cet article, inséré par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, modifie l'article L. 1431-2 du code de la santé publique relatif aux missions des agences régionales de santé. Il prévoit qu'elles régulent l'offre de services de santé après concertation avec les différents acteurs de santé et non pas avec les seuls professionnels de santé.

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré que cette concertation était déjà possible et que la rédaction proposée par l'article n'apportait pas de modification substantielle à l'état du droit. Elle a donc adopté un amendement de suppression de cet article.

La commission a maintenu la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 38 bis*

*Article 39*

(art. L. 1431-2, L. 1435-12 [nouveau] et L. 4001-1 [nouveau] du code de la santé publique)

**Renforcement des dispositifs d'alerte sanitaire**

Cet article précise le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans le dispositif d'alerte sanitaire et renforce la participation des professionnels de santé.

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré qu'il n'y avait pas lieu de créer, dans le code de la santé publique un titre liminaire au livre portant sur les professionnels de santé en incluant uniquement des dispositions relatives à la vigilance sanitaire qui existent déjà.

Elle a adopté un amendement qui supprime ce titre liminaire et prévoit la mise à disposition des agences sanitaires d'un fichier d'adresses électroniques des professionnels de santé susceptible d'être utilisé en cas d'urgence sanitaire.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement prévoyant la participation des pharmaciens à la vigilance sanitaire.

La commission a rétabli la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale tout en complétant le dispositif par une disposition généralisant le principe d'information de tous les professionnels de santé qui recevront par voie électronique les messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires.

\*

*La Commission examine l'amendement AS138 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement vise à rétablir le titre préliminaire du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, supprimé par le Sénat, qui décrit les missions des professionnels de santé et regroupe des règles claires applicables à l'ensemble des professionnels en matière de déclaration et d'urgence sanitaire ainsi que de veille, de surveillance et de sécurité sanitaire. En outre, il complète ce titre préliminaire en insérant un article reprenant et généralisant une disposition adoptée par le Sénat, qui dispose que, lors de leur inscription au tableau de l'ordre, les professionnels de santé déclarent une adresse électronique qui leur permettra d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires.

**M. Bernard Accoyer.** Par cet amendement, Mme la rapporteure propose de revenir sur le rôle spécifique des pharmaciens tel qu'il avait été prévu par le Sénat, en étendant la disposition à l'ensemble des professionnels de santé. Or il est particulièrement dommageable de se priver de ce réseau composé de 22 000 officines, qui est une véritable vigie dans le dispositif d'alerte sanitaire. Quelle peut être la motivation d'un tel amendement, sinon la volonté d'effacer tout ce qu'ont fait nos collègues sénateurs ?

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Le Sénat avait adopté une liste limitative comprenant « les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les pharmaciens ». Je propose, quant à moi, de faire référence, de manière plus générale, aux professionnels de santé. Or, que je sache, les pharmaciens sont des professionnels de santé...

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 39 modifié.*

#### *Article 39 bis*

(art. L. 1413-14 du code de la santé publique)

### **Extension du champ de déclaration des infections nosocomiales et événements graves liés à des soins**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en séance publique, étend les obligations de déclaration des infections et événements indésirables aux infections associées aux soins, quel qu'en soit le secteur. Les infections et événements liés aux actes médicaux à visée esthétique devront également être déclarés. Les professionnels concernés devront analyser les causes des infections et événements indésirables qu'ils déclarent.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification.



En séance, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement étendant ces obligations à l'ensemble des professionnels de santé ainsi qu'aux établissements et services médico-sociaux.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 39 bis sans modification.*

## CHAPITRE II

### **Renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie**

#### *Article 40*

(art. L. 182-2-1-1 et L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale,  
L. 1431-2 et L. 1433-1 du code de la santé publique)

#### **Plan national de gestion du risque**

Cet article prévoit la mise en place d'un plan de gestion du risque d'une durée de deux ans sur le fondement d'un contrat entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'État et comportant des déclinaisons régionales. Les plans régionaux pluriannuels seront des contrats, élaborés sur la base d'un contrat type défini par le collège des directeurs généraux d'agences régionales de santé.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement prévoyant que le projet de convention entre l'État et l'UNCAM sera soumis avant sa signature aux commissions permanentes des assemblées en charge de la sécurité sociale. Cette disposition est devenue l'alinéa 4 de l'article.

En séance publique, le Sénat a adopté cet article sans modification.

La commission a adopté cet article moyennant la suppression de son alinéa 4, le dispositif visé n'apportant pas d'avancée substantielle en droit.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS283 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** L'article 40, qui vise à renforcer le pilotage stratégique et opérationnel par l'État de la gestion des risques, a pour objectif de renouveler l'architecture contractuelle structurant la gestion du risque en remplaçant le contrat qui existe entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) par un plan national de gestion du risque conclu entre l'autorité compétente de l'État et l'UNCAM. Il est prévu que ce plan définisse pour une durée de deux ans les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM. Par cet amendement, je propose de porter cette durée à cinq ans, afin de permettre la mise en œuvre

d'une véritable stratégie sur le long terme et d'optimiser le pilotage stratégique et opérationnel par l'État de la gestion du risque.

J'ajoute que je suis opposé à l'amendement AS140 de Mme la rapporteure tendant à supprimer l'alinéa 4 de l'article 40, qui prévoit que les commissions permanentes des assemblées émettent un avis sur ce plan.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Avis défavorable. Je rappelle que l'article 40 vise à réformer la coordination de la gestion du risque entre l'État et l'assurance maladie. Les objectifs de gestion du risque sont actuellement définis pour une durée de quatre ans, ce qui nous paraît trop long pour faire du plan un document concret et opérationnel. C'est pourquoi je propose que nous en restions à une durée de deux ans.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS140 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement vise en effet à supprimer l'alinéa 4 de l'article 40, adopté par le Sénat, qui prévoit que le projet de convention entre l'État et l'UNCAM soit soumis avant sa signature à celles des commissions permanentes des assemblées qui sont chargées de la sécurité sociale. Certes, notre commission doit jouer un rôle central dans la définition de la politique de santé en France, mais le Parlement exerce le pouvoir législatif, et non le pouvoir réglementaire. Il me paraît donc complexe d'identifier les raisons justifiant de soumettre, avant sa signature, le contrat État-UNCAM à notre commission et à celle du Sénat.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS141 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Puis elle adopte l'article 40 modifié.*

#### Article 40 bis

(art. L. 221-1 du code de la sécurité sociale)

### **Présence de données sexuées dans le rapport d'activité et de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, confère un statut légal au rapport annuel d'activité et de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour prévoir qu'il contient des données sexuées, concernant en particulier les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article estimant « qu'il n'appartient pas à la loi de définir le contenu du rapport annuel

de la CNAM ». Elle a indiqué par ailleurs « *que les branches maladie et accidents du travail et maladie professionnelles du régime général sont distinctes même si elles sont regroupées administrativement et qu'un rapport unique aux deux branches n'apparaît pas nécessairement cohérent* ».

La rapporteure ne souscrit pas à cette analyse. Le législateur est dans son rôle lorsqu'il érige en priorité la prise en compte des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que la situation spécifique des femmes. Le fait même que les branches maladie et accidents du travail et maladie professionnelles du régime général soient « *regroupées administrativement* » facilitera la collecte et la synthèse de ces informations.

La commission a rétabli les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale.

\*

*La Commission examine les amendements identiques AS143 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, et AS233 de Mme Catherine Coutelle.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Par l'amendement AS143, qui vise à rétablir les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale, nous proposons que soit publié chaque année par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés un rapport d'activité et de gestion qui permettra non seulement de disposer d'éléments précis, mis à jour annuellement, sur l'activité de la branche, mais également de fournir des informations détaillées sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. En outre, ce rapport mettra en lumière les spécificités de la situation des femmes, puisqu'il devra comporter des données présentées par sexe.

**M. Pierre Aylagas.** L'amendement AS233 est défendu.

*La Commission adopte les amendements.*

*L'article 40 bis est ainsi rétabli.*

#### *Article 41*

(art. L. 162-5, L. 162-14-4 et L. 162-14-5 [nouveaux], L. 162-14-1-2, L. 162-15, L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale, L. 1432-2 et L. 4031-2 du code de la santé publique)

### **Principes cadres définis par l'État pour la négociation des conventions nationales**

Cet article prévoit que l'État fixe les principes cadres pour la négociation par la CNAM des conventions nationales.

La commission des affaires sociales du Sénat l'a adopté sans modification.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement supprimant les dispositions prévoyant la fusion du collège des chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens et de celui des spécialistes autres que de médecine générale aux unions régionales des professionnels de santé. L'adoption de cet amendement a fait tomber l'amendement du Gouvernement prévoyant que la fusion des collèges de spécialistes s'applique à compter des élections professionnelles organisées postérieurement au 31 décembre 2015, c'est-à-dire en 2020.

La commission a adopté cet article sous réserve du rétablissement des dispositions prévoyant la fusion des collèges de spécialistes.

\*

*La Commission examine les amendements identiques AS26 de Mme Bérengère Poletti et AS125 de M. Élie Aboud.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement AS26 vise à supprimer, à l'alinéa 9, la référence « L. 162-12-9 ». Le fait que l'État impose les principes cadres préalablement aux négociations est en effet contraire à la logique des accords conventionnels négociés entre les caisses et les médecins et aboutirait à une étatisation pure et simple qui serait néfaste. Laissons les caisses et les professionnels de santé négocier librement les accords conventionnels !

**M. Élie Aboud.** L'État ne peut fixer en amont le cadre des négociations. Une telle démarche n'est absolument pas productive.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Avis défavorable. Il n'est pas question que l'État intervienne dans les négociations ; il est simplement proposé qu'il définisse en amont ses attentes concernant les conventions et, éventuellement, qu'il détermine les conditions de la négociation. Cette disposition permettrait de gagner en cohérence, puisque ces conventions sont actuellement soumises à l'État en aval. J'ajoute que l'objectif est de renforcer leur territorialisation, ce qui devrait vous réjouir.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS144 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, et AS136 de M. Élie Aboud.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** L'amendement AS144 a trait à l'organisation de la représentation par collèges des médecins au sein des unions régionales des professionnels de santé (URPS). Un amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale visait notamment à fusionner le collège des médecins dits de bloc – chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens – et celui des autres médecins spécialistes en un collège des médecins spécialistes à compter des prochaines élections aux URPS, qui interviendront à l'automne 2020. L'amendement comportait, par ailleurs, une disposition transitoire consistant à agréger les suffrages de ces deux collèges pour les élections du 14 octobre 2015.

Or le Sénat a maintenu cette disposition transitoire et supprimé la fusion des deux collèges. Je propose donc de rétablir l'amendement tel qu'il avait été adopté par l'Assemblée.

**M. Élie Aboud.** Par l'amendement AS136, nous proposons que les fédérations hospitalières et médico-sociales représentatives, publiques et privées, soient saisies pour avis des mesures conventionnelles.

**M. Bernard Accoyer.** En ce qui concerne la fusion des collèges que notre rapporteure propose de rétablir, il est important de rappeler que la situation des établissements hospitaliers privés, où exercent les praticiens du bloc, est particulière et qu'elle est menacée par ce texte. Il est donc tout à fait légitime que les professionnels de ces établissements, lesquels sont à la fois leur moyen de travail et un lieu de soins, puissent se faire entendre de manière spécifique. C'est pourquoi il n'est pas acceptable de fusionner ces deux collèges.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Monsieur Accoyer, si nous avons proposé cette disposition, qui a été en partie conservée par le Sénat, c'est parce que l'organisation actuelle masque de profondes différences d'effectifs selon les collèges. Du reste, les URPS approuvent cette disposition. Par ailleurs, je suis défavorable à l'amendement AS136, car nous souhaitons, par souci d'efficacité, conserver un mode de fonctionnement souple et autonome. Or, multiplier les consultations pour avis alourdit les procédures.

*La Commission adopte l'amendement AS144.*

*En conséquence, l'amendement AS136 tombe.*

*La Commission adopte l'article 41 modifié.*

*Article 41 bis [supprimé]*

### **Expérimentations spécifiques aux départements d'outre-mer en matière de dépistage, d'organisation des soins et de recherche**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, permet la mise en œuvre d'expérimentations spécifiques dans les départements d'outre-mer pour faire face à des situations sanitaires exceptionnelles.

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article. Elle a constaté que les expérimentations visées par cet article étaient déjà possibles dans le droit en vigueur. Elle a relevé en effet que l'article L. 3131-1 du code de la santé publique prévoit qu'« *en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances*

*de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population ».*

Elle a également relevé que « *l'ensemble de ces dispositions étant applicable aussi bien au territoire hexagonal qu'aux départements et régions d'outre-mer, l'objet de cet article semble satisfait.* »

La commission a maintenu la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 41 bis*

### CHAPITRE III Réformer le système d'agences sanitaires

#### *Article 42 A*

(art. L. 1261-1 à L. 1261-3, L. 1211-7, L. 1221-8, L. 1245-5, L. 1542-13, L. 5311-1 et L. 5541-3 du code de la santé publique)

#### **Suppression du régime juridique spécifique applicable aux produits thérapeutiques annexes**

Cet article, inséré par le Sénat en séance publique, met fin au régime juridique spécifique applicable aux produits thérapeutiques annexes (PTA).

Le PTA est défini à l'article L. 1261-1 du code de la santé publique comme « *tout produit, à l'exception des dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1, entrant en contact avec des organes, tissus, cellules ou produits issus du corps humain ou d'origine animale au cours de leur conservation, de leur préparation, de leur conditionnement ou de leur transport avant leur utilisation chez l'homme, ainsi que tout produit entrant en contact avec des embryons dans le cadre d'une activité d'assistance médicale à la procréation.* »

L'article 42 du projet de loi habilite le Gouvernement à simplifier par ordonnance la législation applicable aux produits contrôlés par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) tout en excluant les PTA du champ de l'habilitation.

Le I de l'article met fin au régime dérogatoire des PTA en supprimant les dispositions correspondantes du code de la santé publique, aux articles L. 1261-1 à L. 1261-3, art. L. 1211-7, L. 1221-8, L. 1245-5 et L. 1542-13. Ils intégreront ainsi le droit commun des produits thérapeutiques.

Ainsi, les produits relevant aujourd'hui du statut de PTA seront qualifiés, en fonction de leurs caractéristiques, soit de dispositif médical, soit de médicament, soit de matière première à usage pharmaceutique. Ces dispositions

permettront de rapprocher le droit français de la situation prévalant dans la majorité des États membres de l'Union européenne, où les PTA français relèvent de catégories similaires.

L'ANSM sera pleinement compétente pour exercer sa vigilance sur ces produits, en fonction leur qualification.

Le **II** de l'article prévoit un régime transitoire pour les PTA dont l'autorisation a été délivrée avant la date d'entrée en vigueur du projet de loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 42 A sans modification.*

#### Article 42

### **Habilitation à réformer le système d'agences sanitaires par ordonnance**

Cet article habilite le Gouvernement à réformer le système d'agences sanitaires par ordonnance, en particulier en créant une agence nationale de santé publique résultant de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Il comporte également des mesures habilitant le Gouvernement à :

- simplifier et clarifier le droit applicable à certains produits de santé ;
- assouplir, simplifier et accélérer les procédures mises en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ;
- assouplir et simplifier la législation relative à l'Établissement français du sang (EFS) et à la transfusion sanguine ;
- regrouper et harmoniser les dispositions relatives à certains établissements, autorités, groupements d'intérêt public et instances collégiales agissant dans le domaine de la santé ;
- favoriser les mutualisations entre agences.

En première lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a modifié cet article en prévoyant notamment que la future agence nationale de santé publique s'appellerait Santé publique France. Elle a également prévu que la réforme du droit encadrant le don du sang en France devrait être conforme aux principes éthiques en vigueur dans la législation (bénévolat, anonymat et absence de profit).

En séance publique, les députés ont supprimé la demande d'habilitation permettant de « supprimer les procédures d'autorisation d'importation et d'exportation de certains produits de santé, notamment les micro-organismes et toxines, les produits sanguins labiles et les pâtes plasmatiques et en y substituant, au besoin, une procédure de déclaration, ainsi que celles relatives aux importations pour les particuliers et pour les médecins accompagnant une équipe sportive lors de compétitions se déroulant en France » (alinéa 17).

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article moyennant plusieurs modifications. Elle a tout d'abord supprimé la mention du nom d'usage de la future agence nationale de santé publique (Santé publique France).

Elle a également supprimé plusieurs habilitations à légiférer par ordonnance, à savoir :

– à l'alinéa 20, la possibilité d'accorder un agrément pour une durée illimitée aux établissements de transfusion sanguine ;

– aux alinéas 26 à 30, la demande d'habilitation visant à « *assouplir et simplifier* » les dispositions qui régissent l'EFS et la transfusion sanguine ;

– à l'alinéa 34, l'habilitation à prendre des ordonnances pour harmoniser les règles relatives aux missions, à l'organisation, au fonctionnement et aux ressources de l'InVS, de l'INPES et de l'EPRUS ainsi que de la future agence nationale de santé publique (ce champ est couvert aux alinéas 2 à 7) ;

– à l'alinéa 39, la demande d'habilitation à prendre des ordonnances pour organiser la mutualisation des fonctions transversales d'appui et de soutien de plusieurs opérateurs en ce qui concerne l'INPES et la future agence nationale de santé publique (champ également couvert aux alinéas 2 à 7) ;

– à l'alinéa 45, la demande d'habilitation à prendre des ordonnances pour adapter la gouvernance de la Haute Autorité de santé et les modalités d'exercice de ses missions.

En séance publique, les sénateurs ont adopté cet article moyennant deux amendements de conséquence.

La commission a adopté cet article moyennant un amendement de rétablissement du nom de la future agence nationale de santé publique « Santé publique France ». Ce nom lui donnera une plus grande visibilité internationale, au même titre que ses homologues européennes ou américaines.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS145 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*



**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement vise à rétablir une disposition supprimée par le Sénat. En première lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait en effet adopté un amendement de votre rapporteure qui visait à donner une meilleure visibilité nationale et internationale au futur établissement de santé publique « Agence nationale de santé publique » en lui permettant de revendiquer l'appellation « Santé publique France ».

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS182 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Par cet amendement, nous proposons d'introduire une référence à l'exposome, afin de nous assurer que le nouvel Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique exerce une surveillance efficace de l'exposition de la population à des facteurs environnementaux susceptibles d'altérer la santé – je pense en particulier aux pesticides.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut j'émettrai un avis défavorable. Si nous partageons votre intérêt pour le principe d'exposome, la loi n'a pas à entrer dans le détail de la méthodologie de la future agence. Au reste, la notion d'exposome est mentionnée à l'article 1<sup>er</sup> à propos de la surveillance et de l'observation de l'état de santé de la population.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Je maintiens l'amendement, car, actuellement, dans la pratique, cette surveillance n'est pas exercée.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS392 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement prévoit une possible dérogation à certaines des dispositions introduites par l'ordonnance du 31 juillet 2015 relative à l'égal accès des femmes et des hommes au sein des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes en rendant possible, en cas de vacance de l'un des membres, la nomination d'un membre de sexe opposé. Il s'agit d'éviter que le principe posé dans l'ordonnance précitée n'aboutisse, compte tenu de la composition actuelle du collège de la Haute autorité de santé, à ne pouvoir nommer que des hommes.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 42 modifié.*

*Article 42 bis AA*

(art. L. 5131-3 du code de la santé publique et art. 38 du code des douanes)

**Contrôle à l'importation sur les produits cosmétiques contenant des substances interdites ou restreintes**

Cet article, inséré en séance publique par le Sénat, renforce les moyens juridiques des services des douanes pour effectuer des contrôles à l'importation sur les produits cosmétiques.

Ces produits sont définis à l'article L. 5131-1, dont le libellé définit la notion de produit cosmétique comme « *toute substance ou mélange destiné à être mis en contact avec les parties superficielles du corps humain (l'épiderme, les systèmes pileux et capillaire, les ongles, les lèvres et les organes génitaux externes)* ». En font également partie des substances ou mélanges destinés à être mis en contact « *avec les dents et les muqueuses buccales* ».

Cet article prévoit pour ce faire de mentionner explicitement l'interdiction d'importation de produits cosmétiques contenant des substances interdites ou restreintes au titre de la réglementation européenne à l'article L. 5131-3.

De plus, il ajoute ces produits à la liste des marchandises contrôlées par les services des douanes lors de flux avec les autres États membres de l'Union européenne en complétant le 4 de l'article 38 du code des douanes.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 42 bis AA sans modification.*

*Article 42 bis AB*

(art. L. 5124-13 du code de la santé publique)

**Suppression de procédures d'autorisation relatives aux importations de médicaments pour les particuliers et pour les médecins accompagnant une équipe sportive lors de compétitions se déroulant en France**

Cet article, inséré en séance publique par le Sénat, prévoit la suppression des procédures d'autorisation relatives aux importations de médicaments pour les particuliers et pour les médecins accompagnant une équipe sportive lors de compétitions se déroulant en France.

Il permet d'initier une simplification initialement envisagée à l'article 42 mais soustraite au champ des habilitations en première lecture à l'Assemblée nationale.

L'agence française de lutte contre le dopage a en effet déjà vocation à contrôler les listes de médicaments transportés par les médecins des équipes sportives : la suppression de l'autorisation d'importation délivrée par l'agence

pour les équipes sportives ne soulève donc pas de difficulté particulière, d'autant que la procédure visée est devenue peu opérante.

La suppression des procédures d'autorisation d'importations de médicaments par les particuliers par une autre voie que le transport personnel constitue la seconde mesure de simplification. Elle se fonde sur le très faible nombre de contrôles nécessaires aujourd'hui et sur le fait que l'importation par transport personnel est déjà dispensée d'autorisation. Cette suppression ne concerne que les médicaments autorisés dans le pays de provenance et destinés au traitement prescrit par un médecin exerçant dans ce pays.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 42 bis AB sans modification.*

#### Article 42 bis A

### **Habilitation à favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux organes délibérants des agences régionales de santé et des agences sanitaires par ordonnance**

Cet article, inséré en séance publique par l'Assemblée nationale, habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures concrétisant l'égal accès des femmes et des hommes aux organes délibérants des instances sanitaires nationales et des agences régionales de santé (ARS).

Les établissements visés sont l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, l'Établissement français du sang, l'agence de la biomédecine, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les agences régionales de santé, ainsi que la future agence nationale de santé publique (Santé publique France).

