

# ASSEMBLÉE NATIONALE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

---

---

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

12<sup>e</sup> Législature

**SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004**

8<sup>e</sup> séance

**COMPTE RENDU INTÉGRAL**

3<sup>e</sup> séance du mardi 7 octobre 2003



## SOMMAIRE

### PRÉSIDENCE DE M. RUDY SALLES

1. **Politique de santé publique.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 8212).

#### DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 8212)

##### Avant l'article 6 (p. 8212)

Amendement n° 167 de la commission des affaires culturelles : MM. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, rapporteur ; Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. – Adoption.

Amendement n° 437 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

##### Article 6 (p. 8213)

Amendement n° 29 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 30 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 293 de M. Le Guen : Mme Catherine Génisson, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 31 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 32 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 6 modifié.

##### Après l'article 6 (p. 8214)

Amendement n° 438 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur, le ministre. – Rejet par scrutin.

Amendement n° 439 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur, le ministre, Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Génisson, M. Maxime Gremetz. – Rejet par scrutin.

Amendement n° 440 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

##### Article 7 (p. 8216)

Amendement n° 33 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 34 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 441 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 7 modifié.

##### Après l'article 7 (p. 8218)

Amendement n° 194 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

M. Maxime Gremetz.

#### *Suspension et reprise de la séance* (p. 8218)

##### Article 8 (p. 8218)

M. Maxime Gremetz, Mme Marie-Hélène des Esgaulx.

Amendement n° 35 de la commission, avec le sous-amendement n° 558 de M. Le Guen : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Marie Le Guen. – Rejet du sous-amendement ; adoption de l'amendement.

Adoption de l'article 8 modifié.

##### Article 9. – Adoption (p. 8220)

##### Après l'article 9 (p. 8220)

Amendement n° 36 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Retrait.

##### Avant l'article 10 (p. 8221)

Amendement n° 259 corrigé du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 260 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 257, deuxième rectification, du Gouvernement, avec le sous-amendement n° 540 de la commission, amendement n° 39 rectifié de la commission et amendements identiques n°s 74 rectifié de la commission et 203 rectifié de Mme Billard : MM. le ministre, le rapporteur, Mme Martine Billard, MM. Jean-Marie Le Guen, Claude Evin, Maxime Gremetz, Denis Jacquat. – Adoption du sous-amendement n° 540.

M. Gérard Bapt. – Adoption, par scrutin, de l'amendement n° 257, deuxième rectification.

Les amendements n°s 39 rectifié, 74 rectifié et 203 rectifié n'ont plus d'objet.

Amendements n°s 453 rectifié de M. Préel et 258 rectifié du Gouvernement : MM. Jean-Luc Préel, le ministre, le rapporteur. – Rejet de l'amendement n° 453 rectifié ; adoption de l'amendement n° 258 rectifié.

Amendement n° 261 rectifié du Gouvernement, avec le sous-amendement n° 541 de la commission : MM. le ministre, le rapporteur, Jean-Marie Le Guen, Claude Evin, Denis Jacquat, Maxime Gremetz. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n° 262 du Gouvernement : M. le rapporteur. – Adoption.

##### Article 10 (p. 8231)

Amendement n° 178 de Mme Fraysse : MM. Maxime Gremetz, le rapporteur, le ministre, Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendement n° 271 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur, Mme Catherine Génisson. – Adoption de l'amendement n° 271 rectifié.

M. Maxime Gremetz.

#### *Suspension et reprise de la séance* (p. 8232)

Amendements n°s 37, deuxième correction, de la commission et 419 de M. Le Guen : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption de l'amendement n° 37, deuxième correction, rectifié ; l'amendement n° 419 n'a plus d'objet.

Amendement n° 38 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 10 modifié.

Après l'article 10 (p. 8233)

Amendement n° 399 de la commission : MM. le rapporteur, Denis Jacquat, le ministre, Jean-Marie Le Guen, René Couanau, vice-président de la commission des affaires culturelles : MM. Yves Bur, Denis Jacquat, Claude Leteurtre. – Rejet.

Amendement n° 263 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 264 rectifié du Gouvernement, avec les sous-amendements n°s 544, 545 et 546 de Mme Génisson : MM. le ministre, le rapporteur, Mme Catherine Génisson. – Adoption du sous-amendement n°s 544 ; rejet du sous-amendement n° 545 ; adoption du sous-amendement n° 546 et de l'amendement modifié.

Article 11 (p. 8237)

Amendements identiques n°s 40 de la commission et 294 de M. Le Guen : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 387 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

L'amendement n° 41 de la commission n'a plus d'objet.

Adoption de l'article 11 modifié.

Article 12 (p. 8238)

Amendement n° 270 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 272 rectifié du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 255 corrigé du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 42 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 12 modifié.

Avant l'article 13 (p. 8239)

Amendement n° 265 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Article 13 (p. 8239)

M. Maxime Gremetz.

Amendement n° 442 de M. Prél : MM. Claude Leteurtre, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 43 corrigé de la commission et 420 de M. Le Guen : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 44 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 45 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 179 de Mme Fraysse : MM. Maxime Gremetz, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 46 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 47 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendements n°s 48 de la commission et 180 de Mme Fraysse : MM. le rapporteur, le ministre, Maxime Gremetz. – Adoption de l'amendement n° 48 ; l'amendement n° 180 n'a plus d'objet.

Amendement n° 49 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 50 de la commission : MM. Denis Jacquat, le ministre, Maxime Gremetz, le rapporteur, Mme Catherine Génisson. – Retrait.

Mme Catherine Génisson, M. Denis Jacquat.

Amendement n° 256 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Les amendements n°s 51 de la commission, 181 de Mme Fraysse et 13 et 14 de M. Lasbordes n'ont plus d'objet.

Adoption de l'article 13 modifié.

Après l'article 13 (p. 8244)

Amendement n° 371 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 481 de Mme Rimane : Mme Juliana Rimane, MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendements n°s 350 rectifié de M. Evin, 557 rectifié du Gouvernement et 389 de Mme Rimane : MM. Claude Evin, le rapporteur, le ministre, Mme Juliana Rimane. – Rejet de l'amendement n° 350 rectifié ; adoption de l'amendement n° 557 rectifié ; l'amendement n° 389 n'a plus d'objet.

Amendements n°s 332 de M. Evin et 388 corrigé de Mme Rimane : Mme Juliana Rimane, MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption de l'amendement n° 322 ; l'amendement n° 388 corrigé n'a plus d'objet.

Amendement n° 52 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendements n°s 443 et 444 de M. Prél : MM. Claude Leteurtre, le rapporteur, le ministre. – Rejets.

Les amendements portant articles additionnels avant l'article 14, l'article 14, le rapport annexé et les amendements portant articles additionnels après l'article 14 sont réservés jusqu'après les amendements portant articles additionnels après l'article 51.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

2. Dépôt de propositions de résolution (p. 8247).
3. Ordre du jour des prochaines séances (p. 8248).

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTE DE M. RUDY SALLES,  
vice-président**

M. le président. La séance est ouverte.  
(*La séance est ouverte à vingt et une heures trente.*)

1

## POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

### Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi relatif à la politique de la santé publique (n<sup>os</sup> 877, 1092).

### Discussion des articles (*suite*)

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles et s'est arrêtée aux amendements n<sup>os</sup> 167 et 176 portant articles additionnels avant l'article 6.

### Avant l'article 6

M. le président. Je donne lecture de l'intitulé du chapitre II :

### « CHAPITRE II

### « Programme de santé et dispositifs de prévention »

Les amendements n<sup>os</sup> 167 et 176 peuvent être soumis à une discussion commune.

L'amendement n<sup>o</sup> 167, présenté par M. Dubernard, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Mme Fraysse et M. Gremetz, est ainsi libellé :

« Avant l'article 6, insérer l'article suivant :

« Le dernier alinéa de l'article L. 2325-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Dans les mêmes conditions que prévues à l'alinéa précédent, un contrôle médical de prévention et de dépistage est effectué de façon régulière pendant tout le cours de la scolarité obligatoire et proposé au-delà de cet âge limite. La surveillance sanitaire des élèves et étudiants scolarisés est exercée avec le concours d'un service social en lien avec le personnel

médical des établissements. Un décret pris en Conseil d'Etat fixe les modalités du suivi sanitaire des élèves et étudiants. »

L'amendement n<sup>o</sup> 176 de Mme Fraysse n'est pas soutenu.

La parole est à M. le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, rapporteur, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 167.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, rapporteur*. Cet amendement, déposé en commun par Mme Fraysse, M. Gremetz et moi-même a été adopté par la commission. Il concerne la santé scolaire, élément fondamental, à l'évidence, en matière de santé publique. Il vise à organiser un contrôle médical régulier au cours de la scolarité obligatoire.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées, pour donner l'avis du Gouvernement.

M. Jean-François Mattei, *ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 167.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n<sup>o</sup> 292 de M. Le Guen n'est pas défendu.

MM. Préel, Leteurre et Jardé ont présenté un amendement, n<sup>o</sup> 437, ainsi rédigé :

« Avant l'article 6, insérer l'article suivant :

« Pour disposer des informations nécessaires à ses prises de décision, le groupement régional de santé publique s'appuie sur un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population au niveau régional et des facteurs susceptibles de l'influencer établi par l'observatoire régional de la santé mentionné à l'article L.1413-4 qui fournit des éléments quantifiés à ce niveau géographique. Il participe au recueil de données qui doit être mis en place pour fournir les indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte des 100 objectifs de santé publique précisés en annexe de la présente loi. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Nous pensons utile de préciser que le groupement régional de santé publique s'appuie sur un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population au niveau régional établi par l'observatoire régional de la santé. Les ORS jouent un rôle fondamental dans la définition des besoins sanitaires ; ils fonctionnent correctement depuis de nombreuses années et doivent être confortés. Nous souhaitons qu'ils soient expressément mentionnés dans la loi.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Elle a repoussé l'amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Défavorable également.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 437.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### Article 6

M. le président. « Art. 6. – I. – L'article L. 1411-6 du code de la santé publique est rédigé ainsi qu'il suit :

« Art. L. 1411-6. – Sans préjudice des compétences des départements prévues à l'article L. 2111-2, des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés.

« Dans le cadre de ce programme sont prévues des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé. »

« II. – Au 6° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, les mots : "programmes prioritaires de prévention définis en application des dispositions de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique" sont remplacés par les mots : "programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique" et après les mots : "examens de dépistage", sont insérés les mots : "et aux consultations de prévention".

« III. – Les articles L. 1411-7, L. 1411-8 et L. 1411-9 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 1411-7. – Des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la protection sociale précisent en tant que de besoin, notamment :

« 1° L'objet des consultations de prévention et des examens de dépistage mentionnés à l'article L. 1411-6 ;

« 2° Le cas échéant, l'équipement requis pour procéder à certains de ces examens et les modalités techniques de leur réalisation ;

« 3° Les conditions de mise en œuvre de ces consultations, de ces examens et de l'information du patient ;

« 4° Les conditions de transmission de ces informations nécessaires à l'évaluation.

« Art. L. 1411-8. – Tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et tous autres organismes de soins et de prévention peuvent, dans les limites fixées par les dispositions législatives et réglementaires, concourir à la réalisation de tout ou partie des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6. Les services de santé au travail, de santé scolaire et universitaire et de protection maternelle et infantile concourent en tant que de besoin à la réalisation de ces programmes.

« Les modalités de participation des professionnels de santé libéraux à la mise en œuvre de ces programmes sont régies par des contrats de santé publique prévus aux articles L. 162-12-19 et L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 1411-9. – Les modalités de participation de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales, des organismes publics et privés qui

concourent à la mise en œuvre des programmes de prévention aux différents échelons territoriaux font l'objet d'une convention entre les parties. »

M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 29, ainsi rédigé :

« Compléter le II de l'article 6 par les mots : "effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 29. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 30, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le 4° du texte proposé pour l'article L. 1411-7 du code de la santé publique :

« 4° Les conditions de transmission des informations nécessaires à l'évaluation du dispositif. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Cet amendement de précision concerne la transmission des informations non médicales nécessaires à l'évaluation des consultations de prévention.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 30. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Jean-Marie Le Guen et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 293, ainsi rédigé :

« Après le texte proposé pour l'article L. 1411-7 du code de la santé publique, insérer l'article suivant :

« Art. L. 1411-7-1. – Les consultations de prévention et les examens de dépistage mentionnés à l'article L. 1411-6 sont subordonnés à un engagement préalable d'évaluation de ces actions. »

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à la mise en place d'un dispositif « qualité » en prévoyant de subordonner les consultations de prévention et les examens de dépistage à un engagement préalable d'évaluation. Il est primordial que ces mesures préventives fassent l'objet d'un suivi pour s'assurer de leur efficacité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La commission a rejeté l'amendement pour la simple raison que l'évaluation fait, à l'évidence, partie de l'interprétation des consultations de prévention. Celles-ci, je le répète, représentent une innovation est un élément-clé de ce projet de loi.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 293.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. le président. L'amendement n° 249 de Mme Greff n'est pas défendu.