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel. En séance publique, les sénateurs ont adopté cet article ainsi modifié.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 42 bis A sans modification.*

*Article 42 bis B*

(art. L. 1222-3 du code de la santé publique)

**Exportation de plasma lyophilisé**

Cet article, inséré en séance publique par le Sénat, vise à répondre à la demande d'exportation de plasma lyophilisé au profit notamment des militaires des nations alliées de la France. Il tire les conséquences de la réduction du champ de l'habilitation intervenue à l'article 42.

Le centre de transfusion sanguine des armées possède en effet un brevet pour la fabrication de ce type de plasma, lequel n'est aujourd'hui exportable que pour répondre aux besoins des armées en opération extérieure. Un décret précisera les conditions de mise en œuvre de ces dispositions.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 42 bis B sans modification.*

*Article 42 bis*

(art. L. 1340-2 à L. 1340-6 [nouveaux], L. 1341-1, L. 1341-2, L. 1341-3, L. 1342-1, L. 1413-4 et L. 6141-4 du code de la santé publique)

**Transfert du pilotage de la toxicovigilance de l'Institut national de veille sanitaire à l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, transfère le pilotage de la toxicovigilance de l'Institut de veille sanitaire à l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté à cet article un amendement rédactionnel. En séance publique, les sénateurs ont adopté cet article ainsi modifié.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 42 bis sans modification.*

### *Article 42 quater*

(art. L. 3132-1, L. 3132-3, L. 3133-1, L. 3133-2, L. 3133-3, L. 3133-4, L. 3133-7, L. 3134-1, L. 3134-2 et L. 3134-3 du code de la santé publique)

### **Réserve sanitaire**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à améliorer la réponse aux crises sanitaires en modifiant les règles relatives à la mobilisation de la réserve sanitaire.

Composée de professionnels issus de tous les métiers de la santé, cette réserve peut être mobilisée pour faire face à des situations d'urgence ou à des menaces sanitaires exceptionnelles.

L'article 42 bis rénove notamment le cadre de mobilisation de la réserve, les conditions d'indemnisation et des d'absence des réservistes, ainsi que leurs modalités d'affectation.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté à cet article un amendement rédactionnel et un amendement ajoutant les établissements accueillant des personnes handicapées au champ des structures auxquelles les réservistes sanitaires peuvent être affectés.

En séance publique, les sénateurs ont adopté cet article ainsi modifié.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine l'amendement AS309 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** De nombreux professionnels exerçant au sein d'établissements de santé privés non lucratifs font le choix de s'investir dans la réserve sanitaire, traduisant ainsi, s'il en était besoin, leur attachement au service de la collectivité. Une telle démarche mérite d'être saluée.

Je considère qu'un régime de remboursement est plus clair qu'un régime d'indemnisation, qui peut sous-entendre une non-couverture intégrale des dépenses supportées par les employeurs.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je ne partage pas votre opinion, monsieur Aboud. La réserve sanitaire, comme la réserve effectuée au sein des autres forces – la police nationale, la gendarmerie et les forces armées –, doit être éligible à l'indemnisation en tant que telle, qui va au-delà du simple remboursement. C'est une question d'équité.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite les amendements AS310 et AS139 de M. Élie Aboud, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.*

**M. Élie Aboud.** Ces deux amendements reposent sur le même principe que l'amendement AS309.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette successivement les amendements AS310 et AS139.*

*Elle adopte ensuite l'article 42 quater sans modification.*

#### CHAPITRE IV Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits

##### Article 43

(art. L. 1142-22, L. 1222-5, L. 1313-4, L. 1413-8, L. 1417-6, L. 1418-3, L. 3135-2, L. 5322-1 et L. 6113-10-1 du code de la santé publique)

##### **Représentation des usagers au sein des agences sanitaires**

Cet article prévoit la représentation d'associations d'usagers du système de santé agréées au sein du conseil d'administration de neuf agences sanitaires.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Dans son dernier rapport<sup>(1)</sup>, la conférence nationale de santé (CNS) souligne que « *l'implication des représentants des usagers dans l'élaboration des politiques de santé doit être systématisée* ».

L'article 43 entend mettre en œuvre ces recommandations en prévoyant une obligation légale de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toutes les agences sanitaires nationales.

Il prévoit donc que des représentants d'associations d'usagers du système de santé, agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, seront désormais présents au sein des conseils d'administration d'agences sanitaires auxquels ils ne participaient pas (Institut de veille sanitaire, Agence de biomédecine, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux).

Pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, l'Établissement français du sang, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, les représentants des usagers, qui étaient déjà présents, devront appartenir aux

---

(1) Conférence nationale de santé, *Rapport 2012 sur les droits des usagers*, « Réduire les inégalités d'accès à la santé... en renforçant la participation des usagers », 2013.

associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales a adopté un amendement à cet article précisant que les associations de donneur de sang pouvaient siéger au conseil d'administration au côté des associations d'usagers agréées.

## 3. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification, les associations de donneur de sang ne relevant pas de la catégorie des associations d'usagers du système de santé susceptibles d'être agréées.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS174 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Il s'agit d'améliorer la transparence du système de santé en assurant la représentation des usagers aussi bien au sein de la Haute autorité de santé et du Haut conseil de la santé publique que dans deux commissions réglementées, la Commission de la transparence et le Comité économique des produits de santé. Des efforts avaient déjà été entrepris, dès la première lecture, pour améliorer cette transparence. La présence des représentants agréés des usagers du système de santé s'impose.

**M. Arnaud Robinet.** Les usagers sont déjà présents à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il ne semble pas judicieux d'étendre leur représentation, notamment au sein du Comité économique des produits de santé, qui est d'ailleurs très technique. Je ne vois donc pas l'intérêt de cet amendement.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je suis défavorable à votre amendement. S'agissant de la Haute autorité de santé, je vous rappelle que, en première lecture, l'Assemblée a eu une autre approche que la vôtre en permettant la publicité des débats du collège et en mettant en place un droit d'alerte pour les représentants des usagers ; ces derniers nous avaient en effet fait remarquer qu'ils pouvaient défendre leurs droits avec plus d'efficacité s'ils n'étaient pas membres du collège de la HAS. Nous satisfaisons ainsi à votre intention qui est de permettre aux usagers de savoir ce qui se passe à la HAS, et de la saisir.

S'agissant du Comité économique des produits de santé, je vous renvoie à l'article 43 *quinquies* qui prévoit l'association des représentants d'usagers à la fixation du prix des médicaments par le biais d'un accord-cadre. Nous ne considérons pas que la matière est trop technique pour les usagers, mais nous pensons que, là encore, votre intention est déjà satisfaite.

*La Commission rejette l'amendement AS174.*

*Puis elle adopte l'article 43 sans modification.*

#### *Article 43 bis*

(art. L. 1114-1, L. 1451-1, L. 1451-3, L. 1453-1, L. 1453-2,  
L. 1454-3, L. 1454-3-1 [nouveau] et L. 5442-13 du code de la santé publique)

### **Transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques et les autres acteurs du monde de la santé**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, prévoit la publicité tant de l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé que des rémunérations qui leur sont associées.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article complète les dispositions introduites par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

- Il vise notamment à ce que les membres des autorités du domaine de la santé mentionnées à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique rendent publiques les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, d'établissements ou d'organismes ainsi que les participations financières qu'il y détient. Il précise également les modalités de publicité de ces informations.

- L'article étend également la liste des acteurs du monde de la santé dont les conventions avec l'industrie pharmaceutique doivent être publiées. Le dispositif inclut désormais les académies et les personnes morales assurant la formation continue des professionnels de santé ainsi que l'ensemble des personnes morales éditrices de presse, de services de radio ou de télévision et de services de communication au public en ligne. En revanche, il exclut du champ de l'obligation de publicité les conventions qui ont pour objet l'achat de biens ou de services.

L'article prévoit que l'existence des conventions sera publiée sur le site internet public unique ([transparence.sante.gouv.fr](http://transparence.sante.gouv.fr)) qui dispose désormais d'une base légale.

Enfin, les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé à usage humain devront rendre publiques pour la première fois sur ce site internet, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre d'une convention.

- L'article renforce enfin les obligations de transparence des entreprises produisant ou commercialisant des produits vétérinaires. Un nouvel article L. 1453-2 prévoit ainsi que les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont



tenues de rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec un certain nombre d'acteurs du monde de la santé. Il prévoit que ces entreprises devront rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations qu'elles versent à des personnes physiques ou morales dans le cadre desdites conventions. Cette obligation de publicité ne s'applique pas aux conventions qui ont pour objet l'achat de biens ou de services.

Les modalités de publicité seront assurées différemment, le site *transparence.sante.gouv.fr* ne concernant que la santé humaine.

Enfin l'article prévoit des sanctions en cas d'absence de publicité sur les rémunérations associées aux conventions signées entre industries de la santé et professionnels de santé.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article n'a pas fait l'objet de modification par la commission des affaires sociales du Sénat. Il a cependant fait l'objet d'évolutions lors de son examen en séance publique.

Une première série d'amendement identique vise à donner une base légale à la possibilité de restreindre les déclarations faites par les entreprises cosmétiques.

Les amendements visent à inscrire dans la loi un système dérogatoire au droit commun, qui avait été précédemment prévu par décret. Le décret ayant été annulé par le Conseil d'État, les règles qui avaient été élaborées pour le secteur de la cosmétique n'existent plus. Le secteur de la cosmétique ne se caractérisant pas par une relation entre un professionnel et un patient, il n'y a pas lieu d'appliquer les règles valables pour les produits de santé.

Une seconde série d'amendement prévoit la publication individuelle des contrats passés entre laboratoires et professionnels de santé alors que la rédaction initiale ne requiert pas une publication détaillée contrat par contrat.

## **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine les amendements identiques AS54 de M. Bernard Accoyer et AS108 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Bernard Accoyer.** En supprimant le mot « précis », on évite d'exposer les laboratoires à trahir les secrets industriels qui sont au cœur de l'innovation et des enjeux de développement et de commercialisation de nouvelles molécules.

**M. Denis Jacquat.** Le présent projet de loi prévoit que seront publiées par décret les rémunérations versées dans le cadre des conventions. Dans ce contexte, l'ajout du caractère « précis » de l'objet des conventions publiées soulève de réelles difficultés en matière de secret industriel et commercial, particulièrement pour des conventions qui portent sur des activités de recherche dont les axes sont éminemment confidentiels. Voilà pourquoi il est préférable de s'en tenir à la formulation du projet de loi initial.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet article – introduit sous forme d'amendement par le Gouvernement – prévoit la publicité tant de l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé, que des rémunérations qui leur sont associées.

La mention du terme « précis » relatif à l'objet de la convention répond à une demande du Conseil national de l'ordre des médecins. Aujourd'hui, la saisie des informations par les entreprises est variable. Le fait de prévoir le terme « précis » permettra de mettre en place une méthodologie commune de renseignement de la base de données : une nuit d'hôtel ou un repas doivent ainsi pouvoir faire l'objet d'une désignation générique.

Le terme « précis » fera ensuite l'objet d'une définition par décret, comme le prévoit le texte de l'alinéa 2 – que vos amendements visent à supprimer. Bien évidemment, la mention de l'objet de la convention se fera dans le respect du secret industriel et commercial.

Avis défavorable, donc.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS55 de M. Bernard Accoyer et AS87 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Bernard Accoyer.** La distinction introduite entre le « bénéficiaire direct » et le « bénéficiaire final » est très confuse. Il s'agit de concepts flous créant une insécurité juridique. Il est préférable de se référer à une terminologie claire, et donc de remplacer les termes « le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final » par les termes « les parties signataires ».

**M. Jean-Pierre Door.** Il faut rendre cet article beaucoup plus lisible. La seule information que les entreprises détiennent, et de façon certaine, sur le bénéficiaire, est celle du signataire de la convention.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Avis défavorable. Le législateur souhaite garantir la transparence des conventions qui bénéficient aux personnes physiques, ou dont les personnes physiques bénéficient par le truchement de personnes morales.

En d'autres termes, il faudra déclarer non seulement les sommes touchées directement, mais aussi celles perçues par l'intermédiaire de personnes morales. D'où l'intérêt de la distinction entre « bénéficiaire direct » et « bénéficiaire final », « bénéficiaire direct et final » et « signataire à la convention ». Il faut pouvoir s'adresser aux personnes mêmes qui ont bénéficié des dispositions de la convention.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS56 de M. Bernard Accoyer et AS88 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Bernard Accoyer.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel. La publication des rémunérations est déjà prévue, de façon non équivoque, à l'alinéa 16 de l'article 43 *bis*.

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement AS88 est défendu.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Contrairement à ce que pourrait laisser penser l'exposé sommaire, ces amendements n'ont rien de rédactionnel. Le terme « montant » couvre plusieurs aspects : les avantages consentis, les rémunérations, mais aussi les achats de matériels. Il importe donc de le maintenir dans la rédaction du texte. Cela correspond à notre souci de parvenir à une publication détaillée des avantages consentis, et non pas à une publication agrégée.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS85 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Arnaud Robinet.** C'est encore un amendement rédactionnel. Le terme « montant » n'étant aucunement utilisé au sein de l'article 1453-1 du code de la santé publique auquel le présent article L. 1454-3 fait référence, il convient, dans un souci de cohérence et de lisibilité, d'utiliser le même terme que celui déjà employé à l'alinéa 16 du présent article, à savoir « rémunérations ».

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je l'ai déjà dit, le terme « montant » couvre plusieurs aspects, les rémunérations, mais aussi les achats de matériels. Une convention signée avec un établissement de santé peut ainsi prévoir l'achat d'un ordinateur ou de fournitures diverses. Il faut être clair.

Par ailleurs, le dispositif prévoit que les entreprises doivent déclarer le montant des conventions. Il importe de prévoir les sanctions associées en cas d'omission volontaire.

Très logiquement, mon avis sera défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 43 bis sans modification.*

#### *Article 43 ter*

(art. L. 1451-1, L. 1451-4, L. 1452-3 du code de la santé publique,  
et L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale)

### **Rôle des agences sanitaires en matière de liens d'intérêt**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale lors de l'examen du texte en première lecture, prévoit que les autorités du domaine de la santé veillent au respect, par les personnes qui relèvent d'elles, de leurs obligations en matière de déclarations d'intérêt et met en place un déontologue dans plusieurs agences sanitaires.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article vise à renforcer le dispositif de lutte contre les conflits d'intérêts et la transparence au sein des autorités qui prennent des décisions en matière de santé.

Il prévoit que l'ensemble des autorités du domaine de la santé mentionnées à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique doivent veiller à ce que les personnes qui relèvent d'elles se conforment aux obligations qui sont les leurs en matière de déclaration des liens d'intérêts et de prévention des conflits d'intérêts.

Il dispose également que plusieurs autorités et organismes devront désigner un déontologue chargé de cette mission. Celui-ci devra notamment s'assurer, au moins une fois par an, que chaque personne qui est tenue de déclarer ses liens d'intérêt aura bien mis à jour sa déclaration.

Enfin, le dispositif prévoit que les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie, auprès desquels est placé le comité économique des produits de santé (CEPS), doivent désigner un déontologue pour cette instance.

Les déontologues devront remettre chaque année, au plus tard au 31 mars, un rapport sur les conditions d'application des dispositions relatives à la transparence et aux liens d'intérêts. Ce rapport sera publié sur le site internet de l'autorité ou de l'organisme concerné.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article n'a pas fait l'objet de modification par la commission des affaires sociales du Sénat. Il a cependant fait l'objet d'évolutions lors de son examen en séance publique.

À l'initiative du Gouvernement, un amendement a ainsi été adopté afin de le mettre en cohérence avec les dispositions sur les experts sanitaires prévues par

les articles L. 1451-1 et L. 1452-3 du code de la santé publique. L'amendement élargit les compétences du déontologue quant au recueil et à l'analyse des déclarations publiques d'intérêts des personnes invitées à apporter leur expertise dans le champ sanitaire au profit de l'autorité et/ou de l'organisme pour lequel elles interviennent.

L'amendement adopté confie également au déontologue un rôle de supervision et de pilotage quant à la mise en œuvre du dispositif de déclaration publique d'intérêt au sein des services des autorités et/ou organismes auquel il est rattaché.

### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 43 ter sans modification.*

#### *Article 43 quater A*

### **Habilitation à prendre des ordonnances dans le cadre la lutte contre la corruption dans le domaine sanitaire**

Cet article, adopté par le Sénat à l'initiative du Gouvernement, vise à renforcer le dispositif « anti-cadeaux ». Aujourd'hui, seuls les produits remboursables entrent dans le champ de la législation « anti-cadeaux ». Il est proposé d'étendre le dispositif à l'ensemble des produits de santé et d'élargir le cercle des professions concernées à l'ensemble des agents des administrations chargées de la politique de santé, au-delà des seules professions de santé.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Instauré par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, le dispositif « anti-cadeaux » interdit par principe aux professionnels de santé de recevoir des avantages financiers ou en nature de la part de certaines entreprises industrielles et commerciales, notamment de la part des laboratoires exploitant des spécialités pharmaceutiques. Cet article a pour principal objet d'actualiser ces dispositions et de mieux les articuler avec les dispositions relatives à la transparence des liens d'intérêt.

Le dispositif prévoit d'habiliter le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi qui ont pour objet :

– d'étendre le champ des entreprises concernées par l'interdiction d'offrir des avantages aux professionnels de santé. Les entreprises actuellement concernées sont visées par les articles L. 4113-6 (entreprises assurant des

prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale) et L. 5122-10 (entreprise de promotion des médicaments) du code de la santé publique. L'habilitation a pour objet d'étendre le champ des entreprises concernées à celles fabriquant ou commercialisant des produits de santé à finalité sanitaire ou des prestations de santé que ceux-ci soient remboursés ou non par l'assurance-maladie ;

– d'étendre le champ des personnes concernées par l'interdiction de recevoir des avantages à l'ensemble des professions de santé, des étudiants se destinant à ces professions, ainsi qu'aux associations qui les regroupent. Le but du texte à venir sera de lister précisément les catégories de professionnels de santé assujettis à l'interdiction de recevoir des avantages, précisions indispensables s'agissant d'une infraction pénale ;

– d'étendre *« le champ d'application de l'interdiction de recevoir ces avantages à l'ensemble des fonctionnaires et agents des administrations de l'État, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et de toute autre autorité administrative qui, élaborent ou participent à l'élaboration d'une politique publique en matière de santé ou de sécurité sociale ou sont titulaires de pouvoirs de police administrative à caractère sanitaire, ainsi qu'aux personnes qui apportent leur concours aux conseils, commissions, comités et groupes de travail placés auprès de ces administrations et autorités pour l'exercice de ces compétences »* ;

– de définir les dérogations à l'interdiction de recevoir ou d'offrir des avantages et le régime d'autorisation de ceux-ci par l'autorité administrative ou l'ordre professionnel concerné ;

– de spécifier les avantages exclus du champ de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et de préciser les conditions dans lesquels ils sont admis.

En outre, l'article prévoit une habilitation à prendre des ordonnances en vue :

– d'harmoniser et de mettre en cohérence les dispositions du code pénal, du code de la santé publique et du code de sécurité sociale relatives aux sanctions pénales ou administratives instituées en cas d'infraction ou de manquement aux dispositions « anti-cadeaux » et aux dispositions relatives à la transparence des liens d'intérêts dans le domaine de la santé ;

– d'adapter les prérogatives des agents et des autorités chargés de constater les infractions et manquements et de mettre en œuvre les sanctions.

## **2. La position de la commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

*La Commission adopte l'article 43 quater A sans modification.*

*Article 43 quinquies*

(art. L. 162-17-4-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Accord-cadre entre le comité économique des produits de santé et les associations de patients et de lutte contre les inégalités de santé**

Cet article, a été adopté en séance publique à l'initiative de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure du texte. Il prévoit l'association des représentants d'usagers à la fixation du prix des médicaments par le biais d'un accord-cadre avec le comité économique des produits de santé (CEPS).

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article vise à autoriser le CEPS à conclure un accord-cadre avec une ou plusieurs associations d'usagers du système de santé et une ou plusieurs associations de lutte contre les inégalités de santé. Cet accord devra favoriser la concertation et les échanges d'informations concernant la fixation des prix et des tarifs des produits de santé remboursables par la solidarité nationale, dans le strict cadre des compétences du comité. Il est conclu pour une durée de trois ans renouvelable.

Peuvent participer à la conclusion de l'accord-cadre, les associations concernées doivent transmettre au CEPS une demande de participation ainsi qu'un dossier. Ce dernier doit présenter l'activité de l'association et tout lien, direct ou indirect, qu'elles pourraient entretenir avec des entreprises, des établissements, des sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le champ des compétences du CEPS.

Ces associations peuvent également, sous réserve de présenter un dossier, présenter une demande d'adhésion à un accord en cours de validité ou demander à participer aux négociations de renouvellement de l'accord.

Le dispositif précise le contenu de l'accord-cadre. Celui-ci devra déterminer les conditions dans lesquelles les associations d'usagers pourront être auditionnées à leur demande, l'information des associations portant sur l'ordre du jour des réunions du CEPS, la composition et le fonctionnement d'un comité d'interface entre le CEPS et les associations d'usagers, les règles et délais applicables à la procédure d'adhésion à l'accord-cadre et à son renouvellement ainsi que les modalités selon lesquelles les associations d'usagers respectent des obligations de réserve et de confidentialité.

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté un amendement visant à harmoniser la rédaction de l'article. Il s'agit en effet de faire explicitement

référence aux associations de lutte contre les inégalités de santé qui ne sont pas mentionnées à tous les alinéas.

### 3. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission est saisie d'un amendement ASI81 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** L'amendement propose de rendre accessibles aux associations agréées les conventions fixant le prix des médicaments conclues entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l'entreprise exploitant le médicament. Il vise à assurer une meilleure information sur les critères ayant été déterminants dans le processus de fixation du prix du médicament et renforce les dispositifs d'information des usagers du système de santé. Il s'inscrit donc en cohérence avec le chantier sur la transparence de la vie publique mené par le Gouvernement.

J'entends que, sur les bancs des Républicains, on est contre la transparence de la fixation du prix du médicament et pour l'industrie. L'opacité est le meilleur moyen de défendre les intérêts économiques...

**M. Bernard Accoyer.** Nous n'avons jamais dit cela !

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Un équilibre doit être trouvé entre la préservation des intérêts de l'entreprise et la transparence des négociations relatives à la fixation des prix du médicament. Il me semble que l'article le permet.