M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 31, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1411-8 du code de la santé publique, substituer aux mots "de soins et" les mots : "de soins ou". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Les centres d'exams de santé de la sécurité sociale ne sont pas mentionnés expressément dans le projet de loi, mais ils le sont implicitement par l'article L. 1411-8, au moyen de la formule « et tous autres organismes de soins et de prévention ». Cependant, comme ces centres assurent une fonction exclusive de prévention, il est nécessaire, pour éviter toute ambiguïté, de modifier cette formule en écrivant : de soins « ou » de prévention.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 31. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement n° 32, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 1411-8 du code de la santé publique par les quatre alinéas suivants :

« A des fins de suivi statistique et épidémiologique de la santé de la population, les médecins qui réalisent les consultations médicales périodiques de prévention et les examens de dépistage prévus à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique transmettent au ministre chargé de la santé ou aux services désignés à cet effet par le préfet de région, dans des conditions fixées par arrêté pris après avis du Conseil national de l'information statistique et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés :

« 1° Des données agrégées ;

« 2° Des données personnelles, dont certaines de santé, ne comportant ni le nom, ni le prénom, ni l'adresse détaillée. Pour ces données l'arrêté précise les modalités de fixation des échantillons ainsi que les garanties de confidentialité apportées lors de la transmission des données. La transmission de ces données se fait dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

« Les informations transmises en application du présent article et permettant l'identification des personnes physiques auxquelles elles s'appliquent ne peuvent faire l'objet d'aucune communication de la part du service bénéficiaire de la transmission et sont détruites après utilisation. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. A la réflexion, il est apparu utile, pour les consultations médicales périodiques de prévention et les examens de dépistage, de prévoir la possibilité de faire

remonter les informations tirées de l'observation par les médecins qui les réalisent. D'où cet amendement à l'article 6. L'analyse des données ainsi recueillies permettra d'améliorer la connaissance des problèmes de santé rencontrés au niveau local.

Certaines de ces informations pouvant être indirectement nominatives, il fallait aussi donner aux médecins la possibilité explicite de les communiquer.

La pertinence des méthodes statistiques fera l'objet d'un avis du CNIS.

Les garanties de confidentialité feront l'objet d'un avis de la CNIL.

Je le répète, ce dispositif de prévention représente une avancée indiscutable, ne serait-ce que parce qu'il permet d'intégrer les médecins généralistes à l'ensemble du système de santé publique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 32. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 6, modifié par les amendements adoptés.

*(L'article 6, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Après l'article 6

M. le président. MM. Préel, Leteurtre et Jardé ont présenté un amendement, n° 438, ainsi rédigé :

« Après l'article 6, insérer l'article suivant :

« Une politique de lutte contre les grossesses multiples sera engagée. Un décret en précisera les modalités. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Ce projet de loi de santé publique a retenu cent objectifs prioritaires, mais il nous est apparu qu'il souffrait de quelques oublis. Nous présentons donc trois amendements en vue d'y ajouter des objectifs dont nous pensons qu'ils méritent d'être pris en compte.

Le premier amendement, celui que nous examinons, a pour objet la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les grossesses multiples, dont les modalités seraient fixées par décret.

M. le ministre connaît bien le sujet puisqu'il est lié aux problèmes de la procréation médicalement assistée abordés dans la loi bioéthique. L'implantation d'embryons en nombre important provoque des grossesses multiples, qui peuvent entraîner des complications comme la prématurité. Il est donc nécessaire de limiter le nombre d'embryons implantés, car les prématurés présentent souvent des troubles graves, notamment neuropsychiques, qu'il convient de limiter au maximum. Nous souhaiterions, monsieur le ministre, que soit clairement manifestée la volonté de limiter l'implantation d'embryons lors des procréations médicalement assistées.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La commission a rejeté cet amendement. Je comprends les arguments de M. Préel, mais la grossesse multiple n'est pas forcément pathologique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix...

M. Maxime Gremetz. J'ai demandé un scrutin public, monsieur le président. (*Murmures sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. En effet, je reçois à l'instant votre demande.

M. Maxime Gremetz. Je l'avais pourtant transmise en temps et en heure. Il ne faut pas vouloir aller trop vite !

M. le président. Sur l'amendement n° 438, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

M. le président. Mes chers collègues, je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

Je rappelle que le vote est personnel et que chacun ne doit exprimer son vote que pour lui-même et, le cas échéant, pour son délégué, les boîtiers ayant été couplés à cet effet.

Je mets aux voix l'amendement n° 438.

Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	36
Nombre de suffrages exprimés .....	36
Majorité absolue .....	19
Pour l'adoption .....	2
Contre .....	34

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

M. le président. MM. Préel, Leteurtre et Jardé ont présenté un amendement, n° 439, ainsi rédigé :

« Après l'article 6, insérer l'article suivant :

« Une politique de lutte contre la prématurité sera engagée. Un décret en précisera les modalités. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement, qui vise à lutter contre la prématurité, est très proche du précédent. La prématurité est en effet favorisée par les grossesses multiples, notamment à la suite de procréations médicalement assistées. Les prématurés, je l'ai dit, présentent souvent des troubles importants, notamment neuropsychiques. Il convient donc de mener une politique de santé publique tendant à diminuer la prématurité et ses conséquences.