Il ne me paraît pas opportun de prévoir l'accès aux conventions fixant le prix des médicaments, ne serait-ce que pour protéger le secret des affaires. Pour autant, rien d'interdit au CEPS de communiquer les documents établis par lui dans le cadre des négociations avec les entreprises du médicament – négociations auxquelles les représentants des usagers sont associés. Il s'agit selon moi de documents administratifs communicables au sens de la loi du 17 juillet 1978.

J'émettrai donc un avis défavorable à l'amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 43 quinquies sans modification.*



#### Article 44

(art. L. 1112-3, L. 6144-1 du code de la santé publique)

### **Remplacement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge des établissements de santé par la commission des usagers**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article modifie les missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé. Elle sera dorénavant appelée commission des usagers (CDU).

Cet article vise à redéfinir les missions de la commission chargée des relations avec les usagers dont le texte a été sensiblement remanié à l'initiative de la rapporteure, Mme Hélène Geoffroy.

Alors qu'il ne s'agissait que d'un organe de consultation, la commission est désormais pleinement associée à la politique de l'établissement. L'article prévoit que la commission des usagers participe à l'élaboration de la politique en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est aussi associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement.

Un pouvoir d'auto-saisine lui est reconnu sur tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité.

Sur le sujet des événements indésirables graves, la commission est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales a adopté un amendement revenant sur le principe de l'exercice de la présidence par un représentant des usagers. Elle estime que « *les dispositions réglementaires qui seront prises pour l'application du présent article laissent aux acteurs une certaine souplesse quant à la désignation du président de la CDU* ».

#### **3. La position de la commission**

Le projet de loi renforce la légitimité des commissions des usagers. Pour que leur place et leur rôle soient mieux identifiés et reconnus, il importe qu'elles soient présidées par un représentant des usagers. La commission a rétabli la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture moyennant une précision d'ordre rédactionnel.

*La Commission examine l'amendement AS34 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement rétablit l'alinéa 3 permettant aux commissions des usagers d'être présidées par un représentant des usagers. Par rapport à la première lecture, au lieu d'en faire une obligation, il est proposé d'en faire une possibilité.

**M. Bernard Accoyer.** Dans un souci de « démocratie sanitaire », vous accordez une place de plus en plus importante à des personnalités dont l'expérience, les connaissances, l'expertise sont pour le moins aléatoires – en admettant qu'elles soient neutres. Je m'inquiète de voir se réduire la place réservée aux experts – mais il est vrai qu'il est de bon ton désormais de leur faire un procès d'intention. Cette évolution est extrêmement préoccupante et ne va certainement pas dans le sens de l'amélioration des performances de notre système de soins.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Il n'est pas question de mettre en concurrence les différents acteurs du système de santé ni de remettre en cause la légitimité des experts. Mais il se trouve qu'eux-mêmes demandent des interlocuteurs. Vous savez bien que nous avons progressé dans la relation aux usagers. C'est ainsi que les médecins dialoguent avec les patients. Les différents acteurs reconnaissent leurs erreurs quand ils en ont fait. Être expert ne veut pas dire être omniscient.

Mon amendement vise à établir un vrai partenariat, un véritable dialogue dont tout le système de santé se trouvera renforcé.

*La Commission adopte l'amendement AS34.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS175 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** L'article 44 fait évoluer la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, pour la remplacer par une commission des usagers (CDU). Toutefois, une nouvelle commission, même sous une nouvelle appellation, demeure insuffisante. Cet amendement propose donc que les pouvoirs de cette commission soient renforcés avec un pouvoir d'alerte vers les instances hospitalières. De la même manière, il propose que les membres de la commission aient accès à la liste des événements indésirables graves. Il s'agit d'assurer l'information tout en permettant à cette commission des usagers de jouer son rôle d'alerte et de contrôle.

**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement est dangereux, car il pourrait susciter des mouvements de panique irraisonnée. On l'a déjà vu. Je pense aux réactions contre certains vaccins, notamment le Gardasil, un vaccin contre le cancer du col de l'utérus, et aux actions menées contre les antennes de radiotéléphonie mobile. Ces antennes, il faut avoir le courage de le dire, ne provoquent aucune affection organique, mais uniquement des phobies.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Monsieur Accoyer, nous parlons d'associations agréées d'usagers, de personnes qui ont l'habitude de suivre les dossiers de santé. Pourquoi refuser l'information et la transparence, et récuser les usagers ? Ce serait aller contre l'évolution du système de santé. Aujourd'hui, certains usagers vont jusqu'à participer à la définition des prises en charge. Le phénomène a d'ailleurs été compris par le ministère. Je m'étonne donc que des membres de la commission des affaires sociales s'y opposent d'une façon aussi catégorique.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Monsieur Accoyer, ce n'est pas en cachant certains éléments que l'on donnera davantage confiance au grand public.

**M. Bernard Accoyer.** Ce n'est pas ce que je dis !

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** C'est en tout cas le sentiment que laisse votre intervention. Pour ma part, il me semble que les experts et les spécialistes – comme les acteurs de la vie politique – ne gagneront la confiance de leurs concitoyens qu'en faisant preuve, dans leurs pratiques, de plus de transparence et de clarté.

Je donnerai toutefois un avis défavorable à l'amendement de M. Roumégas. Ce n'est pas que je ne partage pas ses propos. Mais ses attentes sont satisfaites. D'une part, l'alinéa 6 prévoit déjà le droit d'alerte. D'autre part, l'alinéa 7 va plus loin que ce que M. Roumégas propose, s'agissant de la connaissance des événements indésirables et graves : la rédaction actuelle ne permet pas seulement d'accéder à une liste, mais d'être informé en temps réel de leur survenue.

*La Commission rejette l'amendement AS175.*

*Puis elle adopte l'article 44 modifié.*

#### *Article 45*

(chapitre III et chapitre IV du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la première partie, art. L. 1143-1 à L. 1143-23 [nouveaux] et L. 1144-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Création de l'action de groupe pour la réparation des dommages causés par des produits de santé**

Cet article propose la création d'une action de groupe en santé, sur le modèle prévu en matière de consommation par la loi du 17 mars 2014 <sup>(1)</sup>.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

● Jusqu'alors, les dommages corporels sériels causés par des produits de santé, qu'il s'agisse par exemple du Mediator ou des prothèses PIP, étaient réparés soit à l'issue de procédures juridictionnelles individuelles, soit par la mise en place

---

(1) Loi n° 2014-344 relative à la consommation.

de mécanismes *ad hoc*, faisant appel au moins transitoirement à la solidarité nationale, *via* l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). L'instauration d'une procédure d'action de groupe doit permettre aux victimes d'unir leurs forces, afin que les responsables des dommages sériels, fort heureusement rares, assument directement la réparation des préjudices.

- Les associations agréées d'usagers du système de santé, au niveau national comme au niveau régional, pourront introduire une action de groupe afin d'obtenir réparation de l'intégralité des préjudices résultant d'un dommage corporel causé par un produit de santé, entendu au sens large des produits soumis au contrôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Afin d'éviter tout conflit d'intérêts, la commission des affaires sociales a adopté un amendement de la rapporteure, qui ferme l'action de groupe aux associations ayant une activité annexe de commercialisation de produits de santé.

La procédure se déroulera en deux phases.

Dans une première phase, le juge saisi de la demande devra s'assurer de sa recevabilité, constater la responsabilité du producteur, du fournisseur ou de l'utilisateur du produit de santé, et définir les critères permettant aux usagers de rejoindre l'action de groupe. Le délai de rattachement pourra atteindre cinq ans après mise en œuvre, par les responsables, des mesures de publicité décidées par le juge. Le fond du droit de la responsabilité n'étant pas modifié, les responsables devront avoir commis un manquement à leurs obligations légales ou réglementaires. Le texte ne désignant pas de juridiction spécifique, le juge saisi devra donc être celui qui est territorialement et sectoriellement compétent (juge judiciaire lorsque le responsable supposé est une personne privée, juge administratif lorsqu'il est une personne publique).

À l'initiative de la rapporteure, la commission a prévu, comme dans l'action de groupe en consommation, la possibilité pour le juge de phase 1 de condamner les responsables au paiement d'une provision pour frais de justice, permettant à l'association d'assumer les coûts induits par la phase 2, notamment les frais de conseil.

Car, sur la base du jugement de phase 1, les usagers ayant décidé de rejoindre l'action de groupe solliciteront dans une seconde phase l'indemnisation des préjudices auprès des responsables. S'ils n'obtiennent pas satisfaction à l'amiable, la question pourra être portée devant un second juge, différent du premier. La spécificité de cette phase 2, en matière de santé, réside dans la nécessaire individualisation de l'indemnisation, les préjudices variant presque systématiquement d'une victime à l'autre.

Le texte prévoit la possibilité d'une médiation, décidée par le juge saisi en phase 1. À l'initiative de la rapporteure, la commission a décidé que la médiation ne pourra intervenir qu'à la demande de l'ensemble des parties, et non d'une

seule, comme prévu par le droit commun de la médiation, et dans le cadre de l'action de groupe en consommation. Le recours à la médiation doit en effet rester pleinement choisi : d'une part, pour en garantir les chances de succès ; d'autre part, car ses conséquences ne sont pas neutres. Ainsi, la convention de médiation peut déterminer les conditions de l'indemnisation sans pour autant désigner de responsable. Or, l'association à l'origine de l'action de groupe peut tenir à ce que le responsable soit jugé comme tel par un tribunal.

Contre l'avis du Gouvernement, la commission a sensiblement modifié les modalités d'entrée en vigueur du dispositif. Le texte d'origine prévoyait que les dispositions introduites dans le code de la santé publique par l'article 45 ne soient pas applicables aux manquements ayant cessé avant leur entrée en vigueur. Cela signifie que des dommages nés ou à naître, mais résultant de produits qui ne seraient plus fabriqués, distribués ou prescrits à la date d'entrée en vigueur, ne pourraient pas faire l'objet d'une action de groupe. Cela aurait nui à l'efficacité du dispositif, et c'est la raison pour laquelle il convenait de supprimer cette restriction. L'action de groupe entrera donc en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2016, ou à une date antérieure fixée par décret en Conseil d'État. Pourront faire l'objet d'une action de groupe les dommages non couverts par les règles classiques de prescription, qui ne sont pas modifiées par le projet de loi.

Enfin, la commission a demandé que le Gouvernement remette au Parlement un rapport faisant le bilan de l'action de groupe en santé, trente mois au plus tard après son entrée en vigueur (soit au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2019).

- Lors de l'examen de l'article en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté, outre 26 amendements d'ordre rédactionnel de la rapporteure, un amendement de plusieurs de nos collègues du groupe Socialiste, républicain et citoyen (sous-amendé par la rapporteure), prévoyant que toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des usagers est immédiatement versée sur un compte dédié à la Caisse des dépôts et consignations (comme c'est le cas en matière de consommation).

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté neuf amendements au texte de l'Assemblée nationale, dont huit à l'initiative de la commission des lois, saisie pour avis. Le texte de la commission n'a pas été modifié en séance publique.

- Elle a restreint l'intérêt à agir aux seules associations agréées au niveau national. Un débat nourri a eu lieu sur cette question en première lecture à l'Assemblée, qui a préféré s'en tenir à la rédaction initiale du projet de loi, pour deux raisons principales :

- d'une part, les conditions particulièrement strictes permettant l'agrément national, qui empêchent la constitution rapide d'une association *ad hoc* pour

introduire une action de groupe en cas de survenance d'un nouveau dommage sériel ;

– d'autre part, le caractère géographiquement circonscrit de certains dommages sériels (par exemple les « irradiés d'Épinal »), qui montre la nécessité de permettre à des associations régionales, bien au fait des dossiers, d'agir dans le cadre d'une action de groupe.

Sur ce point, à l'initiative de la rapporteure, la commission des affaires sociales a décidé d'en revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale.

- Le délai pendant lequel les victimes peuvent adhérer à une action de groupe a été ramené de cinq à trois ans. Il s'agit là aussi d'une question débattue à l'Assemblée, qui a considéré que le délai de cinq ans prend en compte la spécificité des dommages liés aux produits de santé, dont l'apparition peut être tardive. Là aussi, la commission a choisi d'en revenir à la rédaction de l'Assemblée.

- La commission a modifié les conditions d'ouverture de la médiation, qui aurait lieu sur proposition du juge mais sous réserve de l'accord des deux parties. La rédaction du Sénat, sans doute plus claire que celle de l'Assemblée, ne change pas l'équilibre retenu en première lecture, et auquel la rapporteure était particulièrement attachée : en tout état de cause, la médiation ne pourra pas avoir lieu si l'une des deux parties ne le souhaite pas. Sur ce point, il est donc proposé d'en rester à la rédaction du Sénat.

- S'agissant encore de la procédure de médiation, la commission a supprimé la disposition en application de laquelle c'est seulement après une éventuelle délibération de la commission de médiation que le médiateur propose aux parties la convention d'indemnisation amiable.

Le texte adopté par l'Assemblée prévoyait en effet une spécificité, dérogoire au droit commun de la médiation : dans le cadre d'une action de groupe en santé, le juge peut en effet décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation, composée dans des conditions déterminées par décret ; l'existence de cette commission se justifie par la nécessité d'assurer la plus grande indépendance possible du médiateur.

L'exposé sommaire de l'amendement adopté par le Sénat pointe un certain flou qui entoure cette nouvelle procédure, et notamment la nature juridique incertaine de la délibération de la commission de médiation : s'il s'agissait d'un simple avis, son utilité serait limitée dès lors que la commission a précisément pour objet d'assister le médiateur ; s'il s'agissait d'un avis contraignant, la commission aurait donc un rôle décisionnel, au-delà de la simple mission d'assistance que lui confie le texte.

Sur ce point, sauf information contraire du Gouvernement, la sagesse appelle donc d'en rester à la rédaction du Sénat, qui, précisons-le, ne remet pas en question la mission d'assistance de la commission.

- La commission a supprimé la disposition en application de laquelle est insusceptible de recours la décision par laquelle le juge homologue la convention d'indemnisation résultant de la médiation. Il ressort des informations apportées à la rapporteure par le Gouvernement que dans le droit commun de la médiation, les accords conclusifs – même homologués – ne sont pas insusceptibles de recours, en particulier pour préserver les droits de tout tiers intéressé. Sur ce point, et sur la suggestion du Gouvernement, il est donc suggéré de conserver la rédaction du Sénat.

- La commission a prévu que les sommes reçues par l'association au titre de l'indemnisation des usagers puissent être versées soit sur un compte dédié à la Caisse des dépôts et consignations, soit sur un compte ouvert par son avocat auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats. Cette seconde option, non prévue dans l'action de groupe en consommation, a été exclue par l'Assemblée nationale en première lecture. La commission a décidé d'en revenir au texte de l'Assemblée, dans l'attente d'une éventuelle évolution en séance à l'initiative du Gouvernement.

- Il est désormais prévu que le juge de phase 2 soit le même que le juge de phase 1. Le principal avantage attendu de cette modification est de concentrer les moyens au sein d'une juridiction, *« ce qui est plus efficace que de prévoir un saupoudrage de ces moyens entre toutes les juridictions qui pourraient être saisies par les victimes lors de la phase d'indemnisation »*<sup>(1)</sup>. Il est proposé de se rallier à la position du Sénat, de bon sens.

- La commission a apporté une précision plutôt bienvenue s'agissant de l'impossibilité d'engager une nouvelle action de groupe pour les mêmes faits et les mêmes manquements. Relevant à juste titre une différence de rédaction avec l'action de groupe en consommation, le Sénat a ajouté une condition supplémentaire à cette interdiction : l'action de groupe devrait non seulement porter sur les mêmes faits et manquements, mais également sur les mêmes préjudices.

Selon l'exposé sommaire de l'amendement à l'origine de cette modification, la différence de traitement résultant du texte de l'Assemblée *« est d'autant plus problématique qu'en matière de santé, il arrive parfois que certains préjudices apparaissent plus tardivement, voire qu'ils sautent une génération. Priver, dans ce cas les intéressés d'un recours par la voie de l'action de groupe, au motif que le dommage provient des mêmes faits et des mêmes manquements, sans prendre en compte la différence de préjudice, n'est alors pas légitime. »*<sup>(2)</sup>

---

(1) Exposé sommaire de l'amendement n° COM-62 : [http://www.senat.fr/amendements/commissions/2014-2015/406/Amdt\\_COM-62.html](http://www.senat.fr/amendements/commissions/2014-2015/406/Amdt_COM-62.html).

(2) Amendement n° COM-63 : [http://www.senat.fr/amendements/commissions/2014-2015/406/Amdt\\_COM-63.html](http://www.senat.fr/amendements/commissions/2014-2015/406/Amdt_COM-63.html).

Sur ce point, il est donc proposé d'en rester à la rédaction du Sénat.

- La commission a enfin adopté un amendement rédactionnel proposant plusieurs corrections bienvenues dans le texte.

### 3. La position de la commission

La commission a décidé d'en revenir sur les points essentiels à la rédaction de l'Assemblée nationale, en retenant toutefois les apports positifs du Sénat, détaillés *supra*.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS183 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Cet amendement donne la possibilité à plusieurs associations d'engager de façon conjointe une action de groupe. Il permet à celles-ci de se coordonner et de mieux assurer les liens avec les personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

Les associations plus petites pourraient ainsi agir comme lanceurs d'alerte et se joindre à d'autres associations plus grandes et plus structurées, capables d'assurer le suivi de la procédure dans le temps.

**M. Bernard Accoyer.** Lorsque l'on additionne les nouvelles dispositions qui ont été adoptées – en particulier celles que M. Roumégas propose dans ses amendements et qui créent un climat de suspicion autour des experts – au dispositif des lanceurs d'alerte, on s'aperçoit que tout est en place pour provoquer des mouvements de panique. Cela risque d'être extrêmement dangereux et préjudiciable à la santé des Français.

**M. Hélène Geoffroy, rapporteure.** Monsieur Accoyer, les Français sont à même d'apprécier, sans paniquer, les situations auxquelles ils sont confrontés. Il suffit qu'ils soient bien informés.

Monsieur Roumégas, je suis défavorable à votre amendement – comme en première lecture. En effet, vous demandez la possibilité, pour plusieurs associations, d'introduire une action de groupe conjointe. En réalité, cet amendement est déjà satisfait. En effet, le singulier qui est employé dans le texte n'est pas exclusif du pluriel, comme le Gouvernement l'a confirmé en séance. Vous pourriez donc retirer votre amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS74 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*



**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Le Sénat a restreint l'intérêt à agir, dans le cadre d'une action de groupe, aux seules associations agréées au niveau national. Un débat nourri a eu lieu sur cette question en première lecture à l'Assemblée, qui a préféré s'en tenir à la rédaction initiale du projet de loi, pour deux raisons principales : d'une part, les conditions particulièrement strictes permettant l'agrément national, qui empêchent la constitution rapide d'une association *ad hoc* pour introduire une action de groupe en cas de survenance d'un nouveau dommage sériel ; d'autre part, le caractère géographiquement circonscrit de certains dommages sériels, qui montre la nécessité de permettre à des associations régionales, bien au fait des dossiers, d'agir dans le cadre d'une action de groupe.

Cet amendement a donc pour objet d'en revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS98 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement propose d'apporter une précision aux situations concernées par l'action de groupe en santé, en réaffirmant que la procédure ne peut être utilisée que dans les cas justifiant un traitement collectif du préjudice subi.

En ce sens, l'une des conditions de recevabilité de l'action doit être la preuve de l'existence d'un groupe réellement homogène. En matière de santé, l'action de groupe implique donc de s'assurer que le groupe d'usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique présente une réelle homogénéité, c'est-à-dire que les spécificités de chaque membre du groupe qui requièrent un examen individuel ne constituent qu'un aspect mineur au regard du préjudice pour lequel les individus réclament collectivement réparation.

Le présent amendement vise à clarifier cette exigence d'homogénéité, afin que seules les affaires pour lesquelles l'action de groupe est la procédure la plus efficiente soient introduites.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Monsieur Door, je vais donner un avis défavorable à votre amendement. La raison même de la phase 1 de l'action est de « définir les conditions, par un juge, de sa recevabilité ». C'est donc au juge de dire que l'action de groupe se justifie, et qui peut s'y agréger. La précision que vous souhaitez apporter dans votre amendement ne se justifie pas.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine, en discussion commune, les amendements AS176 de M. Jean-Louis Roumégas et AS241 de Mme Michèle Delaunay.*

**M. Jean-Louis Roumégas.** Cet amendement vise à étendre aux victimes d'un préjudice sanitaire individuel provenant de l'exposition à des substances biocides la possibilité de porter une action de groupe. Le code de la santé publique y fait référence, sans les définir.

Selon un rapport de l'INSERM, certaines substances actives, autorisées aujourd'hui, pourraient être impliquées de manière isolée ou en mélange dans plusieurs pathologies chez l'adulte, avoir un impact sur la fertilité ou sur le développement de l'enfant.

Il est anormal d'autoriser des actions de groupe sur les seuls produits de santé, sans tenir compte de ces substances qui sont à l'origine de nombreux scandales sanitaires et d'actions individuelles en justice. Il nous paraît donc tout à fait justifié d'autoriser des actions de groupe sur ces substances-là. Il ne s'agit que de protéger les populations. Et si les industriels qui fabriquent ou utilisent ces substances pensent qu'elles ne sont pas dangereuses, ils n'ont rien à craindre des actions de groupe.

**Mme Michèle Delaunay.** Mon amendement est assez spécifique, puisqu'il vise à rendre possible l'action de groupe pour les victimes du tabac. Nous avons ouvert cette possibilité aux victimes de laboratoires produisant des produits de santé. Or il n'y a pas de laboratoire pharmaceutique au monde qui fasse preuve de plus de cynisme que les cigarettiers. Nous le savons tous, 79 000 familles sont endeuillées chaque année par la perte d'une personne dont le décès est dû au tabac, sans compter les milliers de jeunes et d'enfants qui entrent dans l'addiction sans qu'aucune information ne leur soit dispensée sur le sujet.

Nous ne pouvons pas priver ces milliers de victimes du secours de la justice. La possibilité d'une action de groupe leur permettrait par ailleurs de se regrouper et d'être efficaces. Aux États-Unis, la possibilité d'engager une action de groupe a grandement contribué à la réduction du tabagisme. Sa prévalence est passée de 57 % à 14 %, et la dernière amende prononcée, qui l'a été contre le cigarettier Reynolds, a atteint 23 milliards de dollars !