M. le président. Sur l'amendement n° 439, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La commission l'a rejeté pour les mêmes raisons que le précédent. J'ajoute, monsieur Préel, que ce type de disposition trouverait mieux sa place dans le rapport annexé. En outre, je ne voudrais pas que l'on oublie

l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Les sénateurs qui en font partie ont demandé un rapport sur les causes et les conséquences de la prématurité : il pourra être utilisé au moment de la discussion sur le PLFSS, dès cette année ou l'année prochaine.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous le dis franchement, monsieur Préel, cette série d'amendements pousse un peu loin la stigmatisation. Tous les enfants prématurés ou issus de grossesses gémellaires ne souffrent pas de troubles graves, fort heureusement, et nous n'avons pas à argumenter sur des données physiologiques et pathologiques qui n'ont aucune évidence. De plus, en développant ces argumentations stigmatisantes, on risque de se trouver pris dans une logique à mon sens extrêmement dangereuse. Où allons-nous enfin ? Le souhait de nos collègues serait-il, par exemple, que demain, sous prétexte qu'une grossesse gémellaire serait potentiellement dangereuse pour les enfants à naître, on puisse s'orienter vers une IVG ? J'imagine bien que telle n'est pas du tout leur intention, mais faisons attention à nos raisonnements et aux textes que nous proposons !

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Même si notre collègue Le Guen était absent quand j'ai présenté l'amendement, je ne comprends pas sa confusion, d'autant que nous avons été un certain nombre à participer à la réflexion sur la loi de bioéthique et à auditionner à cette occasion de nombreux spécialistes de la procréation médicalement assistée. Or tout le monde convient – et M. Le Guen aussi, je pense – que lors d'une procréation médicalement assistée, on implante de nombreux embryons, et que la réduction embryonnaire est un vrai problème : qu'en cas de grossesse non pas gémellaire, mais multiple...

Mme Catherine Génisson. L'exposé des motifs parle de grossesses « gémellaires ».

M. Jean-Luc Préel. ... et je n'ai dit que ce que chacun sait – les prématurés liés à ce type de grossesse présentent très souvent des séquelles neuropsychiques. On ne peut pas le nier, monsieur Le Guen, vous n'avez qu'à interroger les collègues qui travaillent dans les services de réanimation infantile et de pédiatrie. Il faut donc essayer d'éviter l'implantation d'embryons multiples lors des PMA, car les conséquences d'une telle technique ne sont pas nulles.

M. Jean-Marie Le Guen. Attention ! C'est un discours crypto-eugénique !

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Monsieur Préel, je suis persuadée comme Jean-Marie Le Guen que cet exposé des motifs ne traduit pas du tout votre intention, car il est quand même très inquiétant.

Vous écrivez en effet que « La prématurité est favorisée par les grossesses gémellaires ». Ce n'est pas complètement évident. Il y a quand même beaucoup de grossesses gémellaires qui se passent tout à fait normalement.

Ensuite on lit : « Les prématurés présentent souvent des troubles importants notamment neuropsychiques. » C'est là aussi une affirmation pour le moins réductrice. Les

pathologies dont souffrent nombre de prématurés ne sont pas forcément neuropsychiques. En outre ces problèmes sont résolus grâce aux nouvelles techniques de réanimation néonatale qui obtiennent de très grand succès.

Enfin je cite la dernière phrase : « Il conviendra donc de mener une politique de santé publique tendant à diminuer la prématurité et ses conséquences. » Cette proposition laisse malheureusement la porte ouverte à des solutions qu'à mon avis vous ne voulez certes pas défendre, mais qui sont néanmoins très dangereuses.

Je pense donc que cet amendement, et surtout son exposé des motifs, est extrêmement dangereux.

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** J'ai demandé un scrutin public sur ces amendements.

D'abord, monsieur le président, parce que j'ai constaté que vous démarriez très vite, alors qu'il y avait des amendements importants...

**M. le président.** Monsieur Gremetz, la séance commence à 21 h 30.

**M. Maxime Gremetz.** D'accord ! Nous en avons connu d'autres (*Sourires*)...

**M. le président.** C'est comme ça, monsieur Gremetz !

**M. Maxime Gremetz.** ... qui avaient au moins la délicatesse d'attendre deux minutes. (*Protestations sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

**M. le président.** Nous vous avons attendu plus de deux minutes.

**M. Maxime Gremetz.** Vous avez pris vos responsabilités,...

**M. le président.** Monsieur Gremetz, vos collègues étaient à l'heure. Vous, vous ne l'étiez pas.

**M. Maxime Gremetz.** ... vous les assumez.

**M. le président.** Continuez votre argumentation. (*« C'est scandaleux ! » sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

**M. Maxime Gremetz.** J'ai surtout demandé un scrutin public parce que ces amendements me paraissent très dangereux. L'avantage d'un scrutin public, c'est qu'il oblige à affirmer ses positions. Je constate que ceux qui déposent ces amendements, tel M. Jardé, n'ont pas voté l'amendement que nous avons déposé et que je n'ai pas pu défendre, qui concernait la visite médicale scolaire pour tous, la prévention, la médecine du travail et autres.

Je trouve que ces amendements posent un certain nombre de problèmes philosophiques et moraux. C'est pourquoi j'ai demandé un scrutin public pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïtés, que ce soit clair pour tout le monde et que l'on sache qui assume de telles positions et qui est contre.

**M. le président.** Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

Je rappelle que le vote est personnel et que chacun ne doit exprimer son vote que pour lui-même et, le cas échéant, pour son délégué, les boitiers ayant été couplés à cet effet.

Je mets aux voix l'amendement n° 439.

Le scrutin est ouvert.

**M. le président.** Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	44
Nombre de suffrages exprimés .....	44
Majorité absolue .....	23
Pour l'adoption .....	3
Contre .....	41

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

**MM. Préel, Leteurtre et Jardé** ont présenté un amendement, n° 440, ainsi rédigé :

« Après l'article 6, insérer l'article suivant :

« Une politique de vaccination contre le pneumocoque 23 sera engagée. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

**M. Jean-Luc Préel.** Cet amendement ne devrait pas poser les mêmes problèmes que le précédent. Celui-ci est bien placé, monsieur Dubernard, juste avant l'article 7, qui est consacré à la politique vaccinale.

Il s'agit en effet de la vaccination contre le pneumocoque 23. Si les personnes âgées sont aujourd'hui bien vaccinées contre la grippe, il n'en est pas de même s'agissant du pneumocoque 23, qui est pourtant extrêmement dangereux, puisqu'il provoque en hiver le décès d'un grand nombre de personnes âgées fragiles : sur les 30 000 décès annuels dus à des infections, 10 000 lui sont directement imputables.