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Nous avons déjà débattu en première lecture de la question posée par l'amendement de M. Roumégas. J'avais dit que, sur le principe, il ne m'apparaissait pas souhaitable d'élargir le champ de l'action de groupe à des produits chimiques – biocides, phytosanitaires et pesticides.

Sur le fond, cela reviendrait à créer un nouveau régime de responsabilité sans faute, résultant de la seule exposition à ces produits. Comment, dans ce cas, désigner un responsable chargé d'indemniser les victimes ?

J'ajoute qu'une procédure générale d'action de groupe est en cours de création dans le projet de loi relatif à la justice du XXI<sup>e</sup> siècle en discussion au Sénat. Monsieur Roumégas, vous pourrez peut-être soulever cette question dans ce cadre-là, lorsque le texte viendra en discussion à l'Assemblée.

Enfin, votre rédaction a pour effet d'écraser une disposition adoptée en première lecture, à savoir l'interdiction d'engager une action de groupe faite aux associations qui ont pour activité annexe la commercialisation d'un produit de santé.

Sur l'amendement de Mme Delaunay, j'aurai également un avis défavorable – comme en première lecture.

Vous souhaitez l'introduction d'une action de groupe ayant pour cause commune la consommation de substances psychoactives addictives, comme l'alcool ou le tabac. Finalement, si le producteur ou le fournisseur de ce type de substances n'a commis aucun manquement, il pourrait voir sa responsabilité engagée, et être condamné à indemniser les victimes.

**Mme Michèle Delaunay.** C'est le but.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je comprends bien. Mais, dans le principe, peut-on être responsable des dommages causés par la consommation d'un produit que l'on commercialise légalement, et dont on respecte les conditions de commercialisation ? Il me semble en tout cas que cette question dépasse le cadre de l'article 45 du projet de loi.

**M. Bernard Accoyer.** Je voudrais m'exprimer contre ces amendements et déplorer que le Gouvernement et sa majorité n'aient pas déployé le même zèle, sous prétexte que la consommation de cannabis est interdite, en engageant des actions concrètes contre ce fléau. Et vous ne me ferez pas taire !

**M. Jean-Louis Roumégas.** L'objet de ces deux amendements n'est pas d'ouvrir la possibilité d'actions en justice contre des produits commercialisés légalement – cette possibilité existe déjà, et les procédures sont d'ailleurs nombreuses –, mais de permettre des actions de groupe en cas de mensonge des fabricants ou des distributeurs. C'est ce qui s'est passé aux États-Unis : les consommateurs ont gagné un procès contre l'industrie du tabac, qui avait menti sur le caractère addictif du produit. Cela n'a pas entraîné l'interdiction de vendre du tabac, mais la justice a condamné le mensonge avéré fait au consommateur.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je me rallie à l'avis de la rapporteure. Si l'on retenait votre amendement, madame Delaunay, l'action de groupe concernerait aussi toutes les substances psychoactives prescrites, notamment les somnifères et les hypnotiques.

**Mme Michèle Delaunay.** Non !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Si, dans la mesure où elles peuvent elles aussi donner lieu à une addiction.

*La Commission rejette successivement les amendements AS176 et AS241.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS103 de M. Jean-Pierre Door et AS177 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**M. Denis Jacquat.** Je propose d'exclure expressément les produits à finalité cosmétique du champ des produits concernés par l'action de groupe en matière de santé. Les produits cosmétiques répondent à la définition juridique des produits de santé, mais, à la différence des médicaments et des dispositifs médicaux, ils n'ont pas vocation à traiter des maladies, ni à atténuer les impacts ou à contribuer à leur diagnostic.

L'article L. 5131-1 du code de la santé publique définit le produit cosmétique comme « toute substance ou mélange destiné à être mis en contact avec les diverses parties superficielles du corps humain, notamment l'épiderme, les systèmes pileux et capillaire, les ongles, les lèvres et les organes génitaux externes, ou avec les dents et les muqueuses buccales, en vue, exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles ». L'achat d'un produit cosmétique est donc un acte de consommation courante.

Il ne nous paraît pas fondé d'inclure ces produits dans le champ de l'action de groupe en matière de santé, car ils ne présentent pas, en soi, un risque particulier justifiant une procédure d'exception en matière de recours des usagers.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Mon amendement vise à inclure les produits biocides dans le champ de l'action de groupe en matière de santé. S'il s'agit de substances pour lesquelles les procédures ont été respectées et à propos desquelles il n'y a eu ni mensonge ni désinformation, notamment quant à leur dangerosité, personne n'a rien à craindre. Mais il y a eu des cas – certains ont défrayé la chronique – de substances dangereuses pour leurs utilisateurs ou pour les riverains. Je rappelle que certains néonicotinoïdes sont encore autorisés en France, alors qu'ils font l'objet d'un intense débat. Il faut permettre les actions de groupe pour que la justice puisse trancher. De toute façon, il y aura des expertises. Ceux qui ont la conscience tranquille ne devraient pas refuser la possibilité de telles actions de groupe.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Avis défavorable à ces deux amendements. Les produits concernés par l'action de groupe sont ceux qui entrent dans le champ de surveillance de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM). Les produits cosmétiques en font partie, car leur usage peut, dans des cas heureusement rares, provoquer des dommages corporels. Deux exemples nous ont été signalés au cours des auditions : des teintures capillaires peuvent causer des allergies sévères allant parfois jusqu'à la desquamation ; des produits contenant du camphre ou du menthol ont pu provoquer des convulsions chez de jeunes enfants. Je propose de nous en tenir au champ des produits suivis par l'ANSM.

Quant à votre amendement, monsieur Roumégas, il vise non pas à restreindre, mais à étendre le champ des produits concernés par l'action de groupe. Tous les produits biocides ne sont pas, en effet, des produits de santé. Cependant, nous avons trouvé un équilibre, et il n'est pas opportun, selon moi, d'élargir le champ de l'action de groupe au-delà du domaine de la santé. Il convient de rester dans le cadre de l'examen de ce texte. Je vous renvoie à nouveau au projet de loi relatif à la justice du XXI<sup>e</sup> siècle actuellement examiné par le Sénat, qui prévoit la création d'une procédure générale d'action de groupe.

*La Commission rejette successivement les amendements AS103 et AS177.*

*Elle en vient à l'amendement AS75 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Le Sénat a ramené de cinq à trois ans le délai pendant lequel les victimes peuvent adhérer à une action de groupe. Or, de toute évidence, un délai de cinq ans permet de mieux prendre en compte la spécificité des dommages liés aux produits de santé, dont l'apparition peut être tardive. Je propose donc d'en revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, c'est-à-dire à un délai de cinq ans.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS344 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement vise à préciser que l'utilisateur n'est pas tenu d'adhérer à l'association requérante par l'intermédiaire de laquelle il a choisi d'agir.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** L'utilisateur peut décider de recourir ou non à une association lorsqu'il sollicite une indemnisation. La précision que vous souhaitez apporter est déjà prévue dans le texte : le mandat donné à une association requérante n'oblige pas l'utilisateur à adhérer à ladite association. Je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, je lui donnerai un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS343 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Il s'agit de faire explicitement référence aux organismes d'assurance maladie complémentaire parmi les tiers payeurs susceptibles d'engager un recours contre le responsable du dommage causé aux usagers du système de santé.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Lorsque l'utilisateur donne mandat à une association pour obtenir une indemnisation, il lui indique les organismes auxquels il est affilié pour la couverture des différents risques. Ces organismes pouvant être amenés à payer, ils sont évidemment informés de la procédure. Le texte mentionne les « organismes de sécurité sociale », ce qui recouvre non

seulement les organismes de base, mais aussi les éventuels organismes complémentaires. Votre amendement est donc satisfait. Je vous invite à le retirer.

**M. Gilles Lurton.** Je le maintiens, car il vaut mieux, selon moi, que le texte mentionne explicitement les organismes complémentaires.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette successivement les amendements AS345 et AS258 de M. Gilles Lurton.*

*Puis elle examine l'amendement AS76 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je propose que les sommes reçues par l'association au titre de l'indemnisation des usagers soient versées sur un compte spécifique de la Caisse des dépôts et consignations. Il s'agit de revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

**M. Bernard Accoyer.** Le Sénat a proposé que ces sommes soient versées soit sur un compte à la Caisse des dépôts et consignations, soit sur un compte ouvert par l'avocat auquel l'association a fait appel auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats (CARPA) du barreau dont il dépend. Pourquoi excluez-vous les CARPA, madame la rapporteure ? Nous aimerions être éclairés sur ce point.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Ainsi que je l'ai indiqué en première lecture, nous nous sommes calés sur l'action de groupe en matière de consommation. Il est possible qu'il y ait des évolutions sur ce point au cours du débat dans l'hémicycle, mais, à ce stade, je propose que nous en revenions à la rédaction adoptée par notre assemblée.

**M. Bernard Accoyer.** C'est totalement arbitraire et, surtout, stigmatisant à l'égard des avocats et des CARPA ! Nous dénonçons, une fois de plus, votre attitude dogmatique : ce texte instaure, par petites touches, une exclusivité publique et une étatisation du système. Le retour à la rédaction précédente ne se justifie en rien.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS111 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous proposons de confier le traitement des actions de groupe à quelques tribunaux de grande instance et tribunaux administratifs spécialisés. Compte tenu de la nouveauté de la procédure, cette spécialisation se justifie pleinement. Ces tribunaux développeront ainsi les compétences nécessaires. La désignation d'un nombre réduit de tribunaux spécialisés permettra aussi d'éviter un engorgement des tribunaux ordinaires. Une telle spécialisation s'inscrirait dans la continuité de la loi pour la croissance,

l'activité et l'égalité des chances économiques, qui a consacré la spécialisation des tribunaux de commerce.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Votre amendement soulève une question intéressante, que nous nous sommes posée au cours des auditions. Néanmoins, après analyse, nous avons préféré en rester aux règles de droit commun. En effet, c'est plutôt la spécialisation qui pourrait entraîner un engorgement, selon l'ampleur des actions de groupe. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS101 de Mme Valérie Boyer et AS112 de M. Jean-Pierre Door.*

**Mme Valérie Boyer.** Le texte prévoit que les dispositions relatives à l'action de groupe en matière de santé entreront en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2016, après l'adoption d'un décret en Conseil d'État. Cet amendement vise à repousser cette date au 1<sup>er</sup> juillet 2017, afin de laisser le temps nécessaire à l'adoption dudit décret, en l'absence duquel l'article 45 est inapplicable.

Par ailleurs, ce report permettrait d'avoir une meilleure visibilité sur les premiers effets produits par les actions de groupe engagées en matière de concurrence. Le décret attendu sur l'action de groupe en matière de santé pourrait ainsi bénéficier de ce retour d'expérience et gagner en effectivité.

**M. Denis Jacquat.** Même argumentation.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Avis défavorable. Il n'est pas utile de prolonger le délai prévu, qui paraît suffisant. De plus, l'entrée en vigueur de l'action de groupe est attendue.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS90 de M. Jean-Pierre Door, AS93 de M. Bernard Accoyer et AS109 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Denis Jacquat.** En l'absence de dispositions transitoires, mon amendement prévoit que l'action de groupe est applicable aux dommages résultant de faits générateurs de responsabilité postérieurs à l'entrée en vigueur de la loi. Il vise à éviter une insécurité juridique majeure qui se traduirait par des difficultés en matière d'assurances, préoccupantes tant pour les entreprises que pour l'indemnisation des personnes.

Les usagers pourront toujours être indemnisés puisqu'ils garderont bien évidemment la possibilité d'introduire des demandes individuelles soit devant les tribunaux, soit devant les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

**M. Bernard Accoyer.** Mon amendement est défendu.

**Mme Valérie Boyer.** Le projet de loi ne définit pas le moment à partir duquel l'action de groupe en matière de santé s'appliquera aux dommages survenus dans les domaines considérés. Cette imprécision est source d'insécurité juridique. Il est donc nécessaire de clarifier les dispositions du texte. Je propose que l'action de groupe en matière de santé s'applique seulement aux dommages résultant de faits générateurs de responsabilité postérieurs à l'entrée en vigueur de la loi.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Ces amendements reviendraient sur les modifications que la Commission puis l'Assemblée nationale ont adoptées en première lecture. Nous avons considéré que les dommages nés ou à naître causés par des produits qui ne seraient plus fabriqués, distribués ou prescrits à la date d'entrée en vigueur de l'article 45 devaient pouvoir faire l'objet d'une action de groupe. Le Sénat n'est pas revenu sur cette disposition. Ce serait un recul dommageable pour toutes les personnes potentiellement concernées. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle est saisie des amendements identiques AS110 de Mme Valérie Boyer, AS114 de M. Jean-Pierre Door et AS264 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** Le projet de loi prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation de l'action de groupe en matière de santé, trente mois au plus tard après la promulgation de la loi. Mon amendement vise à préciser que le rapport devra accorder une attention spécifique à l'impact de ces dispositions sur les entreprises et mesurer leur intérêt pour les usagers.

**M. Jean-Pierre Door.** Même argumentation.

**M. Gilles Lurton.** Mon amendement est défendu.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement demandant au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de l'action de groupe, au plus tard trente mois après la promulgation de la loi. Par définition, ce rapport dressera un bilan de l'application du dispositif pour les usagers comme pour les entreprises. Sinon, je ne vois pas très bien ce qu'il pourrait contenir ! Je vous invite donc à retirer ces amendements.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 45 modifié.*



*Article 45 bis B*

(art. L. 221-1 et L. 171-7 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Maîtrise du risque contentieux par la CNAMTS**

Cet article vise à rénover le rôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dans les procédures contentieuses menées par les caisses de son réseau.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté lors de l'examen du texte en séance publique à l'Assemblée nationale, sur proposition du Gouvernement. Il a pour objectif de renforcer la maîtrise du risque contentieux par la CNAMTS en coordonnant l'action des différents organismes et en permettant de formaliser une stratégie nationale de gestion des contentieux.

Le 1<sup>o</sup> de cet article insère une disposition à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale prévoyant que la CNAMTS donne aux caisses primaires d'assurances maladie, aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail et aux caisses générales de sécurité sociale un avis préalable à l'engagement d'un contentieux devant la Cour de cassation. Ce mécanisme s'inspire du dispositif existant en matière de recouvrement, l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale prévoyant ainsi que l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) autorise les organismes de recouvrement à porter les litiges devant la Cour de cassation.

Le 2<sup>o</sup> cet article donne compétence à la CNAMTS pour se substituer aux caisses primaires d'assurance maladie et aux caisses générales de sécurité sociale pour agir en justice en cas de faute civile ou d'infraction pénale susceptible d'avoir causé un préjudice à l'assurance maladie. Ces dispositions étaient, initialement, insérées dans un nouvel article L. 221-3-1-1 du code de la sécurité sociale.

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article a été modifié au cours de son examen par le Sénat en séance publique, sur proposition du Gouvernement.

La nouvelle rédaction du 2<sup>o</sup> étend la faculté de substitution de la CNAMTS, initialement prévue au nouvel article L. 221-3-1-1 du code de la sécurité sociale, en créant un nouvel article L. 171-7 dans le code précité. Cette faculté de substitution est tout d'abord étendue au règlement amiable des litiges, qui peuvent notamment intervenir dans les actions de groupe, et ne concerne donc plus uniquement l'action en justice. Cette faculté de substitution est également étendue, au-delà des seules branches du régime général gérées par la CNAMTS, aux autres organismes de couverture des risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, tels que le régime social des indépendants (RSI) ou la

mutualité sociale agricole (MSA). Cette double extension permet ainsi d'harmoniser encore davantage les réponses des différents acteurs face à ces litiges.

### **3. La position de la commission**

La Commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 45 bis B sans modification.*

#### *Article 46*

(art. L. 1110-4, L. 1111-5, L. 1111-7 et L. 1111-18 du code de la santé publique)

#### **Accès aux informations de santé**

Cet article vise à élargir le nombre et les droits des personnes pouvant accéder au dossier médical d'une personne décédée et à préciser les règles d'accès au dossier médical d'un majeur protégé.

En l'état, le concubin ou le partenaire lié par un Pacs ne peut, à moins d'avoir été désigné comme héritier légal du défunt, avoir accès aux informations de son dossier médical. Cet article aligne les droits du partenaire ou du concubin avec ceux des ayants droit pour l'accès aux informations médicales concernant une personne décédée. Il précise par ailleurs les conditions d'accès des titulaires de l'autorité parentale aux informations médicales concernant un mineur décédé ainsi que celles encadrant l'accès aux informations médicales concernant un majeur protégé.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté deux amendements à cet article. Le premier adapte la rédaction au déplacement des dispositions modifiant l'article L. 1110-4 du code de la santé publique à l'article 25 du projet de loi. Le second amendement a apporté une précision juridique « *visant à supprimer les mentions inutiles des héritiers et du conjoint de la personne décédée, déjà couverts par la notion d'ayants droit et précisant, pour les majeurs protégés, les dispositions du code civil visées* ».

En séance publique, les sénateurs ont adopté cet article ainsi modifié.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 46 sans modification.*

*Article 46 bis*

(art. L. 1141-5 à L. 1141-7 du code de la santé publique)

**Droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer**

Cet article a été ajouté par l'Assemblée nationale. Il crée un « droit à l'oubli » afin de faciliter l'accès des anciens malades du cancer au crédit et à l'assurance.

En I cet article ajoute au code de la santé publique un article L. 1141-5. Il prévoit que la convention mentionnée à l'article L. 1141-2, dite convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé), détermine les modalités et les délais au-delà desquels les personnes ayant souffert d'un cancer ne peuvent se voir appliquer d'exclusion de garanties ni de majoration de tarifs pour des contrats d'assurance relatifs à un crédit relevant de la convention (1). La convention prévoit également les délais au-delà desquels les informations médicales relatives aux pathologies cancéreuses ne peuvent plus être recueillies par les organismes assureurs. Ces modalités et délais doivent être révisés régulièrement en fonction des progrès thérapeutiques.

Cet article prévoit également que ces dispositions peuvent être étendues à des pathologies autres que cancéreuses, dès lors que les progrès thérapeutiques permettent de circonscrire durablement leurs effets.

L'article L. 1141-7 nouveau, dont le contenu a été adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, prévoit que la convention fixe également le montant maximal des majorations et la nature des exclusions de garantie qui peuvent être appliquées sur le fondement d'un risque aggravé lié à une pathologie.

Le **II** prévoit qu'à défaut d'une mise en œuvre du droit à l'oubli par la voie conventionnelle avant le 31 décembre 2015 ou, pour les pathologies autres que cancéreuses, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi, les délais et modalités prévus par l'article L. 1141-5 seront fixés par décret.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement supprimant l'article L. 1141-7 nouveau.

En séance publique, les sénateurs ont adopté trois amendements.

Le premier précise les délais définis par la convention AREAS au-delà desquels le droit à l'oubli intégral sera accordé aux anciens malades du cancer. Il fixe à 10 ans le délai maximum pour accorder le droit à l'oubli pour les pathologies cancéreuses. Il s'agit d'un progrès notable, l'avenant signé le 2 septembre dernier par les parties prenantes de la convention AERAS ayant retenu un délai de 15 ans.

---

(1) *L'article L. 1141-2 du code de la santé publique prévoit la signature d'une convention nationale conclue entre l'État, les organisations professionnelles du domaine du crédit, de l'assurance et de la mutualité et les organisations représentant les usagers du système de santé. Elle vise à faciliter l'accès au crédit des personnes « présentant un risque aggravé » en raison de leur état de santé ou d'un handicap.*

Le même amendement accorde à l'ensemble des mineurs un droit à l'oubli plus rapide après la fin des traitements, avec un délai maximum de cinq ans. Il étend également le droit à l'oubli intégral à cinq ans aux personnes de plus de 18 ans *« pour les localisations cancéreuses dont le taux global de survie nette à cinq ans est supérieur ou égal à celui des moins de dix-huit ans »*.

Enfin, il prévoit que c'est un décret en Conseil d'État qui déterminera les informations médicales susceptibles d'être demandées dans le formulaire de déclaration.

Le deuxième amendement prévoit que les organismes assureurs s'engagent à respecter les nouveaux délais fixés par la commission des études et recherches instituée par la convention AERAS.

Le troisième indique que les contrats de garantie emprunteur ne peuvent prévoir à la fois des surprimes et des exclusions de garanties.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine les amendements AS329, AS330 et AS287 de M. Arnaud Richard, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.*

**M. Arnaud Richard.** Le droit à l'oubli permettra aux anciens malades du cancer de ne plus mentionner cette maladie dans leurs antécédents médicaux lorsqu'ils contractent un prêt immobilier ou un crédit à la consommation. Il constitue une véritable avancée, que le groupe Union des démocrates et indépendants soutient sans réserve. En première lecture, nous avons d'ailleurs proposé de l'étendre aux personnes transplantées, qui s'exposent elles aussi à des refus systématiques de la part des assureurs ou des organismes de crédit.

C'est un sujet très délicat : ces personnes qui ont souffert de la maladie souffrent ensuite de discriminations dans certains actes de la vie quotidienne tels que la souscription d'un emprunt ou d'une assurance. Elles vivent ces discriminations comme de grandes violences. Il convient de saluer l'engagement pris par le Président de la République en la matière.

L'objectif de l'article 46 *bis* est de compléter la convention AERAS – « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé » –, dont la dernière modification doit entrer en vigueur le 31 décembre 2015. Or c'est bien le fond du problème : l'introduction dans la loi d'un certain nombre de dispositions de la convention risque de déséquilibrer le dispositif conventionnel. Mes amendements de suppression ne visent nullement à remettre en cause le droit à l'oubli, auxquels nous sommes très attachées, mais à préserver l'équilibre actuel. Ce sont non pas des amendements d'appel, mais « d'inquiétude ». De deux choses l'une : soit on applique la convention, soit on insère toute la convention dans la loi – on y viendra peut-être. À ce stade, selon nous, il ne faut pas perturber la mise en œuvre

de la convention par des dispositifs législatifs. Je me mets à la place de ceux qui devront l'appliquer et je ne comprends pas pourquoi la ministre de la santé a voulu inclure un article sur ce sujet dans le projet de loi. Ce sont des dispositions certes très importantes, mais de nature conventionnelle.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je reconnais que le débat peut prendre un tour paradoxal. D'une part, les différents partenaires intéressés ont négocié un avenant à la convention qui permettra aux anciens malades du cancer de ne plus déclarer cette maladie au bout d'un certain nombre d'années lorsqu'ils souscrivent une assurance. D'autre part, le Gouvernement présente un texte consacrant le droit à l'oubli, que le Sénat a réécrit sans nécessairement tenir compte de ce qui figure dans la convention. C'est la rédaction du Sénat que vous proposez de supprimer, monsieur Richard.

Il s'agit d'une question délicate. Laissons encore un peu de temps : la discussion dans l'hémicycle nous donnera l'occasion d'approfondir la réflexion sur la meilleure manière de ménager un équilibre entre ce qui est négocié et ce que le législateur doit imposer afin de s'assurer que le droit à l'oubli sera effectif. Je vous invite à retirer vos amendements. À défaut, je leur donnerai un avis défavorable.

**M. Arnaud Richard.** L'avancée résulte non pas des dispositions inscrites dans le texte, mais de la modification de la convention, signée récemment. La ministre de la santé commet une erreur : en insérant un article sur ce sujet dans sa loi, elle va mettre à mal ce qui a été négocié entre le Gouvernement et les acteurs de l'assurance. Ou alors, il faut incorporer toute la convention dans la loi.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Selon moi, on ne peut pas être défavorable à des mesures législatives qui visent à s'assurer que le droit à l'oubli, protecteur pour un certain nombre d'anciens malades, sera effectivement mis en œuvre. Il est arrivé dans le passé que des dispositions de cette nature ne soient pas appliquées. D'un autre côté, vous savez à quel point le Président de la République est attaché aux négociations entre partenaires intéressés. L'équilibre n'est pas si aisé à trouver.

**Mme Michèle Delaunay.** La rédaction proposée par le Sénat est susceptible de conduire à une amélioration de la convention, notamment en ce qui concerne les enfants, qui n'achètent généralement un bien immobilier qu'après un long délai. Dans leur cas, le droit à l'oubli n'entraîne pas de risque excessif pour les assurances. Il existe une marge de progrès intéressante en la matière.

**M. Denis Jacquat.** La rapporteure l'a parfaitement dit : il faut que le droit à l'oubli devienne rapidement effectif. Madame la présidente, nous discutons de cette question depuis des années au sein de notre commission. L'un de vos prédécesseurs, Jean-Michel Belorgey, s'était beaucoup battu pour trouver une solution. Or, jusqu'à présent, malgré toutes les promesses formulées au niveau national, nous nous sommes heurtés chaque fois à des obstacles. Dans nos

permanences, nous recevons tous d'anciens malades du cancer qui rencontrent des difficultés importantes lorsqu'ils veulent faire un achat immobilier ou souscrire un emprunt, parce qu'ils sont estampillés « victimes du cancer » et que l'on craint une éventuelle récurrence de leur maladie.

**M. Arnaud Richard.** J'ai entendu les arguments de Mme Delaunay. Le Sénat a en effet proposé des pistes intéressantes. Mais j'y insiste : le dispositif est soit conventionnel, soit légal. Soyons conscients que les dispositions que nous nous apprêtons à voter, aussi enthousiasmantes soient-elles, risquent de perturber la mise en œuvre de la modification de la convention. Rappelons que sa première version remonte à 1991 et qu'elle fait la fierté de la France. Je retire mes amendements, qui visaient avant tout à soulever le problème. J'espère que la ministre de la santé saura nous convaincre, en séance publique, de l'intérêt de l'article qu'elle souhaite introduire dans le projet de loi.

**M. Jean-Pierre Door.** La convention AERAS a vu le jour au cours de la dernière législature. Le 2 septembre dernier, il y a un peu plus de deux mois, elle a été révisée à l'unanimité des signataires pour inclure les nouvelles dispositions concernant le droit à l'oubli. Lors de sa réunion du 5 octobre, la commission de suivi de la convention – dans laquelle siègent des représentants des associations de malades, des consommateurs, des établissements de crédit, des assureurs, des médecins et de l'État, ainsi que des personnalités qualifiées – a rappelé son attachement à la mise en œuvre du droit à l'oubli dans le cadre de la convention. Les dispositions consensuelles que j'ai mentionnées doivent entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Certes, il est nécessaire de consacrer le droit à l'oubli, mais je vois mal comment nous pourrions revenir, par la loi, sur les dispositions existantes. Il faut laisser la commission de suivi travailler.

*Les amendements AS329, AS330 et AS287 sont retirés.*

*La Commission adopte l'article 46 bis sans modification.*

#### Article 46 ter

(art. L. 1232-1 et L. 1232-6 du code de la santé publique)

### **Renforcement du consentement présumé au don d'organes**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, clarifie les règles encadrant le prélèvement d'organes sur des personnes décédées.

En l'état, l'alinéa 2 de l'article L. 1232-1 du code de la santé publique prévoit que lorsqu'une personne décède, le prélèvement « *peut être pratiqué dès lors que la personne n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Il est révoquant à tout moment.* ». L'alinéa 3 ajoute que « *si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par*

*le défunt, par tout moyen, et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés. ».*

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a constaté que ces dispositions étaient ambiguës : dans les faits, dans le doute sur les volontés réelles du défunt, les proches s'opposent quasi-systématiquement au prélèvement. Cette opposition traduit rarement la volonté du défunt, mais plus souvent le malaise bien compréhensible des proches survivants et place l'équipe médicale dans une situation délicate. Pourtant, formellement, le droit n'invite les médecins qu'à vérifier une éventuelle opposition manifestée du vivant de la personne. L'esprit de la loi est donc clair mais sa transcription dans le code sujette à interprétation : elle laisse entendre à tort que les proches doivent être consultés et « valider » en quelque sorte le projet de prélèvement.

Elle a donc adopté un amendement du rapporteur, M. Jean-Louis Touraine, prévoyant que les proches demeureront informés des prélèvements envisagés et de leur finalité. Mais ils ne pourront manifester une éventuelle opposition exprimée par le défunt de son vivant. Dans la version adoptée par la commission, l'inscription sur le registre national devenait le moyen exclusif d'exprimer une opposition au prélèvement. Un décret en Conseil d'État devait fixer les conditions du dialogue entre les équipes médicales et les proches du défunt.

En séance publique, l'Assemblée nationale a modifié ce dispositif en prévoyant que l'inscription sur le registre national des refus ne serait que le moyen principal – et non exclusif – d'expression d'une opposition au prélèvement d'organes. Une référence aux bonnes pratiques arrêtées par le ministre chargé de la santé, définie sur proposition de l'agence de la biomédecine, est introduite pour guider l'information des proches.

Constatant la nécessité d'une meilleure information du public, la rédaction de l'alinéa 3 de l'article L. 1232-6 a également été complétée. Le décret en Conseil d'État, prévu par cet article, devra déterminer les modalités d'expression et de révocation du refus de prélèvement ainsi que d'information du public.

Regrettant « *la précipitation avec laquelle les évolutions proposées par le présent article ont été adoptées à l'Assemblée nationale* » et estimant « *qu'il n'est pas souhaitable que ces lois soient modifiées de la sorte, par des amendements à un texte dont l'objet est bien plus large* », la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article.

La rapporteure constate que le projet de loi contient pourtant de nombreuses dispositions qui touchent également à des questions éthiques, telles que l'interruption volontaire de grossesse, l'accès aux données de santé, ou encore la thanatopraxie. Elles n'ont pourtant pas entraîné un raisonnement similaire. Plus généralement, l'insertion d'une disposition dans ce texte ne se détermine pas nécessairement en fonction de l'intensité des débats qu'elle suscite. Il semble donc

à la rapporteure que le don d'organe trouve naturellement sa place dans un projet de loi traitant de questions de santé.

En conséquence, la commission a rétabli les dispositions adoptées à l'Assemblée nationale.

\*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS29 de M. Jean-Louis Touraine, rapporteur, et AS146 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Il s'agit de rétablir l'article 46 *ter*, supprimé par le Sénat, qui traite du prélèvement de greffons *post mortem*. Nous avons eu le débat en première lecture.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Même argumentation.

**M. Denis Jacquat.** Nous parlons du don d'organes depuis des années. C'est un véritable serpent de mer ! N'oublions pas que, dans notre pays, des gens meurent faute de greffon. Certains disent que ces dispositions n'ont pas leur place dans le texte, mais il faut absolument avancer sur ce point.

**M. Gilles Lurton.** J'ai beaucoup discuté de ces amendements identiques avec M. Touraine lui-même, et la phrase suivante me rassure : « Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité, conformément aux bonnes pratiques arrêtées par le ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence de la biomédecine. » Le dernier alinéa précise pour sa part : « Les I et II entrent en vigueur six mois après la publication du décret en Conseil d'État ». Je serai particulièrement attentif au contenu de ce décret, mais, en ce qui me concerne, je voterai cet amendement.

**M. Arnaud Richard.** Même si nous ne sommes pas tous d'accord, nous avons eu un débat de qualité sur ce sujet. Je reste pour ma part convaincu que le choix de chacun doit être inscrit sur la carte Vitale. J'espère que la ministre pourra nous donner satisfaction sur ce point très précis.

*La Commission adopte les amendements.*

*L'article 46 ter est ainsi rétabli.*



## CHAPITRE V

### Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé

#### Article 47

(art. L. 1111-8-1, L. 1435-6, L. 1451-1, L. 1460-1 [nouveau], L. 1461-1 à L. 1461-7 [nouveaux], L. 1462-1 [nouveau], L. 5121-28 du code de la santé publique, L. 161-28-1, L. 161-29, L. 161-30, L. 161-36-5 du code de la sécurité sociale, L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, art. 8, 25, 27, 53, 54, 55, 57, 61 et chapitre X de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés)

#### **Amélioration de l'accès aux données de santé médico-administratives**

Cet article définit le cadre d'une ouverture des données à caractère personnel figurant dans les bases dites « médico-administratives ». Il établit ainsi un nouvel équilibre entre l'ouverture des données, qui doit soutenir la recherche et l'innovation et optimiser les dépenses en santé, et la protection du droit fondamental au respect de la vie privée.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'article 47 du projet de loi rénove les conditions d'ouverture des données de santé tout en renforçant les mécanismes de protection de la vie privée. L'ouverture des données publiques en matière de santé – ou *open data* – repose désormais sur le pilotage stratégique de l'État, *via* le rôle confié par la loi au nouveau système national des données de santé (SNDS). Lorsque les données de santé ne sont pas totalement anonymisées, leur accès pour des recherches, études et évaluations d'intérêt public est restreint et s'accompagne de garanties renforcées destinées à protéger de manière effective la vie privée.

Outre l'adoption, sur proposition du Gouvernement, d'un chapitre préliminaire définissant les principes fondamentaux de l'ouverture des données publiques de santé, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté plusieurs dispositions visant à parachever ce nouvel équilibre entre ouverture des données de santé et protection des données privées.

Sur proposition de la rapporteure, le respect de la vie privée fait tout d'abord l'objet de garanties supplémentaires, insérées à l'article L. 1461-2 du code de la santé publique et à l'article 8 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ainsi, les données personnelles les plus sensibles ne seront accessibles en *open data* qu'après application de procédés d'anonymisation complète déclarés conformes par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), et toute infraction à l'interdiction d'utiliser l'*open data* en santé à des fins d'identification d'une personne pourra faire l'objet de sanctions.

Les conditions d'accès au SNDS, ensuite, ont été simplifiées par la consécration du principe de gratuité et la restriction de l'obligation de recourir à un intermédiaire aux seules personnes produisant ou commercialisant des produits

de santé et aux assureurs, et non plus à l'ensemble des demandeurs privés. Les dispositions relatives au tiers de confiance ont, par ailleurs, été clarifiées afin de séparer strictement les identifiants et les données de santé. Par ailleurs, des circonstances exceptionnelles ont été identifiées afin de permettre à la CNIL d'autoriser le recours à ce tiers pour retrouver l'identité d'une personne – notamment dans le cas d'un risque sanitaire grave.

Les missions du nouvel Institut national des données de santé (INDS) ont également été détaillées et rassemblées, étant en charge de la simplification des démarches de demande d'accès soumises à la CNIL et de la publication d'un rapport annuel au Parlement. Sur proposition de la rapporteure, l'INDS a vu sa compétence étendue aux jeux de données agrégés et aux échantillons, qui constituent une catégorie intermédiaire entre les données insusceptibles de réidentifier les personnes et les données présentant un risque d'identification des personnes. En conséquence, ces données pourront faire l'objet d'une mise à disposition dans des conditions préalablement homologuées par la CNIL.

Enfin, le rôle de la CNIL comme garant de la conciliation entre l'ouverture des données et la protection de la vie privée est conforté, en renforçant l'utilisation des procédures d'autorisation simplifiées afin de concentrer les moyens sur les autorisations *a priori* les plus complexes et sur les contrôles *a posteriori*. En outre, afin de faciliter le traitement des demandes d'autorisation par la CNIL, les avis rendus par le comité d'expertise scientifique ou par l'INDS sur ces demandes sont désormais enserrés dans un délai d'un mois.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Si la Commission des affaires sociales du Sénat a souligné le caractère équilibré de la rédaction de l'article 47, conciliant ouverture des données et protection de la vie privée, elle a néanmoins adopté des amendements visant à modifier certaines dispositions – et donc l'équilibre de cet article.

À l'initiative de ses rapporteurs, tout d'abord, la Commission des affaires sociales du Sénat a précisé le caractère irréversible de l'anonymisation des données mises à disposition du public en *open data*, et a défini des obligations méthodologiques devant être respectées par les responsables du traitement des données, à défaut de quoi une procédure d'autorisation préalable par la CNIL sera nécessaire.

La commission des affaires sociales a également adopté diverses dispositions à l'initiative de M. André Reichardt, rapporteur pour avis au nom de la Commission des lois :

– la définition des finalités interdites aux traitements des données de santé a été sensiblement élargie, en étendant le périmètre des organismes soumis à l'obligation d'intermédiation pour l'accès aux données de santé à tous ceux susceptibles d'en faire un usage commercial ou économique ;

– le périmètre des organismes soumis à l’obligation de passer par un cabinet d’études ou un laboratoire de recherche pour accéder aux données du SNDS – sauf à démontrer que les données auxquelles ils demandent l’accès ne permettraient pas techniquement de poursuivre une finalité interdite – a été élargi à l’ensemble des organismes à but lucratif ;

– l’interdiction pour l’entreprise concernée de conserver ou d’enregistrer ces données a été inscrite au II de l’article L. 1461-2 du code de la santé publique ;

– un droit d’opposition applicable aux études, recherches et évaluations sur des données de santé ne relevant pas d’une mission de service public est précisé, en référence à l’article 38 de la loi du 6 janvier 1978 précitée ;

– l’accès aux données du SNDS en cas d’urgence sanitaire ne relève plus du régime de la déclaration préalable mais de celui de l’autorisation ;

– le numéro de sécurité sociale (NIR) est explicitement exclu du champ des autorisations de traitement qui peuvent être données à des entreprises privées par la CNIL ;

– les jeux de données agrégées ou les échantillons pouvant faire l’objet d’une mise à disposition dans des conditions préalablement homologuées par la CNIL, sans nécessiter une autorisation, doivent garantir qu’aucune identification directe ou indirecte des personnes concernées n’est possible.

Plusieurs dispositions ont également été adoptées lors de l’examen du texte en séance publique, les amendements ayant tous reçu un avis favorable du Gouvernement. Ainsi, ces dispositions ajoutent un critère de confidentialité aux critères d’indépendance et d’expertise s’appliquant aux organismes ayant accès au SNDS, imposent la communication des résultats à la fin de la recherche même en cas de non-publication et prévoient de confier le NIR à un organisme tiers en matière de recherche afin d’éviter tout risque de dissémination. En outre, la dérogation à l’obligation d’information des personnes en matière de recherche lorsque les efforts sont disproportionnés par rapport à l’intérêt de la démarche a été supprimée.

### **3. La position de la commission**

Cet article repose sur un équilibre indispensable entre l’ouverture des données de santé, devant renforcer l’efficacité des politiques de santé publique, et la protection de la vie privée. Sur proposition de la rapporteure, outre des amendements rédactionnels, la Commission des affaires sociales a rétabli plusieurs dispositions visant à restaurer cet équilibre. Ces dispositions concernent :

– l’encadrement par la loi de la possibilité de retrouver l’identité d’une personne dont les données figurent dans le SNDS, pour l’avertir par exemple d’un risque sanitaire grave ;

– le périmètre des finalités interdites, devant être proportionné et nécessaire afin d’être centré notamment sur l’interdiction des discriminations en matière d’assurance ;

– le périmètre des organismes devant passer par un laboratoire de recherche ou un bureau d’études pour accéder aux données du SNDS, sauf à démontrer que les modalités techniques de mise en œuvre du traitement rendent impossible la poursuite d’une finalité interdite ;

– la possibilité de conserver ou d’enregistrer les données dans le cadre d’un traitement à des fins de recherche, d’étude ou d’évaluation ;

– l’application d’une procédure de déclaration préalable auprès de la CNIL en cas d’urgence ou d’alerte sanitaire ;

– la suppression des dispositions relatives aux procédures régissant les comités de protection des personnes (CPP), ces procédures étant déjà définies par la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite « loi Jardé ».

La rapporteure souligne, enfin, la nécessité de préciser dans la loi les conditions d’exercice d’un droit d’opposition à la réutilisation des données à des fins d’étude, de recherche ou d’évaluation ne relevant pas d’une mission de service public. La disposition introduite en ce sens par le Sénat, sur proposition de M. Reichardt, y contribue mais est susceptible d’évoluer d’ici l’examen du texte en séance publique, en concertation avec le Gouvernement, afin d’en préciser la portée.

La commission des affaires sociales a ainsi rétabli plusieurs alinéas de cet article dans leur rédaction adoptée à l’Assemblée nationale.

\*

*La Commission en vient à l’amendement AS313 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Il s’agit de rétablir un alinéa dans la rédaction adoptée en première lecture à l’Assemblée nationale. Il est normalement interdit à quiconque de ré-identifier les personnes dont les données figurent dans le système national des données de santé (SNDS). Une procédure d’exception doit néanmoins être prévue et encadrée par la loi lorsqu’il y va de l’intérêt de la personne concernée.

*La Commission adopte l’amendement.*

*Puis elle en vient à l’amendement AS314 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Il s'agit encore de rétablir un alinéa supprimé par le Sénat. Le code de la santé publique comporte plusieurs dispositions telles que l'obligation de passer par des intermédiaires dans certains cas ou des accès permanents pour certains organismes dont les missions de service public l'exigent. Cet amendement vise à garantir que l'ensemble des règles en vigueur soient prises en compte et acceptées.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS315 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS316 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Il s'agit de rétablir la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale à propos des finalités interdites qui empêchent l'accès aux données du système national de données de santé : d'une part, le ciblage de produits en direction de professionnels de santé ou d'établissements de santé pour optimiser la visite médicale ; d'autre part, la sélection du risque par les assureurs. En dehors de celles-ci, l'accès aux données doit être possible.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle se saisit de l'amendement AS317 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** De nouveau, il s'agit de rétablir un alinéa dans la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale.

Il faut redéfinir le périmètre des organismes soumis à l'obligation de passer par un cabinet d'étude pour accéder aux données. Soit les données relèvent de l'*open data* et l'on y accède librement parce qu'elles ont été complètement anonymisées et agrégées de telle sorte qu'une ré-identification est impossible, soit une ré-identification est possible et il faut passer par l'intermédiaire d'un organisme de recherche.

*La Commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, les amendements identiques AS73 de Mme Valérie Boyer et AS221 de M. Arnaud Robinet tombent.*

*Puis la Commission examine l'amendement AS318 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Il s'agit de rétablir la rédaction que nous avons adoptée en première lecture pour permettre l'enregistrement ou la

conservation de données à des fins de recherche ou à une fin permise par le présent texte.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS94 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** C'est un amendement de clarification. Le projet de loi conditionne le traitement de données à caractère personnel à des fins de recherche, d'étude au recours à un laboratoire de recherche ou à un bureau d'études, publics ou privés, chargés de réaliser le traitement.

Les responsables du laboratoire de recherche ou du bureau d'études présentent à la CNIL un engagement de conformité à un référentiel incluant notamment des critères de confidentialité. Cette référence pourrait être sujette à interprétation : si la confidentialité doit s'interpréter vis-à-vis des tiers à la recherche, l'étude ou l'évaluation, elle est tout à fait primordiale. En revanche, il ne saurait y avoir de confidentialité entre le laboratoire de recherche ou le bureau d'études et le promoteur industriel, à moins de vider de son sens toute collaboration entre eux.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je suis défavorable à cet amendement.

Je le rappelle : des finalités sont interdites. Pour accéder à des données susceptibles d'être identifiantes ou ne relevant pas de l'*open data*, et en l'absence de mission d'intérêt général, il faut passer par un laboratoire de recherche. Ce prestataire, évidemment, travaille toujours avec le commanditaire, mais il faut bien préserver la confidentialité, parce que tout l'intérêt de la procédure est de rendre impossible toute utilisation des données pour une finalité interdite. Pour une fois, je défends le texte adopté par le Sénat.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS96 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** C'est un amendement de rectification et de coordination.

Le projet de loi conditionne le traitement de données à caractère personnel au recours à un laboratoire de recherche ou à un bureau d'études. La rédaction actuelle de l'article prévoit que les responsables du laboratoire de recherche ou du bureau d'études présentent à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) un engagement de conformité à un référentiel, incluant notamment des critères d'indépendance.

S'il est naturel que le référentiel puisse inclure des critères d'expertise, cette notion d'indépendance est surprenante. Comment considérer qu'un

laboratoire de recherche ou un bureau d'études puisse être indépendant du promoteur industriel pour lequel il effectue une prestation ?

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** L'indépendance ne peut évidemment être que relative lorsque le prestataire répond à la commande d'un industriel. Cette précision est néanmoins une sécurité, afin que le prestataire en question ne soit pas simplement le faux nez, si j'ose dire, de son client ; il doit donc avoir une clientèle diversifiée. Sinon, le commanditaire et le prestataire pourraient, en fait, ne faire qu'un. En première lecture, plusieurs collègues ont souligné que l'indépendance des laboratoires vis-à-vis des industriels devait être garantie. Cela justifie cette précision.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS319 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS99 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** Les alinéas 35 à 48 de cet article portent sur les conditions d'accès aux données à caractère personnel du SNDS, dans le cas des traitements à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation au sens du chapitre IX de la loi « Informatique et libertés ». Il est ainsi prévu que l'accès aux données soit subordonné à la communication, avant le début de la recherche, d'une déclaration des intérêts du demandeur, en rapport avec l'objet du traitement et du protocole d'analyse et, dans un délai raisonnable après la fin de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation, de la méthode, des résultats de l'analyse et des moyens d'en évaluer la validité. Par ailleurs, est également prévue la publication par l'Institut national des données de santé (INDS) de la déclaration des intérêts, des résultats et de la méthode.