Il conviendra donc d'informer ce public en menant une campagne de vaccination chez les plus de soixante-cinq ans au rythme d'un vaccin tous les cinq ans. L'Académie de médecine, qui a déjà, à plusieurs reprises, demandé l'adoption d'une telle disposition, vient de voter un vœu demandant explicitement l'inscription au calendrier vaccinal de la vaccination contre le pneumocoque 23 à raison d'une vaccination tous les cinq ans chez les personnes âgées.

Comme vous le savez, monsieur le ministre, c'est aussi le souhait du professeur Dubois, professeur de santé publique à Amiens, qu'Olivier Jardé connaît très bien également, lui qui s'intéresse à la santé publique, et notamment à la vaccination des personnes âgées.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** La commission a rejeté cet amendement, pour les simples raisons que l'article 7 renvoie au règlement l'élaboration de la politique vaccinale.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Même avis.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 440.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

#### Article 7

**M. le président.** « Art. 7. – I. – L'article L. 3111-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 3111-1. – La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations.

« Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1.

« Dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail, les médecins des infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement et des services de médecine préventive et de promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils généraux participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale. »

« II. – L'article L. 3111-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

*Art. L. 3111-2.* – Les vaccinations antidiphtérique et antitétanique par l'anatoxine sont obligatoires ; elles doivent être pratiquées simultanément. Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de cette mesure, dont la justification doit être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

« Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont pratiquées la vaccination antidiphtérique et la vaccination antitétanique. »

« III. – Le premier alinéa de l'article L. 3111-5 du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit :

« Ce décret fixe également les modalités de transmission à l'Institut de veille sanitaire des informations nécessaires à l'évaluation de la politique vaccinale. »

« IV. – L'article L. 3116-1 est ainsi rédigé :

*Art. L. 3116-1.* – Les dispositions du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre III de la première partie du présent code sont applicables à la constatation des infractions aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 à L. 3111-8 et L. 3114-1 à L. 3114-6 du code de la santé publique ou aux règlements pris pour leur application. »

M. Dubernard, rapporteur, Mme Fraysse et M. Gremetz ont présenté un amendement, n° 33, ainsi rédigé :

« Compléter le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, par les mots : "après avis du Haut Conseil de la santé publique". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Cet amendement vise à soumettre pour avis au Haut Conseil de la santé publique la politique de vaccination, dans la mesure où ce Haut Conseil hérite des attributions dévolues au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 33. (*L'amendement est adopté.*)

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, j'ai levé la main pour demander la parole !

M. le président. Excusez-moi, mais c'est trop tard, nous sommes déjà passés au vote.

M. Maxime Gremetz. On a le droit de demander la parole.

M. le président. Quand vous le voulez, vous savez vous faire entendre, monsieur Gremetz. Je ne peux pas avoir des yeux partout, je n'ai pas une vision à 180° !

L'amendement n° 406 de Mme Boutin n'est pas défendu.

M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 34, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, après les mots : "conseils généraux", insérer les mots : "ou des communes". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. L'article 7 introduit des modifications substantielles dans la politique vaccinale puisqu'il supprime l'intervention du législateur pour toute levée d'obligation vaccinale. Il désigne également les professionnels qui seront chargés de la mise en œuvre de la politique vaccinale. Mais il n'est pas fait mention des praticiens qui interviennent dans les centres municipaux de vaccination. Or ces centres permettent aux familles démunies qui ne peuvent faire appel à la médecine de ville d'accéder à la vaccination.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 34.

(*L'amendement est adopté.*)

MM. Préel, Leteurtre et Jardé ont présenté un amendement, n° 441, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 3111-2 du code de la santé publique par l'alinéa suivant :

« Une vaccination antipneumocoque 23 sera effectuée chez les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans tous les cinq ans. Parallèlement, comme pour le vaccin grippal, une vaste campagne d'information sera menée auprès des médecins et des personnes âgées. Un décret détermine les modalités précises de cette vaccination. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 441.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 385 corrigé de Mme des Esgaulx n'est pas défendu.

Je mets aux voix l'article 7, modifié par les amendements adoptés.

(*L'article 7, ainsi modifié, est adopté.*)

## Après l'article 7

**M. le président.** Mme Billard, M. Yves Cochet et M. Mamère ont présenté un amendement, n° 194, ainsi libellé :

« Après l'article 7, insérer l'article suivant :

« L'article L. 5121-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les adjuvants aluminiques sont interdits dans les vaccins. »

La parole est à Mme Martine Billard.

**Mme Martine Billard.** Que les choses soient bien claires : il ne s'agit pas de s'opposer à la vaccination contre l'hépatite B, comme cela m'a été reproché en commission. Je ne suis pas contre cette vaccination, je suis pour qu'on lui ôte tout caractère risqué. C'est le sens de cet amendement, qui tend à interdire les adjuvants aluminiques dans les vaccins. Il semble, en effet – mais l'étude de l'AFSSAPS sur ce sujet, qui devait être remise début 2002, n'est toujours pas disponible – qu'un lien existe entre la présence de ces adjuvants dans certains vaccins, dont celui utilisé en France contre l'hépatite B, et le développement de cas de myofasciite à macrophages. Il ne s'agit donc pas de rejeter la vaccination contre l'hépatite B, mais bien un certain type de vaccin. Il en existe d'autres, qui ne contiennent pas ces adjuvants aluminiques. J'insiste sur ce point, pour qu'il n'y ait pas de faux débat.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** La commission a repoussé cet amendement. Pour une raison scientifique d'abord : on n'a pas démontré nettement l'effet néfaste des adjuvants aluminiques. Ensuite, une telle disposition relève plus du règlement et des recommandations de l'AFSSAPS, que de la loi.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Même avis.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 194.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Je demande une suspension de séance.

## Suspension et reprise de la séance

**M. le président.** La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à vingt-deux heures, est reprise à vingt-deux heures cinq.)*

**M. le président.** La séance est reprise.

## Article 8

**M. le président.** « Art. 8. – I. – L'article L. 3114-6 devient l'article L. 3114-7.

« II. – L'article L. 3114-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3114-6. – Les professionnels de santé ainsi que les directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale mentionnés au livre II de la sixième partie du

présent code, exerçant en dehors des établissements de santé, veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Les règles et précautions qu'ils doivent à cet effet respecter sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. »

La parole est à M. Maxime Gremetz, inscrit sur cet article.