Dans la mesure où le projet de loi ne comporte aucune indication sur la mise en œuvre de ces obligations ni sur cette publication, il est nécessaire de renvoyer à un décret en Conseil d'État la détermination de ces modalités.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Je suis défavorable à cet amendement. Les dispositions prévues apportent déjà suffisamment d'éléments quant aux modalités et au calendrier de la publicité à donner à l'autorisation de la CNIL et à la déclaration d'intérêt du demandeur. Il n'est pas souhaitable de retarder encore davantage l'application de cet article par l'élaboration d'un décret en Conseil d'État. Le détail de la mise en œuvre relèvera de la CNIL et de l'INDS, en toute transparence.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte, successivement, l'amendement de coordination AS320 et l'amendement de précision rédactionnelle AS321 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS322 du même auteur.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Cet amendement vise à rétablir les alinéas 97 et 98 dans leur rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. Il faut pouvoir gérer des situations d'urgence, comme des alertes sanitaires, dans les délais les plus brefs possible. Il nous semble qu'une procédure de déclaration préalable auprès de la CNIL est plus adaptée qu'une procédure d'autorisation préalable.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS323 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

*Elle se saisit ensuite de l'amendement AS100 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** L'article 54 de la loi « Informatique et libertés » définit les conditions dans lesquelles les traitements informatiques de données de santé peuvent être réalisés dans le cadre des recherches menées aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. Le projet de loi dispose que la CNIL autorise les traitements de données personnelles en prenant en compte « l'intérêt public que la recherche, l'étude ou l'évaluation présente ». Or l'INDS est déjà investi de la mission d'« émettre un avis sur le caractère d'intérêt public que présente une recherche, une étude ou une évaluation ». Il ne paraît pas pertinent que la CNIL évalue ce caractère d'intérêt public alors que l'INDS a d'ores et déjà ce rôle.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** L'INDS peut être saisi, effectivement, pour se prononcer sur l'intérêt public d'une demande. Il peut s'autosaisir, mais il peut aussi ne pas s'autosaisir ni être saisi. Il revient donc bien à la CNIL d'autoriser ces traitements de données selon l'intérêt public de cette étude, recherche ou évaluation. Retirer cette mission à la CNIL serait une remise en cause profonde de son rôle, voire de son utilité. Je suis donc défavorable à cet amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS324 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Le texte issu des travaux du Sénat mentionne « le comité compétent de protection des personnes ». Il n'y a pas lieu de modifier, dans ce texte, les dispositions applicables aux comités de protection des personnes (CPP), régis par un texte spécifique, la loi Jardé. Je vous demande donc de revenir à la rédaction que nous avons adoptée en première lecture.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS102 de M. Bernard Accoyer.*



**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement est important pour ceux qui s'intéressent à l'avenir de la recherche et du développement de nouvelles molécules en France.

Les recherches cliniques ou biomédicales en santé sont soumises à des procédures administratives complexes. Elles sont soumises à des réglementations européennes et les demandes d'autorisation vont être amenées à transiter par un portail européen. Ces recherches doivent être autorisées par l'ANSM. Un avis favorable d'un comité de protection des personnes doit être obtenu, ainsi qu'une autorisation de la CNIL, après avis du comité d'expertise.

Le cumul de ces procédures préalables, ajouté à la complexité de l'examen de ces dossiers, rallonge d'année en année les délais d'autorisation administrative, et donc les délais de mise en place des recherches. Les essais cliniques offrent pourtant aux malades qui acceptent d'y participer un accès précoce aux nouveaux traitements innovants.

L'interposition dans le processus d'autorisation des recherches biomédicales d'un secrétariat rattaché à l'INDS, dont le seul rôle est d'orienter le dépôt des dossiers vers les instances compétentes, va encore considérablement compliquer la procédure et rallonger ces délais, alors que la sécurité des personnes n'est pas en cause. Ce dispositif pose la question de l'attractivité de la France en matière de recherches cliniques dans un contexte de compétition mondiale.

L'intervention d'une nouvelle strate administrative dans le processus d'autorisation des recherches doit donc être supprimée.

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** Vous nous expliquez, monsieur Accoyer, que ce secrétariat unique aurait pour seul rôle d'orienter le dépôt des dossiers vers les instances compétentes : c'est bien notre objectif, pour accélérer les procédures d'autorisation. La question était récurrente au cours des auditions auxquelles nous avons procédé : comment s'assurer que les autorisations soient délivrées rapidement, en particulier pour les études et les évaluations ?

Cependant, les recherches, que vous évoquez, ne sont pas concernées puisqu'elles doivent déjà respecter les contraintes fixées par le règlement européen sur les essais cliniques. C'est pourquoi nous les avons retirées de cet alinéa lors de l'examen en première lecture par notre assemblée. Si votre objectif est de garantir la rapidité des autorisations en matière de recherche, votre amendement est satisfait. Je vous propose donc de le retirer.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle se saisit ensuite de l'amendement AS394 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.*

**Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.** L'alinéa 126, relatif à la mise à disposition de jeux de données agrégées ou d'échantillons dans des conditions

préalablement homologuées par la CNIL, a été ajouté en première lecture à l'Assemblée.

L'exigence d'anonymisation complète de ces données introduite par le Sénat pose un double problème. Soit les données sont complètement anonymes et relèvent de l'*open data*, et le problème ne se pose pas, soit elles présentent un faible risque de ré-identification, et nous avons prévu une procédure d'homologation, dans des conditions approuvées par la CNIL, pour y faire face. Tenons-nous-en donc à l'équilibre auquel nous sommes parvenus en première lecture.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 47 modifié.*

#### *Article 47 bis*

(art. L. 6113-8 du code de la santé publique)

### **Transmission au SNDS des informations relatives aux auteurs des actes et prestations effectués en établissement public de santé**

Cet article prévoit la transmission au Système national des données de santé (SNDS) des informations relatives aux auteurs des actes et prestations réalisés au sein des établissements publics de santé.

#### **1. Les dispositions adoptées au Sénat**

Cet article, adopté lors de l'examen du texte en séance publique au Sénat sur proposition de MM. Houpert et Barbier, vise à permettre au SNDS de connaître les informations relatives aux praticiens qui exercent dans les hôpitaux publics afin de renforcer la sécurité des soins dispensés aux patients et de réduire les dépenses de l'Assurance maladie. S'agissant des établissements de santé privés, les auteurs des actes et prestations facturés à l'Assurance maladie sont aujourd'hui déjà identifiés par cette dernière.

Le droit en vigueur prévoit que les établissements publics de santé transmettent, à l'issue de chaque séjour hospitalier, un résumé de sortie standardisé à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ce résumé, qui ne contient pas le nom du malade mais uniquement un numéro de sécurité sociale, sert de base au financement de ces établissements en application du principe de tarification à l'activité (T2A). Depuis 2007, une copie de ces données est transmise par l'ATIH au Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), dans le respect des articles L. 161-28-1, L. 161-29 et R. 161-30 du code de la sécurité sociale.

L'article 47 *bis* prévoit, en conséquence, la transmission par les établissements publics de santé à l'ATIH des données relatives aux auteurs des actes et prestations réalisés dans ces établissements et facturés à l'Assurance

maladie. En application du droit en vigueur, l'ATIH transmettrait ensuite ces données au SNDS. Ces données seraient toutefois codées – afin d'être anonymisées – et n'auraient ainsi pour seul objectif que la meilleure connaissance des actes et prestations effectués dans les hôpitaux.

## **2. La position de la commission**

Cet article répond à une volonté de mieux maîtriser les dépenses de l'Assurance maladie et de renforcer la sécurité des soins en garantissant une meilleure connaissance des auteurs des actes et prestations remboursables. Néanmoins, il impose de nouvelles contraintes aux établissements publics de santé et à leurs praticiens, nécessiterait d'importantes adaptations des systèmes d'information et relève, en outre, du domaine réglementaire. Pour ces raisons, la rapporteure souhaite approfondir l'examen de cette disposition, en concertation avec le Gouvernement, d'ici les débats en séance publique.

La commission des affaires sociales a donc adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 47 bis sans modification.*

## **CHAPITRE VI Renforcer le dialogue social**

### *Article 48*

(art. L. 6156-1 à L. 6156-7 [nouveaux] du code de la santé publique)

### **Droit syndical et Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article détermine les règles essentielles du dialogue social des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

Il garantit le droit syndical des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

Il fixe également les règles de représentativité des organisations syndicales des personnels des établissements publics de santé

Sont appelées à participer aux négociations au niveau national les organisations syndicales ayant obtenu un résultat suffisant aux élections professionnelles. Le seuil fixé par la loi est de 10 % des suffrages exprimés au sein du collège électoral concerné lors des dernières élections du conseil supérieur des

personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques créé par le présent article. Les organisations concernées regroupent les organisations représentant les praticiens ainsi que les étudiants des mêmes disciplines.

Dans le cas particulier des négociations concernant les médecins, odontologistes et pharmaciens soumis à un statut, un critère supplémentaire doit être rempli. Les organisations syndicales doivent avoir obtenu au moins un siège dans au moins deux sections au sein du collège des praticiens hospitaliers de la commission statutaire également instituée par cet article.

L'article procède également à la création du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé. Depuis la suppression du Conseil des hôpitaux, il n'existait plus aucune instance nationale susceptible d'être un interlocuteur pour le Gouvernement et de donner un avis sur les textes. Cet article remédie précisément à cette lacune

Enfin, cet article introduit dans la loi la commission statutaire nationale qui peut être saisie des situations individuelles des médecins, odontologistes et pharmaciens dont le statut est établi par voie réglementaire.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article n'a pas fait l'objet de modifications par la commission des affaires sociales du Sénat. Il a cependant fait l'objet de modifications lors de son examen en séance publique.

À l'initiative du Gouvernement, un amendement a ainsi été adopté afin de réserver les dispositions prévues par l'article 48 aux seuls praticiens mentionnés aux chapitres I<sup>er</sup> et II du présent titre. En effet, les étudiants en médecine, odontologie et pharmacie, praticiens en formation, présentent, du fait de leur statut et du caractère temporaire de leurs fonctions, des spécificités qui conduisent à organiser avec eux le dialogue social selon des modalités ad hoc. Les étudiants et internes sont en effet représentés au sein d'associations et de syndicats dont les statuts et le mode de fonctionnement sont difficilement compatibles avec les critères de représentativité définis par l'article 48.

L'amendement vise également à assouplir la procédure de nomination du président du conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé, en prévoyant qu'il soit nommé par arrêté plutôt que par décret.

## **3. La position de la commission**

Les modifications apportées par le Sénat tendent à prévoir que les négociations concernant les étudiants ne relèveront pas du domaine de l'instance

nationale créée par cet article. Il s'agit d'une demande des étudiants en médecine, à laquelle la rapporteure s'est déclarée favorable.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 48 sans modification.*

#### *Article 49 bis*

### **Dispositions transitoires liées à la nouvelle délimitation des régions**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, tend à prévoir les dispositions transitoires nécessaires pour adapter les agences régionales de santé (ARS) à la nouvelle carte des régions.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article tend à tirer les conséquences pour les agences régionales de santé de la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

L'article organise le transfert de l'ensemble des droits et obligations, des biens meubles et immeubles et le transfert des différentes catégories de personnels exerçant dans les ARS.

Il prévoit également le maintien des accords et conventions locaux conclus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016 jusqu'à l'élaboration de nouvelles stipulations et des instances représentatives du personnel jusqu'au renouvellement du mandat des représentants du personnel et délégués du personnel et au plus tard, jusqu'au 14 septembre 2016.

Afin d'assurer la continuité du fonctionnement de l'agence, l'article prévoit que le budget initial des agences régionales nouvellement créées sera arrêté par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

Le dispositif prévoit enfin le maintien des caisses régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) actuelles pendant une période transitoire jusqu'à l'installation des nouvelles conférences et au plus tard le 30 juin 2016. Les ARS nouvellement créées procéderont à la coordination entre les conférences régionales de la santé et de l'autonomie de leur ressort.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article n'a pas fait l'objet de modification par la commission des affaires sociales du Sénat contrairement à ce qui s'est passé lors de son examen en séance publique.

À l'initiative du Gouvernement, un amendement a ainsi été adopté en séance publique afin de permettre aux nouvelles ARS issues de la réforme territoriale de disposer de documents financiers et budgétaires garantissant la continuité de leur fonctionnement.

L'amendement vise à autoriser les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie à approuver, en l'absence de conseil de surveillance, les comptes des ARS concernées par la réforme territoriale. Ils approuveront ainsi les comptes financiers 2015 des ARS actuelles ainsi que le premier budget annexe du fonds d'intervention régional des nouvelles ARS qui seront constituées.

## 3. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 49 bis sans modification.*

### Article 49 ter

(art. 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013)

### **Report de l'entrée en vigueur du dispositif d'assurance complémentaire collective à adhésion obligatoire pour les salariés qui bénéficient déjà d'une assurance maladie complémentaire de santé obligatoire au titre de leur affiliation au régime local d'Alsace Moselle**

Cet article, adopté par le Sénat à l'initiative du Gouvernement, tend à reporter de six mois l'application du dispositif d'assurance complémentaire collective à adhésion obligatoire pour l'Alsace Moselle.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les entreprises sont tenues de proposer une couverture collective complémentaire santé à leurs salariés. Une difficulté se pose en Alsace Moselle, du fait du régime assurantiel particulier de ces territoires.

S'agissant de la préservation des spécificités d'un régime local, une concertation s'est révélée nécessaire. Elle est mise en œuvre dans le cadre d'une mission temporaire auprès du Gouvernement relative au régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle et confiée aux sénateurs André Reichardt et Patricia Schillinger. Le report de six mois permettra de tirer profit des conclusions de la mission parlementaire et de laisser la possibilité aux acteurs concernés de mettre en place le dispositif retenu.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 49 ter sans modification.*

## **TITRE V MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'HARMONISATION**

### *Article 50 C [supprimé]*

(art. 146 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012,  
L. 252-1 du code des assurances et L. 1142-29 du code de la santé publique)

### **Dispositions relatives à la responsabilité civile professionnelle des praticiens, à la garantie des dommages et à la politique tarifaire des assureurs**

Cet article vise à modifier les conditions d'intervention du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé exerçant à titre libéral (FAPDS), à élargir les conditions de saisie par les médecins libéraux du Bureau central de tarification (BCT) et à rénover les missions de l'Observatoire des risques médicaux (ORM).

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article, introduit par voie d'amendement lors de l'examen du projet de loi en séance publique au Sénat sur proposition de M. Houpert, a pour objectif de modifier les règles relatives à la responsabilité civile professionnelle des praticiens, à la garantie des dommages et à la politique tarifaire des assureurs.

L'alinéa 1<sup>er</sup> de cet article introduit une disposition rétroactive dans le fonctionnement du FADPS – créé par la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 – afin de couvrir les contrats conclus, renouvelés ou modifiés à compter du 5 septembre 2001.

Les alinéas 2 et 3 élargissent les conditions de saisie du BCT par les médecins libéraux. Cette instance a été créée par la loi du 4 mars 2002 précitée dans le cas où des praticiens de santé, assujettis à l'obligation de souscrire une assurance pour couvrir leur responsabilité professionnelle, se heurteraient à deux refus. Le Bureau est alors compétent pour fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé. Cet article prévoit d'élargir cette compétence dans le cas où la prime d'assurance proposée aux praticiens est excessive et n'est pas justifiée par la sinistralité du demandeur.

Enfin, l'alinéa 4 vise à étendre les missions de l'ORM à la collecte des informations relatives aux primes versées par les praticiens de santé, afin notamment de pouvoir les comparer aux indemnisations versées par les assureurs.

## 2. La position de la commission

Cet article soulève plusieurs difficultés juridiques et financières. Le FADPS, tout d'abord, a été créé – et financièrement calibré – pour les réclamations mettant en jeu un contrat d'assurance conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Avancer sa compétence de plus de dix ans remettrait donc en cause son équilibre financier. Le rapport d'étape que doit remettre le Gouvernement au Parlement d'ici le 31 décembre 2016 permettra d'apprécier l'opportunité de modifier ou non sa compétence. Le BCT, ensuite, n'a pas été créé pour exercer une mission de régulation tarifaire mais pour garantir à chaque professionnel de santé la souscription d'un contrat d'assurance après deux refus. L'évolution de ses compétences ne pourra résulter que d'un véritable débat parlementaire et d'une concertation avec les acteurs concernés. Enfin, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) remplit aujourd'hui la mission de contrôle de l'adéquation des primes aux risques couverts et transmet chaque rapport à l'ORM ; il n'est donc pas souhaitable de la dessaisir de cette mission qui garantit la qualité des expertises menées.

Sur proposition du rapporteur, la Commission des affaires sociales a donc supprimé cet article.

\*

*La Commission examine l'amendement AS378 de M. Richard Ferrand, rapporteur.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure suppléant M. Richard Ferrand, rapporteur pour le titre V.** Cet article introduit par le Sénat comporte trois dispositions : premièrement, la modification rétroactive de la compétence du fonds de garantie des actes de prévention, de diagnostic et de soins, qui met en danger son équilibre financier ; deuxièmement, l'extension de la compétence du bureau central de tarification (BCT) à la régulation tarifaire, sans concertation avec les professionnels du secteur ; troisièmement, l'attribution à l'observatoire des risques médicaux (ORM) d'une mission aujourd'hui efficacement remplie par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Nous proposons donc de le supprimer.

*La Commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 50 C est supprimé.*



*Article 50 D*

(art. 390-0 *bis* [nouveau] du code des douanes)

**Imputation des frais de destruction des colis personnels  
de produits d'origine animale non conformes**

Cet article vise à faire peser sur les auteurs d'une infraction aux règles relatives aux colis personnels de produits d'origine animale les frais de destruction de ces colis.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Ces dispositions modifiant le code des douanes ont été adoptées au cours de l'examen du texte en séance publique au Sénat sur proposition du Gouvernement. Elles complètent le dispositif en vigueur, à la fois national et européen, relatif aux colis personnels de produits d'origine animale non conformes aux règles établies et pouvant ainsi être porteurs de dangers sanitaires.

Afin de responsabiliser les voyageurs et les compagnies de transport et de prévenir l'importation illicite de produits d'origine animale dans l'Union européenne, cet article permet de mettre à la charge du voyageur en infraction ou de l'opérateur de transports internationaux ayant participé à l'importation le paiement des frais liés à l'élimination des denrées saisies. Cette disposition doit donc permettre de lutter plus efficacement contre la multiplication de ces importations irrégulières, à partir d'un barème de frais établi par arrêté du ministre chargé des douanes.

**2. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 50 D sans modification.*

*Article 50*

**Habilitation à prendre par ordonnance des mesures de modernisation des  
groupements de coopération sanitaire**

Cet article habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé, des mesures relevant du domaine de la loi visant à faciliter la création et le fonctionnement de groupements de coopération sanitaire (GCS). Le **II** précise qu'un projet de loi de ratification de l'ordonnance devra être déposé dans les trois mois suivant sa publication.

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a fait l'objet d'amendements rédactionnels lors de son examen à l'Assemblée nationale.

### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Lors de l'examen de cet article, la Commission des affaires sociales du Sénat a supprimé le 1° relatif aux conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des GCS et aux modalités de détention et d'exploitation d'autorisations par un GCS, estimant que ces dispositions relèvent du débat parlementaire et ne doivent pas entrer dans le champ de l'ordonnance.

### **3. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 50 sans modification.*

#### *Article 50 ter*

(art. L. 211-2-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

### **Composition de la commission de recours amiable compétente pour statuer sur les litiges relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles**

Cet article vise à garantir la composition paritaire de la commission de recours amiable lorsqu'elle est appelée à statuer sur les litiges relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (AT-MP).

### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cette disposition, proposée par Mme Deroche au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat lors de l'examen du texte en séance publique, précise la composition de la commission de recours amiable. Cette dernière, lorsqu'elle statue sur les litiges AT-MP, doit respecter le principe de parité défini au 1° de l'article L. 211-2 du code de la sécurité sociale, impliquant un nombre égal de représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives, et de représentants d'employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives.

Contrairement au domaine de l'assurance maladie, où la jurisprudence du Conseil d'État a précisé que l'évolution de la composition du conseil d'administration des caisses voulue par le législateur en 1982 ne pouvait contraindre la commission de recours à être strictement paritaire, la branche AT-MP demeure autonome et paritaire. En conséquence, la commission de

recours amiable appelée à statuer sur les litiges AT-MP doit également être paritaire.

## **2. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 50 ter sans modification.*

### *Article 50 quater*

(art. L. 380-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

## **Création d'une pré-affiliation à l'assurance maladie des Français établis hors de France**

Cet article instaure un mécanisme de pré-affiliation à l'assurance maladie pour les Français résidant à l'étranger avant leur retour en France, afin de pouvoir bénéficier de l'affiliation dès leur retour.

## **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cette disposition, adoptée par le Sénat lors de l'examen du texte en séance publique sur proposition de Mme Deromedi, prévoit la possibilité pour les Français établis hors de France de s'inscrire auprès de la caisse de leur futur domicile avant leur départ en France, dès lors qu'ils remplissent les autres conditions d'affiliation au régime général prévues à l'article L. 380-5 du code de la sécurité sociale. Cette inscription à distance, effectuée au consulat avant le départ, vise ainsi à garantir le bénéfice des droits dès le retour en France.

## **2. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 50 quater sans modification.*

### *Article 51*

## **Habilitation à prendre par ordonnance des mesures d'amélioration et de simplification du système de santé**

Cet article habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance une série de dispositions visant à améliorer et à simplifier le système de santé. Un projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues à cet article.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article a fait l'objet de plusieurs modifications lors de son examen par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Sur proposition du rapporteur, la Commission a supprimé les *b* et *d* du 3° du I, relatifs à la fusion des comités consultatifs nationaux des trois corps de direction de la fonction publique hospitalière et à la suppression de l'obligation de présence physique du médecin aux côtés du manipulateur d'électroradiologie, dont l'insertion dans l'habilitation n'était pas justifiée. Ces dispositions ont été inscrites « en dur » dans le projet de loi, respectivement aux articles 51 *quinquies* et 51 *ter*, faisant ensuite l'objet d'une adoption conforme par le Sénat.

Sur proposition du Gouvernement, ensuite, la Commission des affaires sociales a complété le 6° du I afin de prévoir une possibilité d'inscription probatoire sur la liste des experts en accidents médicaux et de permettre aux autorités sanitaires d'accéder, sous conditions, aux dossiers d'expertise médicale traités par les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Enfin, de nouveau à l'initiative du Gouvernement et avec avis favorable du rapporteur, la Commission a élargi le champ de l'habilitation prévue au *d* du 3° du III relative à l'adaptation des conditions de transfert et de regroupement des officines de pharmacie au sein d'une commune ou de communes avoisinantes. Cette habilitation a ainsi été étendue aux conditions de création et de cession des officines.

Cet article a également fait l'objet de plusieurs modifications lors de son examen en séance publique à l'Assemblée nationale. Outre des amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté, sur proposition du rapporteur :

– un amendement supprimant le *a* du 1° du I, les mesures visées ayant été adoptées par la loi n° 2014-1545 du 20 décembre 2014 de simplification de la vie des entreprises et portant diverses dispositions de simplification et de clarification du droit et des procédures administratives ;

– un amendement modifiant le 1° du III relatif au régime des autorisations de soins et d'équipements matériels lourds des établissements de santé, afin que l'ordonnance intègre une révision des durées d'autorisation et que l'allègement des procédures concerne également les opérations de renouvellement, de transfert ou de cessions d'autorisation, aujourd'hui complexes.

Plusieurs amendements ont, enfin, été adoptés en séance publique sur proposition du Gouvernement, visant à :

– permettre l'application à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et au bataillon des marins-pompiers de Marseille des dispositions législatives du code de la santé publique relatives aux pharmacies à usage intérieur (PUI) en vigueur pour les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ;

– clarifier les dispositions relatives à la gestion et à la prise en charge par le centre national de gestion (CNG) de la rémunération des directeurs d’hôpital et des personnels médicaux titulaires mis à disposition des inspections générales interministérielles ;

– préciser les dispositions de l’habilitation relatives à la simplification de la législation en matière de traitement des données personnelles de santé prévues au *d* du 5° du I, afin d’étendre cette habilitation à la définition des conditions permettant de garantir une valeur probante aux données et documents de santé constitués sous forme numérique. Sur proposition de M. Bapt, un amendement a également été adopté afin de préciser que l’évaluation de conformité technique prévue au *c* du 5° du I, destinée à remplacer l’agrément des hébergeurs de données de santé, pouvait être effectuée par d’autres procédures d’accréditation d’organismes certificateurs que par le seul Comité français d’accréditation (COFRAC), afin de prendre en compte les exigences issues du droit de l’Union européenne ;

– étendre les dispositions de l’habilitation relatives à la simplification du système de santé prévues au 1° du III aux régimes d’agrément et d’autorisation de mise en service des transports sanitaires ;

– créer un III *bis* habilitant le Gouvernement à prendre par ordonnance, dans un délai de 24 mois à compter de la promulgation de la loi, des mesures visant à harmoniser les dispositions normatives relatives au contrôle des structures sociales et médico-sociales.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Lors de l’examen de cet article, la Commission des affaires sociales du Sénat a supprimé deux dispositions contenues dans l’habilitation demandée par le Gouvernement :

– les dispositions du 3° du III, visant à renforcer et simplifier l’accès aux soins de premier recours, ont été supprimées. La commission a indiqué que les conditions de création, de gestion et de fonctionnement des centres de santé et des maisons de santé et les dispositions relatives à l’installation des professionnels et au regroupement des officines de pharmacie apparaissent comme des questions devant être débattues, au regard de leur importance, et traitées par une loi et non par une ordonnance ;

– les dispositions du 7° du I, habilitant le Gouvernement à modifier, à droit constant, la terminologie et le plan des livres II, III, IV et V de la troisième partie du code de la santé publique, ont également été supprimées. S’appuyant sur les éléments contenus dans l’étude d’impact du projet de loi, la Commission des affaires sociales du Sénat a estimé que les changements prévus n’ont aucune portée normative et entraîneraient une discordance entre la terminologie du code de la santé publique et celle des politiques publiques, par exemple au regard de la

substitution des notions de tabac et d'alcoolisation à celles de tabagisme et d'alcoolisme.

Enfin, lors de l'examen de cet article en séance publique, le Sénat a supprimé le 1<sup>o</sup> du III relatif au régime des autorisations des activités de soins et d'équipements matériels lourds des établissements de santé, estimant que l'objectif d'une telle réforme n'est pas clairement défini et qu'une concertation est aujourd'hui en cours à ce sujet avec les professionnels de santé.

### 3. La position de la commission

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission se saisit de l'amendement AS79 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Valérie Boyer.** L'hébergement des données est déjà soumis à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978. La demande d'accréditation apporte une protection supplémentaire quand une structure fait commerce de l'activité de gestion de données. Il n'est donc pas souhaitable que les structures mutualisant leurs moyens pour gérer des données de santé soient soumises à une accréditation à but commercial. Il n'existe en outre aucun équivalent de cette accréditation en Europe. En l'état, le projet de loi contreviendrait à la législation européenne et au droit de l'informatique. C'est le droit classique des patients qui doit donc s'appliquer ici.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je suis défavorable à cet amendement, dont l'objet est de soustraire les établissements de santé et leurs fédérations à l'évaluation de conformité technique pour héberger des données. Rappelons simplement que deux établissements qui coopèrent pour soigner des patients ont toute liberté pour organiser leurs systèmes d'information sans avoir à passer par cette procédure. En revanche, certains établissements ou certaines structures de coopération ont développé une activité d'hébergement qui, bien que non lucrative au sens strict, conduit à construire une offre de service en situation de concurrence avec les prestataires privés. La même procédure doit donc s'appliquer.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS81 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Valérie Boyer.** Le Gouvernement ne saurait être habilité à prendre des mesures par ordonnance que si l'objectif est clairement défini. En l'espèce, le Gouvernement souhaite réformer en profondeur le droit des autorisations sanitaires, alors même que des discussions sont en cours sur ce sujet avec les professionnels de santé, et sans que le champ des mesures qu'il compte prendre

soit précisément circonscrit. Nous proposons donc de supprimer cet alinéa insuffisamment précis quant à son objet.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteur.** L'alinéa que vous proposez de supprimer a déjà été supprimé, chère collègue. Votre amendement est donc sans objet.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 51 sans modification.*

#### *Article 51 bis A*

(art. L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles)

### **Renforcement de la connaissance des financements versés aux établissements sociaux et médico-sociaux**

Cet article prévoit la transmission au représentant de l'État dans la région ou à l'agence régionale de santé (ARS) des décisions d'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements sociaux et médico-sociaux.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article, adopté lors de l'examen du texte en séance publique au Sénat sur proposition du Gouvernement, vise à fiabiliser la répartition par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des enveloppes financières de l'État dédiées aux concours financiers entre les conseils départementaux, ensuite versés aux établissements sociaux et médico-sociaux dans le cadre de la conférence des financeurs. Pour ce faire, le président du conseil départemental transmet au représentant de l'État dans la région ou au directeur général de l'ARS tout acte d'autorisation relatif à la création, à la transformation ou à l'extension de ces établissements.

Cette disposition doit permettre de disposer de données fiables et actualisées utiles tant pour les services de l'État que pour les conseils départementaux.

#### **2. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 51 bis A sans modification.*

### *Article 51 bis B*

(art. L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles)

## **Assouplissement de l'ouverture aux tiers des structures délivrant des soins à certains assurés mais n'ayant pas la qualité d'établissements médico-sociaux**

Cet article vise à faciliter l'évolution de structures qui, sans avoir la qualité d'établissements médico-sociaux, bénéficient d'une autorisation à délivrer des soins remboursables à certains assurés sociaux et souhaitent s'ouvrir aux autres assurés.

### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article, adopté lors de l'examen du texte en séance publique au Sénat sur proposition de M. Roche et des membres du groupe UDI-UC, a pour objet de simplifier l'ouverture aux tiers de certains établissements ou services antérieurement autorisés à délivrer des soins à certains assurés sociaux.

N'ayant pas le statut d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), puisqu'uniquement dédiés à leurs membres, de tels établissements ou services peuvent néanmoins – sans modifier leur capacité d'accueil – s'ouvrir à des tiers et ainsi répondre à un besoin. Tel est par exemple le cas de certaines collectivités religieuses, dont les membres sont de moins en moins nombreux et qui souhaitent aujourd'hui pouvoir accueillir des personnes extérieures, dans le respect des règles relatives à l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Ces structures bénéficient déjà, en outre, d'une autorisation de délivrer des soins remboursables et de financements au titre des conventions conclues avec la caisse d'assurance vieillesse et maladie des cultes (CAVIMAC).

Or, dès lors que l'ouverture aux tiers ne vise pas à créer de nouvelles capacités d'accueil ni à accroître les financements publics, mais uniquement à répondre aux besoins collectifs en utilisant des capacités préexistantes, il convient de prévoir une disposition précisant que l'ouverture de telles collectivités aux tiers n'emporte pas la création d'un établissement médico-social, cette dernière devant s'accompagner d'un appel à projet auprès du président du conseil départemental et du directeur de l'agence régionale de santé (ARS).

En conséquence, l'ouverture de ces établissements aux tiers ne donnera lieu qu'à une autorisation dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles, précisant les règles d'organisation et de fonctionnement et les démarches d'évaluation.

### **2. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 51 bis B sans modification.*



*Article 51 quater*

(art. L. 6323-1 du code de la santé publique)

**Dispositions relatives aux missions des centres de santé et aux conditions d'accès aux soins en leur sein**

Cet article modifie les dispositions relatives aux missions et à l'organisation des centres de santé, rassemblées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article résulte de l'adoption par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale de trois amendements du rapporteur, rassemblés en un article unique pour des raisons légistiques. Les modifications apportées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique visent à :

– clarifier la définition et les missions des centres de santé, en précisant que les soins dispensés par ces centres peuvent l'être au sein du centre – sous forme ambulatoire – ou au domicile du patient, et que ces centres pratiquent les tarifs opposables ;

– identifier les obligations des centres de santé en matière d'information du public, s'agissant notamment de l'identification des lieux de soins et des activités sociales qu'ils assurent, afin d'éclairer le public sur leurs activités.

De nouvelles dispositions ont ensuite été adoptées lors de l'examen de cet article par l'Assemblée nationale en séance publique prévoyant :

– l'ouverture aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de la possibilité de créer et gérer des centres de santé ;

– le maintien de la possibilité pour les établissements de santé à but lucratif de créer et gérer des centres de santé ;

– la transformation de la possibilité pour le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'intervenir en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins en une obligation, afin notamment d'enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin ;

– l'exclusivité de l'appellation de centre de santé aux services remplissant les obligations prévues par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a reconnu la nécessité de définir plus précisément les missions des centres de santé et d'encadrer strictement les dérives constatées au sein de certaines de ces structures.

Cette Commission a néanmoins supprimé, sur proposition de ses rapporteurs, les obligations des centres de santé en matière d'information du public, prévues au 3°. Aucune modification n'a ensuite été adoptée au cours de l'examen du texte en séance publique.

### 3. La position de la commission

Sur proposition du rapporteur, de M. Robiliard et de M. Lurton, la Commission des affaires sociales a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, réinsérant ainsi les dispositions relatives aux obligations des centres de santé en matière d'information du public.

\*

*La Commission examine les amendements identiques AS259 de M. Gilles Lurton et AS325 de M. Richard Ferrand, rapporteur.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'amendement AS325 a pour objet de rétablir une disposition adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale, définissant les obligations des centres de santé en matière d'information des usagers. Cette communication à caractère informatif s'inscrit dans la lignée de l'accord national signé le 8 juillet dernier entre les centres de santé et l'assurance maladie, notamment afin d'informer sur les actions de ces centres sur le site Ameli.fr.

**M. Gilles Lurton.** L'amendement AS259 est défendu.

*La Commission adopte les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 51 quater modifié.*

*Article 51 septies [supprimé]*

### **Habilitation à prendre par ordonnance des dispositions relatives aux ordres des professions de santé**

Cet article habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance, dans un délai d'un an, des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé. Un projet de ratification de l'ordonnance devra être déposé dans les trois mois suivant son adoption.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté lors de l'examen du texte par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, sur proposition du Gouvernement et avec un avis favorable du rapporteur. Sept ordres sont concernés par cette

habilitation : médecins, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers.

Aucune modification n'a ensuite été adoptée lors de l'examen de cet article en séance publique.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article, sur proposition de son rapporteur, estimant notamment que les sujets concernés devaient être débattus au Parlement et non traités par voie d'ordonnance.

## **3. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a maintenu la suppression de cet article.

\*

*La commission maintient la suppression de l'article 51 septies*

### *Article 51 octies*

(art. L. 4031-1, L. 4031-4 et L. 4031-7 du code de la santé publique)

### **Transfert des biens, droits et obligations des unions régionales de professionnels de santé**

Cet article prévoit le transfert des biens, droits et obligations des unions régionales de professionnels de santé (URPS) aux nouvelles unions créées en lien avec la nouvelle carte régionale et supprime leurs fédérations.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté lors de l'examen du texte par l'Assemblée nationale en séance publique, sur proposition du Gouvernement.

Il supprime dans son **I** l'obligation pour les URPS de se regrouper en fédérations régionales, en modifiant l'article L. 4031-1 du code de la santé publique.

Il tire ensuite les conséquences de la nouvelle carte régionale, prévue par la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, en prévoyant dans son **II** le transfert des biens, droits et obligations des URPS existantes à l'union qui sera constituée dans la nouvelle région lors de sa création. Jusqu'à cette date, les URPS actuelles conservent toutefois leur capacité juridique. En outre, leur transfert sera effectué à titre gratuit et ne donnera lieu à aucune imposition.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article a été l'objet de trois modifications adoptées sur proposition du Gouvernement lors de l'examen du texte en séance publique au Sénat, destinées à renforcer l'égalité de représentation des professionnels à Mayotte et à La Réunion :

– une URPS de l'océan Indien est créée afin d'exercer, pour chaque profession, les compétences aujourd'hui dévolues aux URPS de La Réunion et de Mayotte, reprenant ainsi le périmètre de leur principal partenaire institutionnel, l'Agence régionale de santé de l'océan Indien ;

– le système actuel garantissant un siège à un représentant des professionnels exerçant à Mayotte dans chaque URPS est maintenu afin de tenir compte de l'écart des effectifs de professionnels entre les deux îles ;

– des dispositions relatives à l'entrée en vigueur sont précisées, afin de ne pas heurter le processus électoral actuellement en cours pour les URPS. Ainsi, les premières élections ayant pour corps électoral l'ensemble des professionnels de La Réunion et de Mayotte interviendront au renouvellement suivant. Néanmoins, jusqu'à ce renouvellement, le représentant des professionnels exerçant à Mayotte est désigné par le représentant de l'État à Mayotte dans des conditions fixées par le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du même article L. 4031-7 du code de la santé publique.

## 3. La position de la commission

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 51 octies sans modification.*

### Article 52

(art. L. 2223-19, L. 2223-19-1 [nouveau], L. 2223-20 du code général des collectivités territoriales, et L. 311-4-1 du code de la santé publique)

### **Encadrement de la thanatopraxie et obligation vaccinale du virus de l'hépatite B (VHB) pour les thanatopracteurs en formation et en exercice**

Cet article vise à définir les conditions d'exercice de la thanatopraxie et les obligations vaccinales des professionnels concernés.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article, initialement sous la forme d'une habilitation à légiférer par voie d'ordonnance, a fait l'objet d'une réécriture globale lors de son examen par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Sur proposition du rapporteur, et avec l'avis favorable du Gouvernement, cet article inscrit ainsi « en

dur » dans le projet de loi les dispositions que le Gouvernement entendait prendre par ordonnance :

– le **I** définit les soins de conservation du corps, circonscrit la réalisation de ces soins dans des lieux dédiés et équipés et enrichit le contenu du règlement national des pompes funèbres d'une définition des conditions dans lesquelles peuvent intervenir les thanatopracteurs ;

– le **II** oblige les thanatopracteurs en exercice et en formation à être vaccinés contre l'hépatite B, afin de pouvoir lever l'interdiction de soins sur les corps des défunts de cette maladie, aujourd'hui prévue par voie réglementaire.

Lors de son examen en séance publique par l'Assemblée nationale, outre des amendements rédactionnels, cet article a vu ses dispositions relatives à l'interdiction de réaliser les soins de thanatopraxie en dehors de certains lieux précisée. Sur proposition du rapporteur, la réalisation de ces soins est désormais circonscrite dans des lieux « appropriés et équipés ».

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Outre un amendement rédactionnel adopté au stade de l'examen du texte par la Commission des affaires sociales du Sénat, cet article a été modifié lors de son examen en séance publique. Deux amendements identiques ont été adoptés, sur proposition de Mme Debré et de M. Marseille, supprimant l'obligation de pratiquer les soins de conservation dans des lieux appropriés et équipés.

## **3. La position de la commission**

Sur proposition de sa présidente, la commission des affaires sociales a rétabli l'obligation d'effectuer des soins de conservation dans des lieux appropriés et équipés, selon des critères définis par décret en Conseil d'État.

\*

*La Commission examine l'amendement AS297 de la présidente Catherine Lemorton.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il s'agit de prévoir que les soins de thanatopraxie soient réalisés dans des lieux appropriés et équipés, tels que les chambres funéraires et mortuaires.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement important vise à rétablir l'interdiction de pratiquer la thanatopraxie au domicile du défunt. L'importance du sujet justifie que notre assemblée s'en saisisse. C'est d'ailleurs pourquoi M. Ferrand avait souhaité graver dans le marbre de la loi les principes que le Gouvernement entendait initialement édicter par voie d'ordonnance.

Cette question suscite, vous le savez, un certain nombre d'interrogations et de débats. Sont en jeu à la fois le principe de précaution, le rapport de chacun de nous à la mort et au deuil et la place de la mort dans notre société. Après m'en être entretenue avec mon collègue Richard Ferrand, je m'en remets à la sagesse de la Commission.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** J'insiste. Plusieurs rapports, mentionnés dans l'exposé sommaire de l'amendement, font état de risques sanitaires, chimiques et environnementaux qui justifient cet amendement.

**M. Gilles Lurton.** Je souscris à ce que vient de dire Mme la rapporteure : il s'agit de s'interroger sur le rapport de chacun avec la mort. Or de nombreuses familles souhaitent encore pouvoir veiller leurs défunts à leur domicile. Cet amendement inspire de nombreuses inquiétudes. Il semble restreindre un peu plus les libertés et constituer une ingérence dans l'intimité de ces familles. Je me suis demandé s'il serait possible d'emmener le corps pour les soins avant de le ramener au domicile. Mais les coûts auxquels les familles doivent faire face s'en trouveraient triplés, ce que beaucoup ne pourraient assumer.

**Mme Valérie Boyer.** Cet amendement m'a quelque peu surprise. Le coût des actes funéraires est déjà particulièrement élevé. Si le corps était emmené pour les soins funéraires puis ramené au domicile, cela représenterait un surcoût que les familles ne pourraient assumer. C'est inenvisageable, sans parler du fait qu'une seule levée du corps est déjà traumatisante.

Si la famille souhaite pouvoir veiller un défunt mort à son domicile, il existe des sociétés de pompes funèbres, agréées, susceptibles de réaliser ces soins dans des conditions d'hygiène conformes aux normes actuelles. Ne retirons pas aux familles cette liberté. Laissons-les libres de pratiquer les rites funéraires de leur choix. Pourquoi vouloir supprimer cette intimité familiale ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je ne crois pas que cet amendement contrarie en quoi que ce soit l'intimité familiale. Les soins de présentation des corps, non invasifs, ne posent pas de problème. Cependant, si un acte invasif est prévu et expose à un risque sanitaire ou environnemental, nous devons bien, dans le cadre d'une loi de santé publique, protéger ceux qui survivent au défunt. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics et des politiques de tout faire pour garantir la plus grande sécurité dans le cas d'actes invasifs. J'y insiste : ce sont les actes invasifs qui sont visés, non ces soins non invasifs que sont déshabillage, toilette, désinfection, habillage et maquillage. Et les proches resteront maîtres du choix des soins à prodiguer au défunt.

**M. Arnaud Richard.** L'article 52 tend à combler un vide juridique, afin de remédier à certaines pratiques qui pouvaient nuire aux familles. Vous distinguez à juste titre les actes invasifs des actes cosmétiques. Mais, lorsque le corps d'un défunt a été transféré dans une chambre funéraire, son retour au domicile est interdit par des dispositions réglementaires. Les conséquences de

vos amendements, dont les motivations de santé publique se comprennent parfaitement, seront donc plus compliquées que vous ne le pensez.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 52 modifié.*

#### Article 52 bis

(art. L. 725-4 et L. 725-5 du code de la sécurité intérieure)

### **Simplification de l'agrément des associations agréées de sécurité civile souhaitant participer aux dispositifs prévisionnels de secours**

Cet article vise à lever les obstacles concernant l'agrément des associations de sécurité civile souhaitant participer aux dispositifs prévisionnels de secours et à rapprocher les conditions d'agrément du régime applicable aux services d'incendie et de secours concernant les évacuations de victimes.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Ces dispositions, adoptées lors de l'examen du texte en séance publique au Sénat sur proposition de Mme Troendlé, ont pour objet de faciliter l'agrément des associations agréées de sécurité civile (AASC) leur permettant de pratiquer des évacuations sanitaires urgentes de victimes en rapprochant leur régime de celui applicable aux services d'incendie et de secours (SSI). En complémentarité – et non en concurrence – avec ces services, ces dispositions doivent permettre d'éviter les ruptures dans la prise en charge des victimes.

Plusieurs mesures visent à lever les obstacles actuels. D'une part, la condition de détention d'un agrément de transport sanitaire pour procéder à ces évacuations urgentes de victimes, prévue par la référence à l'article L. 6312-2 du code de la santé publique, est supprimée. Les AASC effectueront ainsi ces évacuations dans le respect du régime défini à l'article R. 6312-15 du code de la santé publique, avec en outre l'obligation de satisfaire certaines conditions relatives aux diplômes et à l'équipement des véhicules de transport. D'autre part, la pratique de ces évacuations d'urgence de victimes par les AASC est conditionnée à la conclusion d'une convention avec le SSI, dans le prolongement des dispositifs prévisionnels de secours. Enfin, ces dispositions s'appliquent également au ressort de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et au bataillon des marins-pompiers de Marseille, et font alors l'objet de conventions spécifiques applicables à ces seuls ressorts.

Tout en levant les difficultés actuelles, cet article maintient néanmoins un haut niveau d'exigence, indispensable à la qualité de la prise en charge des victimes lors de leur évacuation par l'association agréée.