**M. Maxime Gremetz.** L'article 8 vise à réduire les risques d'exposition aux maladies nosocomiales en matière de soins de ville.

Cet engagement public est nécessaire quant on sait que dans les seuls établissements de santé, les maladies nosocomiales contribuent directement de façon certaine au décès de 4 000 personnes par an, selon une estimation faite au plan national par les experts des centres de coordination de la lutte contre les maladies nosocomiales. Les infections les plus fréquentes concernent l'appareil urinaire, les voies respiratoires, sans parler des infections post-opératoires et de celles du système sanguin – qui font suite à la pose de cathéters notamment –. J'ajoute que, les infections nosocomiales touchant davantage les patients les plus fragiles, les services hospitaliers les plus concernés sont ceux qui accueillent les malades les plus gravement atteints. Si le risque zéro en matière de transmission de telles infections n'existe pas, il est en revanche possible de limiter leur fréquence et leur gravité en respectant une série de précautions : lavage des mains du personnel soignant avant et après chaque soin, désinfection de la peau du patient avant tout geste invasif, stérilisation du matériel, développement de l'utilisation de matériel à usage unique, entre autres. Longtemps considérées comme une fatalité, ces infections ne font l'objet d'une politique de prévention et de suivi que depuis les années 1970, et celle-ci reste insuffisante.

Le comité chargé de la lutte contre ces infections recommande que cette politique repose à la fois sur la formation et la sensibilisation des médecins et des personnels, et sur l'instauration d'outils de surveillance. Nous approuvons ces recommandations, et souhaitons que ces règles d'hygiène soient intégrées dans les pratiques médicales de ville. Aussi nous voterons cet article.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Hélène des Esgaulx.

**Mme Marie-Hélène des Esgaulx.** Monsieur le président, étant arrivée en retard, je n'ai pas pu défendre l'amendement n° 385 que j'avais déposé. Or je souhaitais par cet amendement attirer l'attention de l'Assemblée sur les problèmes soulevés par la vaccination obligatoire par le BCG. Je rappelle que la France reste, avec la Grèce, le seul pays européen à pratiquer une politique de vaccination systématique des enfants jusqu'à l'âge de six ans.

Pourtant de nombreux facteurs plaident pour l'abandon de cette stratégie : premièrement, une très faible endémicité de la maladie, qui ne progresse plus depuis 1997 – on enregistre actuellement onze cas pour 100 000 habitants par an, et moins de deux cas pour 100 000 chez les enfants de moins de quinze ans.

**Mme Catherine Génisson.** Ça dépend des régions.

**Mme Marie-Hélène des Esgaulx.** Deuxièmement, les populations à risques sont clairement identifiées. Troisièmement, l'efficacité du vaccin est de plus en plus aléatoire. Enfin, il faut prendre en compte la gravité de certains accidents postvaccinaux : de nombreux articles, des rapports d'experts, des travaux scientifiques sont incontestables à cet égard. Monsieur le ministre, la vaccination

généralisée par le BCG relève à mon sens d'une stratégie totalement obsolète, inutilement coûteuse – 751 millions de francs en 1996, selon une étude de l'INSERM – et particulièrement traumatisante pour les familles qui redoutent un accident postvaccinal. D'autres stratégies sont envisageables. Je ne suis pas opposée par principe à la vaccination, mais je tenais à attirer l'attention de l'Assemblée sur les inconvénients de la vaccination obligatoire par le BCG.

**M. le président.** M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 35, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi la dernière phrase du texte proposé pour l'article L. 3114-6 du code de la santé publique : "Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter". »

Sur cet amendement, M. Jean-Marie Le Guen et les membres du groupe socialiste ont présenté un sous-amendement, n° 558, ainsi rédigé :

« Compléter l'amendement n° 35 par l'alinéa suivant :

« Ces règles visent à mettre en place une démarche qualité indépendante. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 35.

**M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur.** Concernant les infections nosocomiales en dehors des établissements de santé, les règles à respecter par les professionnels doivent être fixées par arrêté, car l'État n'a pas vocation à réglementer l'ensemble des pratiques des professionnels de santé en matière d'hygiène. Il ne doit intervenir que lorsque la prévention de certains risques d'infection impose des mesures particulières.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen pour soutenir le sous-amendement n° 558.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Ce sous-amendement vise à souligner, d'une part, l'importance de l'article 8, qui me paraît un bon article et, d'autre part, que les vraies questions auxquelles nous sommes confrontés sont liées à la qualité.

J'avais proposé un amendement assez fort, auquel la commission des finances a opposé l'article 40 de la Constitution, ce qui ne me semble pas vraiment justifié.

Il tendait à créer, dans chaque établissement d'une certaine importance une cellule « qualité » indépendante de la hiérarchie hospitalière, dont le rôle aurait été de vérifier que toutes les procédures qui justifient l'accréditation à la fois des services et des hôpitaux, en matière d'hygiène, notamment au regard de la lutte contre les maladies nosocomiales, étaient respectées. Nous aurions ainsi eu la certitude que de véritables enquêtes seraient menées à chaque suspicion de maladie nosocomiale. Même si, par définition, le nosocomial est lié aux problèmes hospitaliers, il faut viser aussi, d'une façon plus générale, les pathologies iatrogènes qui risquent de progresser à l'intérieur de notre système de santé parce que nous ne nous sommes pas donné les moyens de lutter efficacement contre elles, considérant trop souvent cette question comme secondaire.

Il faut changer complètement d'attitude et ceux qui ont à cœur de valoriser le système de santé français doivent être les premiers à mettre en place des instru-

ments qui permettent de ne plus négliger de tels problèmes. Pour cela l'indépendance de ceux qui sont chargés de mettre en œuvre les pratiques de qualité doit être garantie. Dans toutes les entreprises de production, quelles qu'elles soient, le système de qualité est indépendant de la hiérarchie de production. Cette nécessité est évidente, même si elle est difficile à admettre pour nos services hospitaliers.

Tel était l'objet de mon amendement qui aurait trouvé sa place plutôt vers la fin du texte et qui a été déclaré irrecevable au prétexte, j'imagine, qu'il impliquait des créations de postes, bien que je n'aie pas exclu que l'on pourrait agir par redéploiements internes.

En tout état de cause, je voudrais éviter que, dans un projet de loi sur la santé publique, on ne se pose pas clairement le problème de la qualité qui est une des priorités fondamentales de notre système de santé aujourd'hui. Ses acteurs doivent se regarder en face et s'imposer une exigence de qualité. Or cela implique que l'on mène une lutte radicale contre les maladies nosocomiales et, d'une façon plus générale, contre toutes les pathologies iatrogènes.

Nous constatons une prise de conscience au sein de la population et de fortes demandes. Il faut avoir le courage de l'écouter et d'y répondre. Agir dans ce domaine constituera en outre un facteur d'évolution positive pour l'ensemble de notre système de santé même si, au départ, cela sera vécu avec difficulté.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable même si elle a compris tout l'intérêt de la proposition de M. Le Guen relative à la démarche qualité et les raisons qui l'ont poussé à déposer ce sous-amendement *in extremis* pour pouvoir intervenir.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Même avis, mais je tiens à répondre à M. Le Guen parce que sa démarche procède d'une préoccupation essentielle. Je serais tenté de dire que cela allait de soi, mais cela ira encore mieux, en effet, en le disant.

J'ai simplement eu du mal à suivre son propos au début car je ne disposais pas du texte de son sous-amendement qui ne figurait ni dans la liasse distribuée ni sur la feuille de séance.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Il ne s'agit que d'un sous-amendement d'appel pour me permettre d'exposer le contenu d'un de mes amendements qui ne sera pas appelé alors qu'il me paraît fondamental !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je comprends.

Cela étant, pour ce qui est des expertises indépendantes, nous disposons de l'ANAES. J'ai d'ailleurs demandé qu'elle engage une action afin que l'on sache combien d'infections nosocomiales ont exactement été constatées chaque mois dans chaque établissement. Nous disposerions ainsi d'une sorte de baromètre qui nous permettrait de repérer ceux sortant de la norme, donc d'intervenir et de les interpeller.

L'ANAES est composée de professionnels de santé et de directeurs de laboratoire exerçant en dehors des établissements de santé. Je ne vois donc pas très bien pourquoi vous voulez engager une démarche de qualité indé-

pendante en dehors de l'ANAES. Je comprends toutefois votre préoccupation et si, d'ici à la deuxième lecture, vous pouviez préciser votre pensée ou trouver une autre formulation, je serais ouvert à toute suggestion sur le sujet.

En attendant, je donne un avis défavorable au sous-amendement parce qu'il n'a manifestement pas été suffisamment préparé.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Je précise que ce sous-amendement n'est qu'une proposition d'appel. Il est justifié par le fait qu'un amendement plus précis que j'avais déposé sur ce sujet ne sera pas discuté car il est tombé sous le coup de l'article 40. Peut-être, monsieur le ministre, pourrais-je vous en communiquer la rédaction puisque c'est lui que je défends en réalité.

Cela étant, il me semble que le rôle de l'ANAES est de vérifier que les procédures existent, qu'elles sont théoriquement appliquées, que les hommes et les matériels en place permettent de réaliser un travail de bonne qualité. En revanche sa mission n'implique pas qu'elle soit présente en permanence à l'intérieur d'un établissement sanitaire pour effectuer ces vérifications.

Ainsi, monsieur le ministre, quand vous demandez à vos services une information sur les maladies nosocomiales, vous vous adressez à des personnes qui se sentent souvent mises en cause, pas forcément à juste titre d'ailleurs. Par conséquent, vous ne recevez qu'une information tronquée. En la matière, vous le savez bien, on n'obtient aujourd'hui que de vagues appréciations qui ne correspondent pas à la réalité. Il est rare que des procédures d'analyse précises des cas révélés soient mises en place.

Je le souligne d'autant plus volontiers que, parmi les échos qui ont suivi votre rencontre d'hier avec le Président de la République, nous avons entendu parler du problème de la responsabilité médicale. A cet égard, je suis de ceux qui ne veulent pas que la justice soit amenée à réguler notre système de santé. Or, si nous n'instaurons pas des procédures de management interne, notamment dans les hôpitaux, pour rechercher et combattre le fait nosocomial, malheureusement, la justice interviendra de plus en plus souvent, quoi que l'on fasse et quelle que soit la demande que vous adressez le Président de la République quant à la modification de la loi à laquelle, d'ailleurs, nous devons réfléchir tous ensemble. En effet, quelles que soient les évolutions juridiques, on n'arrêtera pas la régulation par le judiciaire si le management et le politique ne sont pas capables d'apporter des réponses en matière de qualité et de lutte contre les maladies nosocomiales et iatrogènes.

La dérive judiciaire que je redoute plus que je ne la constate ne sera pas due à telle ou telle loi. A cet égard, c'est un mauvais procès qui est fait à la loi du 4 mars. Elle proviendra du fait que nous n'attachons pas une importance suffisamment grande au problème de la qualité.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 558.

*(Le sous-amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 35.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 8, modifié par l'amendement n° 35.

**M. Maxime Gremetz.** Abstention !

*(L'article 8, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Article 9

**M. le président.** Art. 9. – L'article L. 162-12-19 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1<sup>o</sup> Les mots : "ou de contrats de bonne pratique" sont remplacés par les mots : ", de contrats de bonne pratique ou de contrats de santé publique" ;

« 2<sup>o</sup> Les mots : "et L. 162-12-18" sont remplacés par les mots : ", L. 162-12-18 et L. 162-12-20". »

Je mets aux voix l'article 9.

**M. Maxime Gremetz.** Abstention !

*(L'article 9 est adopté.)*

#### Après l'article 9

**M. le président.** Après l'article 9, M. Dubernard, rapporteur, et M. Accoyer ont présenté un amendement, n° 36, ainsi libellé :

« Après l'article 9, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 3114-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3114-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3114-7.* – Toute personne qui subit une intervention entraînant des modifications corporelles non réglementées telles que le piercing, le tatouage, la scarification ou l'implant de corps étrangers se voit remettre au préalable par le professionnel prestataire de ce service une information écrite sur les conséquences et les risques de ces pratiques. Elle remet au professionnel prestataire de ce service une attestation écrite indiquant avoir pris connaissance de cette information. Le non-respect de l'obligation d'information est sanctionné selon des modalités définies par décret. »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** L'objet de cet amendement est de rendre obligatoire, pour les prestataires de piercing, tatouage, scarification, implantation de corps étranger ou autres modifications corporelles, la délivrance d'une information sanitaire préalable sur les conséquences et les risques de telles pratiques, qui font l'objet d'un engouement croissant de la part des jeunes depuis plusieurs années.