## 2. La position de la commission

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 52 bis sans modification.*

### Article 53

## **Habilitation à prendre par ordonnance des mesures d'adaptation du droit national au droit européen et au droit international**

Cet article habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures visant à adapter le droit national au droit européen et au droit international. Chacune de ces ordonnances devra faire l'objet d'un projet de loi de ratification dans un délai de trois mois suivant sa publication.

### 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cette habilitation à légiférer par ordonnance, qui contient des mesures très diverses et souvent complexes, a été l'objet de plusieurs modifications lors de son examen par l'Assemblée nationale.

Sur proposition du Gouvernement, des amendements ont été adoptés visant à :

– préciser que les mesures relatives à la protection contre les rayonnements ionisants, prévues au **1°** du **I**, devront inclure des mesures pour reconnaître la profession de physicien médical comme profession de santé ;

– inclure dans l'habilitation prévue au **2°** du **I** les mesures nécessaires à la mise en œuvre des actes délégués et des actes d'exécution prévus par la directive 2014/40 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, afin d'en faciliter la transposition ;

– étendre l'habilitation du Gouvernement à adapter les mesures prises dans cet article à l'outre-mer. Initialement prévue au **II** et restreinte aux dispositions prévues au **I**, cette habilitation est désormais inscrite dans un **V bis** afin de permettre l'application de l'ensemble des ordonnances de cet article à l'outre-mer.

En outre, à l'initiative du rapporteur, plusieurs dispositions relatives à la reconnaissance des qualifications des professionnels de santé au sein de l'Union européenne prévues au **IV** ont été inscrites « en dur » dans le projet de loi, à l'article 53 *ter*. Ces dispositions, techniquement simples, ne paraissaient pas devoir relever de l'habilitation à légiférer par ordonnance et ont en ce sens été



précisées à l'article 53 *ter*, comme l'élargissement de la liste des professions concernées à celle de conseiller en génétique ou la suppression de la fixation d'un quota annuel d'autorisations au regard du flux limité de professionnels demandeurs.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé, sur proposition de ses rapporteurs, trois habilitations à légiférer par ordonnance, estimant que ces habilitations demandées par le Gouvernement n'avaient qu'un « rapport lointain » avec l'objet du texte ou que l'importance des sujets nécessitait un débat réel au Parlement et ne justifiait pas son dessaisissement.

Ont ainsi été supprimées les demandes d'habilitations relatives :

- à la protection contre les rayonnements ionisants, prévue au 1° du **I** ;
- à la reconnaissance des qualifications professionnelles, prévue au 3° du **I** ;

– aux recherches biomédicales, prévue au **III**. La commission des affaires sociales du Sénat a estimé que la révision de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite « loi Jardé », doit se faire au terme d'un débat parlementaire, cette loi ayant elle-même été adoptée au terme d'un examen au Parlement de trois années.

## **3. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 53 sans modification.*

### *Article 53 bis*

(art. L. 1111-3, L. 1111-3-2 à L. 1111-3-6 [nouveaux] du code de la santé publique, L. 162-1-9, L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale et L. 141-1 du code de la consommation)

### **Information du patient sur les frais occasionnés par les activités de prévention, de diagnostic et de soins**

Cet article vise à garantir l'effectivité du principe d'information préalable du patient sur les prix en santé en redonnant de la cohérence aux dispositions législatives afférentes et en mettant notre droit national en conformité avec les dispositions prévues par le droit de l'Union européenne.

## **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article, introduit lors de l'examen du texte par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement, vise

à transposer plusieurs dispositions de la directive 2011/24/UE du Parlement et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers, afin de garantir que le prestataire de soins de santé fournisse au patient des informations claires sur les prix, sur leur statut en matière d'autorisation ou d'enregistrement et sur leur couverture d'assurance.

Ces dispositions étaient initialement insérées dans un article L. 1111-3-2 nouveau du code de la santé publique.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Lors de son examen en séance publique au Sénat, cet article a fait l'objet d'une réécriture d'ensemble, sur proposition du Gouvernement. La nouvelle rédaction modifie au **I** l'article L. 1111-3 du code de la santé publique afin d'exposer de manière plus claire les différentes obligations d'information du patient, déclinées dans les articles L. 1111-3-2 à L. 1111-3-6 du code précité :

– l'article L. 1111-3-2 prévoit l'information du patient sur les prix et les tarifs par affichage dans les lieux de réception des patients, par devis préalable au-delà d'un certain montant et, s'agissant des établissements de santé, sur les sites internet de communication au public ;

– l'article L. 1111-3-3 précise que les mesures réglementaires d'application de ce dispositif seront fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale ;

– l'article L. 1111-3-4 interdit la facturation au patient de frais non prévus par la législation de sécurité sociale, sans mettre fin à la liberté tarifaire des établissements ou des professionnels de santé ayant choisi de ne pas être liés par une convention avec les organismes d'assurance maladie obligatoire ;

– l'article L. 1111-3-5 rend les sanctions administratives du code de la consommation applicables aux manquements à ces obligations. Les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes seront habilités à rechercher et à constater ces manquements, passibles d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 euros pour une personne physique et 15 000 euros pour une personne morale ;

– l'article L. 1111-3-6 met notre législation en conformité avec la directive du 9 mars 2011 précitée, imposant aux États membres de veiller à ce que les prestataires de soins de santé fournissent des informations utiles aux patients. Elle reprend ainsi les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture, initialement prévues à l'article L. 1111-3-2 nouveau du code de la santé publique.

Le **II** de cet article procède ensuite à l'abrogation de dispositions du code de la sécurité sociale désormais redondantes avec les nouvelles dispositions du code de la santé publique.

Le **III** adapte, enfin, certaines sanctions conventionnelles prononcées par la caisse locale d'assurance maladie au regard des modifications adoptées au **I**, procédant ainsi à une coordination avec des dispositions du code de la consommation.

### 3. La position de la commission

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine les amendements identiques AS215 de Mme Fanélie Carrey-Conte et AS260 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Je retire mon amendement.

*L'amendement AS215 est retiré.*

**M. Gilles Lurton.** L'amendement rédactionnel AS260 tend à prévoir la consultation des complémentaires santé sur les questions de santé publique qui dépassent le champ de compétence de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Il propose donc de remplacer la consultation de l'UNOCAM par celle de chacune des familles de complémentaires santé.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je ne crois pas qu'il soit utile de passer par une procédure de décret, par définition lourde, pour définir les conditions de conclusion de l'accord visant uniquement à élaborer un devis. Les modalités particulières d'application des dispositions les plus complexes, en revanche, seront définies par un arrêté, comme le prévoit l'alinéa précédent. Je vous suggère donc le retrait de cet amendement. À défaut, avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement AS260.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS362 de Mme Fanélie Carrey-Conte et AS363 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Cet article prévoit qu'un devis normalisé des frais auxquels une personne pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins soit élaboré, après consultation de l'UNOCAM. Or il n'entre pas dans les missions de l'UNOCAM d'être consultée sur des questions de santé publique. Ce sont plutôt les fédérations d'organismes complémentaires qu'il faudrait consulter, puisqu'il s'agit de leur domaine d'expertise spécifique.

**M. Gilles Lurton.** L'amendement AS363 est défendu.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Les fédérations de complémentaires santé doivent prendre part à la création du devis normalisé

accompagnant les dispositifs médicaux. Néanmoins, contrairement à ce qu'affirme l'exposé sommaire, ces amendements ne visent pas les fédérations, mais l'ensemble des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance. Cela impliquerait que plus de 600 organismes participent à la même négociation pour trouver un accord. Si l'objectif est partagé, la rédaction que vous proposez ne peut donc être retenue. Je vous suggère donc de retirer vos amendements et de les retravailler d'ici à la séance.

*Les amendements sont retirés.*

*La Commission adopte l'article 53 bis sans modification.*

#### Article 54 bis

(art. L. 231-2 à L. 231-2-3 du code du sport)

### **Assouplissement des conditions de renouvellement des certificats médicaux d'aptitude sportive**

Cet article vise à assouplir les règles de renouvellement des certificats médicaux d'aptitude sportive.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté sur proposition du Gouvernement lors de l'examen du texte par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

La nouvelle rédaction des articles L. 231-2 à L. 231-2-3 du code du sport modifie les règles relatives à l'exigence d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive. Elle retire notamment la compétence donnée aux fédérations sportives de définir la périodicité des certificats médicaux pour l'obtention des licences dites de « loisir » afin d'allonger cette périodicité en la définissant par décret. Elle prévoit également la production d'un certificat médical spécifique pour certaines disciplines présentant des contraintes particulières relatives à la sécurité et à la santé des pratiquants.

Lors de son examen en séance publique par l'Assemblée nationale, cet article a fait l'objet de trois amendements, sur proposition de Mme Fourneyron, visant à distinguer plus clairement les règles applicables à l'obtention d'une licence définies au **I** de l'article L. 231-2 du code du sport – pour laquelle un certificat de moins d'un an est exigé – de celles applicables à son renouvellement définies au **II** de l'article précité – pour lequel la fréquence de présentation d'un nouveau certificat, qui doit également dater de moins d'un an, est définie par décret. Les modifications adoptées visent également à clarifier les dispositions permettant la délivrance d'un seul certificat médical au titre de plusieurs disciplines ou activités sportives, à l'exclusion des disciplines prévues à l'article L. 231-2-3 du code précité rendant nécessaire un examen médical spécifique au titre de leurs contraintes particulières.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Sur proposition du Gouvernement lors de son examen en séance publique au Sénat, cet article a été entièrement réécrit, tout en préservant les modifications apportées par l'Assemblée nationale en séance publique. La nouvelle rédaction vise à :

– élargir les dispositions fixées par décret, prévues au II de l'article L. 231-2 du code du sport, à l'ensemble des « modalités de renouvellement de la licence », et non plus la seule fréquence à laquelle la présentation d'un nouveau certificat est exigée. Cela permet notamment d'inclure dans ces dispositions la possibilité de soumettre le sportif à un auto-questionnaire de santé destiné à évaluer l'évolution de ses conditions de santé ;

– circonscrire la présentation d'un certificat médical lors de l'inscription à une compétition sportive, régie par l'article L. 231-2-1 du code précité, aux seules compétitions autorisées par une fédération délégataire ou organisées par une fédération agréée. Cette précision permet par exemple d'exclure du champ d'application de cet article les compétitions sportives organisées lors d'une fête d'école ;

– préciser les contraintes particulières de certaines disciplines rendant nécessaire un examen médical spécifique, inscrites à l'article L. 231-2-3 du code précité. Ces contraintes peuvent être liées à la sécurité et à la santé des patients ou à l'environnement spécifique dans lequel les disciplines se déroulent.

## 3. La position de la commission

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 54 bis sans modification.*

### *Article 54 quater*

(ordonnance n° 2015-1207 du 30 septembre 2015 relative aux mesures relevant du domaine de la loi nécessaires pour assurer le respect des principes du code mondial antidopage ; art. L. 232-14-1 et L. 232-14-4 du code du sport)

### **Ratification de l'ordonnance relative aux nouveaux principes du code mondial antidopage**

Cet article, introduit lors de l'examen du texte en séance publique au Sénat sur proposition du Gouvernement, vise à ratifier l'ordonnance n° 2015-1207 du 30 septembre 2015 qui intègre en droit interne les principes figurant dans la nouvelle version du code mondial antidopage.

## **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

En application de sa qualité de signataire de la convention contre le dopage dans le sport du 19 octobre 2005, la France doit transposer en droit interne les modifications apportées lors de chaque révision du code mondial antidopage.

Cet article a ainsi pour objet d'intégrer, par voie législative, les principes figurant dans la nouvelle version du code mondial antidopage, censée être entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015 dans les États signataires mais n'ayant jusqu'alors fait l'objet d'aucune mesure de transposition dans notre droit interne.

Cette ratification est rendue d'autant plus urgente dans le contexte de l'organisation par la France de grands événements sportifs internationaux, notamment l'Euro 2016 de football.

## **2. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 54 quater sans modification.*

### *Article 55*

## **Habilitation à réformer par ordonnance le service de santé des armées et l'institution nationale des invalides**

Cet article habilite le Gouvernement à réformer par ordonnance le service de santé des armées (SSA) et l'Institution nationale des invalides (INI). Les mesures envisagées visent à mettre en cohérence le cadre législatif régissant leur fonctionnement avec les dispositions du projet de loi et à améliorer leur articulation avec le service public hospitalier.

Cette habilitation est valable pour une période de deux ans, et un projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de l'ordonnance.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement déposé par le Gouvernement précisant et élargissant le champ de l'habilitation.

Ainsi, le 1<sup>o</sup> prévoit la mise en cohérence des dispositions du projet de loi et de celles relatives à l'activité de l'INI et du SSA. La nouvelle rédaction du 2<sup>o</sup> reprend et élargit le champ de l'habilitation. Elle insère une liste des dispositions pouvant être modifiées pour atteindre ces objectifs, à savoir en particulier :

– le renforcement de la contribution du SSA et de l’INI à la politique de santé publique et à la défense sanitaire ;

– l’amélioration de la réponse aux missions prioritaires de défense nationale.

Le 3° nouveau prévoit la modification des dispositions législatives relatives au personnel. Il s’agit notamment de favoriser leur mobilité.

Le 4° nouveau permet de rénover le cadre entourant l’activité des centres médicaux du service de santé des armées et de leurs équipes mobiles. Ils pourront délivrer des médicaments, sous la responsabilité d’un médecin ou d’un pharmacien, à l’ensemble des services concourant à la sécurité nationale et aujourd’hui exclus de leur périmètre d’intervention. Cette disposition concernera en particulier les services de la police nationale ou encore les unités militaires d’instruction et d’intervention de la sécurité civile.

Le rapporteur se réjouit que le Gouvernement ait fourni davantage de précisions sur ses objectifs.

La commission a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l’article 55 sans modification.*

#### Article 56 bis

### **Volet ultramarin des statistiques sanitaires**

Cet article prévoit qu’à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, toute statistique au niveau local publiée par les services du ministre chargé de la santé ou par des organismes dont il assure la tutelle comporte des données concernant les départements et les collectivités d’outre-mer.

#### **1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale**

Cet article a été adopté lors de l’examen du texte par la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale, sur proposition de Mme Monique Orphé et avec un avis favorable du rapporteur et du Gouvernement.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Supprimé lors de son examen par la commission des affaires sociales du Sénat, cet article a ensuite été rétabli lors de son examen en séance publique.

### 3. La position de la commission

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 56 bis sans modification.*

#### Article 58

(art. L. 1511-3 du code de la santé publique)

#### **Ratification d'une ordonnance relative à Mayotte**

Cet article vise à rapprocher les règles applicables à Mayotte de celles applicables en métropole ou dans les autres départements d'outre-mer en matière de santé publique et à mettre en conformité ce droit applicable avec le droit de l'Union européenne.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté sur proposition du Gouvernement lors de l'examen du texte par l'Assemblée nationale en séance publique.

Il tire les conséquences de l'accession du territoire de Mayotte au statut de département et adapte ainsi les dispositions applicables à Mayotte en matière de santé publique.

L'article 27 de la loi n° 2012-1270 du 20 novembre 2012 relative à la régulation économique outre-mer et portant diverses dispositions relatives aux outre-mer a habilité le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, les dispositions législatives nécessaires afin de rapprocher la législation applicable au nouveau département de Mayotte de celle applicable en métropole ou dans les autres collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution.

Cet article procède ainsi à la ratification de l'ordonnance n° 2013-1208 du 24 décembre 2013 relative à l'adaptation du code de la santé publique à Mayotte, adoptée sur le fondement de cette habilitation à légiférer. Il contient sept articles visant notamment à :

– étendre à Mayotte l'application de l'article L. 1221-9 du code de la santé publique, prévoyant qu'un arrêté ministériel majore dans les départements d'outre-mer les tarifs de cession des produits sanguins labiles et les tarifs de conservation des plasmas ;

– réécrire les dispositions du titre I<sup>er</sup> du livre V de la première partie du code de la santé publique relatives à la protection générale de la santé, en tirant notamment les conséquences de la non-application à Mayotte des dispositions relatives à la couverture maladie universelle (CMU), à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et à l'aide médicale d'État (AME) ;



– rapprocher, de manière plus générale, le droit applicable à Mayotte de celui applicable en métropole et dans les autres départements d’outre-mer, concernant notamment l’organisation du service départemental de la protection maternelle et infantile ou le régime des médicaments vétérinaires ou celui des dispositifs médicaux *in vitro*.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de coordination visant à prendre en compte le remplacement des comités consultatifs de protections des personnes dans la recherche biomédicale par des comités de protection des personnes (CPP) depuis la loi n° 2004-806 du 6 août 2004 relative à la politique de santé publique. Le **II** de cet article modifie en conséquence l’article L. 1511-3 du code de la santé publique.

## **3. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l’article 58 sans modification.*

### *Article 59*

(ordonnance n° 2015-1183 du 19 décembre 2013 relative à l’harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits de santé et à l’adaptation des prérogatives des autorités et des agents chargés de constater les manquements ;  
art. L. 5422-17, L. 5434-1 et L. 5451-1 du code de la santé publique)

### **Ratification de l’ordonnance relative à l’harmonisation des sanctions en matière de produits de santé**

Cet article, introduit lors de l’examen du texte en séance publique au Sénat sur proposition du Gouvernement, vise à ratifier l’ordonnance n° 2015-1183 du 19 décembre 2013 qui harmonise les sanctions pénales et financières en matière de produits de santé et adapte les prérogatives des autorités et des agents chargés de constater les manquements.

## **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cette ordonnance a pour objet de rendre les sanctions plus effectives en distinguant les infractions selon qu’elles présentent ou non des risques pour la santé. S’agissant des infractions ne présentant pas de risques pour la santé, il est prévu de substituer aux sanctions pénales des sanctions financières, jugées plus efficaces, prononcées par l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et par les agences régionales de santé (ARS). S’agissant des infractions entraînant des risques majeurs pour la santé publique, en revanche, les sanctions pénales sont maintenues et voient leur quantum augmenté.

Enfin, cette ordonnance renforce également les prérogatives de l'ANSM et des ARS, ainsi que celles de leurs agents chargés de constater les manquements. Tel est l'objet du **I** de cet article.

Cet article procède ensuite, dans son **II**, à des modifications de cohérence.

## **2. La position de la commission**

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 59 sans modification.*

\*

### **Titre**

*La Commission examine l'amendement AS368 de M. Gérard Sebaoun, rapporteur.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Avec l'ensemble des rapporteurs du texte, je propose de rétablir le titre que nous avons adopté en première lecture : « Modernisation de notre système de santé ».

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'ensemble du projet de loi modifié.*

\*

\* \*

*En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi figurant dans le document annexé au présent rapport.*

**ANNEXE :**  
**LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES**

*(par ordre chronologique)*

- **Conseil national de l'ordre des infirmiers** – **M. Didier Borniche**, président, **M. Olivier Drigny**, vice-président, et **M. Yann de Kergruenec**, directeur
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)** – **Dr Patrick Bouet**, président
- **Imperial Tobacco-Seita** (\*) – **Dr Axel Gietz**, directeur des affaires corporate du groupe Imperial Tobacco, **M. Éric Sensi**, directeur des affaires corporate de Seita, et **Mme Clémence Rouquette**, responsable des relations institutionnelles de Seita
- **JT International France SAS** – **M. Benoit Bas**, directeur des relations extérieures, et **Mme Charlotte du Closel**, responsable des affaires réglementaires
- **British American Tobacco France** – **Mme Soraya Zoueihid**, présidente, et **Mme Géraldine Etchepare**, responsable des affaires institutionnelles
- **Philip Morris France SAS** – **M. Antoine Lefranc**, directeur des affaires publiques et de la communication, et **M. Samuel Baroukh**, responsable des affaires publiques
- *Table ronde syndicats des infirmiers*
  - **Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL)** – **M. Jean-Louis Bouvet**, administrateur national
  - **Fédération nationale des infirmiers (FNI)** – **M. Philippe Tisserand**, président
  - **Intersyndicale** – CGT : **Mme Annick Picard** – UNSA : **Mme Karine Roger** – CFDT (\*) : **Mme Nicole Peruez** – FO : **M. Didier Birig**
  - **Convergence** – **M. Marcel Affergan**, vice-président
  - **Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (SNIIL)** – **Mme Régine Langlade**, administrateur national
  - **Coordination nationale infirmière (CNI)** – **Mme Nathalie Depoire**, présidente du syndicat

– **Collectif Résilience** – **M. Pascal Odabachian**, chef de délégation, et **MM. Frédéric Delbes** et **Didier Lantz**, membres

- **M. Édouard Couty**, ancien directeur de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), chargé d'une mission de médiation relative à la création d'un ordre national des infirmiers par le ministre de la Santé en 2005
  - **Fédération des jouets et de la puériculture** – **M. Michel Moggio**, directeur général, et **Mme Dorothée Dayraut**, directrice du pôle affaires publiques, Grayling France
  - **Syndicat national des infirmiers conseillers de santé (SNICS-FSU)** – **M. Christian Allemand**, secrétaire général du SNICS, et **Mme Carole Pourvendier**, membre du Bureau national du SNICS
  - **Syndicat national des professionnels du bronzage en cabine (SNPBC) (membre de l'European Sunlight association)** – **M. Marc Boutet**, président, **M. Édouard de Tinguy**, cabinet gplus France, et **M. David Simhon**, avocat conseil du SNPBC
  - **Fédération addiction** – **M. Jean-Pierre Couteron**, président, psychologue clinicien en CSAPA, **M. Georges Martinho**, adjoint à la délégation générale, et **Mme Caroline Prat**, chargée de mission auprès de la délégation générale
  - **Syndicat national des agences de mannequins (SYNAM)** – **M. Cyril Brule**, président, et **Mme Isabelle Saint-Felix**, secrétaire générale
- M. René Fontanarava**, représentant de la **Confédération française démocratique du travail** (\*) – **Communication conseil culture** – **Syndicat national des artistes et des professionnels de l'animation, du sport et de la culture (CFDT-F3C-SNAPAC)**
- M. Frank Laffitte**, représentant de la **Fédération des arts, du spectacle, de l'audiovisuel et de la presse** – **Force Ouvrière (FO-FASAP)**
- **Fédération nationale de la Mutualité française** – **M. Étienne Caniard**, président, et **M. Emmanuel Roux**, directeur général
  - **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **M. Nicolas Revel**, directeur général

(\*) Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de l'Assemblée nationale, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.