Le plan national des hépatites B et C a indiqué que plus de cent mille actes de ce type sont pratiqués chaque année par des « professionnels », dont la pratique est très hétérogène. Il s'agit en effet aussi bien de boutiques spécialisées qui essaient de respecter quelques règles d'hygiène, que de perceurs ou tatoueurs ambulants exerçant dans des conditions sanitaires déplorables, voire délitantes.

Or ces actes sont loin d'être anodins sur le plan sanitaire et les risques qui les entourent sont maintenant bien établis. Selon l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, entre 10 % à 20 % des piercings se compliquent d'infections locales, mais des complications beaucoup plus graves peuvent être observées. La Commission européenne, dans une étude sur les risques et les effets sanitaires liés au tatouage et au piercing publiée au printemps

dernier, a mis en évidence la possible transmission par ces pratiques d'infections virales – hépatites, HIV –, cutanées ou bactériennes comme le tétanos ou la tuberculose, de mycoses, de lésions malignes comme le mélanome ou le cancer. Deux décès ont même été déplorés depuis 2002.

Cette situation ne saurait échapper, selon Bernard Accoyer et moi-même, à une approche de santé publique et de sécurité de sanitaire. Nous avons donc déposé cet amendement pour que l'information dont ne disposaient pas – ou peu – les usagers soit fournie par les « professionnels » en question.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je partage entièrement les préoccupations exprimées par les auteurs de l'amendement. Cependant, s'il est indispensable d'encadrer les pratiques telles que le perçage et le tatouage au regard des risques qu'elles peuvent présenter en termes de santé publique et de sécurité sanitaire, je me permets d'appeler votre attention sur la rédaction de leur amendement qui indique : « Toute personne qui subit une intervention entraînant des modifications corporelles... ». En effet, elle risque d'apporter, en donnant le sentiment de légitimer ces pratiques, une exception à l'article 16-3 du code civil relatif à l'intégrité du corps humain qui dispose : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ».

Dès lors qu'on légitimerait, par cet amendement, une modification corporelle, on risquerait d'ouvrir la porte, par exemple, à l'excision ou à d'autres interventions mutilantes. C'est pourquoi, tout en comprenant la nécessité d'encadrer ce genre de pratiques, le Gouvernement préfère utiliser la voie réglementaire plutôt que d'introduire une exception à ce principe fondateur de notre éthique, édicté par l'article 16-3 du code civil, sur le respect de l'intégrité du corps humain.

Ayant pris cet engagement, je serais reconnaissant au rapporteur, M. Dubernard, et à l'auteur de l'amendement, M. Accoyer, de le retirer afin de ne pas entraîner par ce biais une modification fondamentale de notre code civil.

**M. le président.** Monsieur Dubernard, souscrivez-vous à cette demande ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** J'ai bien compris le sens de vos propos, monsieur le ministre et votre engagement a beaucoup de poids. Dans ces conditions, je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 36 est retiré.

#### Avant l'article 10

**M. le président.** Je donne lecture de l'intitulé du chapitre III :

« Chapitre III. – Prévention et gestion des menaces sanitaires graves ».

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 259 corrigé ainsi rédigé :

« Avant l'article 10, substituer à la division et à l'intitulé : "Chapitre III. – Prévention et gestion des menaces sanitaires graves", la division et l'intitulé suivant : "Titre II *bis* – Modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire". »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Au moment où nous abordons une partie importante du projet de loi, le Gouvernement propose de transformer le chapitre III en titre II *bis* : Modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire. Ce nouveau titre regrouperait les dispositions du projet de loi touchant à la prévention et à la gestion des menaces sanitaires et des situations d'urgence. Vous ne serez pas étonnés que ces dispositions aient été revues et améliorées à la lumière des événements de l'été et des analyses qui en ont été tirées dans les rapports d'expertise, notamment par la mission d'information parlementaire.

Ce titre additionnel comportera trois chapitres : le premier sera consacré à la veille et à l'alerte sanitaires, j'y reviendrai dans un instant ; le deuxième traitera de la prévention et de la gestion des menaces sanitaires et des situations d'urgence, notamment avec l'article 10 amendé ; enfin, le troisième concerne le système d'information, notamment la question de la modernisation du système de remontée des certificats de décès.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 259 corrigé.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 260, ainsi rédigé :

« Avant l'article 10, insérer la division et l'intitulé suivants : "Chapitre... – Veille et alerte". »

Il s'agit bien d'un amendement de cohérence, monsieur le ministre ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Tout à fait !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 260.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements, nos 257, deuxième rectification, 39 rectifié, 74 rectifié et 203 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 257, deuxième rectification, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

« Avant l'article 10, insérer l'article suivant :

« Les articles L. 1413-2 et L. 1413-3 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« Art. L. 1413-2. – Un Institut de veille sanitaire, établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, a pour missions :

« 1° La surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population. A ce titre, il participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique.

« 2° La veille et la vigilance sanitaires. A ce titre, l'Institut est chargé :

« a) De rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ;

« b) De détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ;

« c) D'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

« Il peut également assurer des fonctions de veille sanitaire pour la Communauté européenne, des organisations internationales et des pays tiers, avec l'accord du ministre chargé de la santé.

« 3° L'alerte sanitaire : l'Institut informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et il lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace.

« 4° Une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire. A ce titre, l'Institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.

« L'Institut participe, dans le cadre de ses missions, à l'action européenne et internationale de la France, et notamment à des réseaux internationaux de santé publique.

« Art. L. 1413-3. – En vue de l'accomplissement de ses missions, l'Institut de veille sanitaire :

« 1° Effectue, dans son domaine de compétence, toutes études, recherches, actions de formation ou d'information ;

« 2° Met en place les systèmes d'information lui permettant d'utiliser, dans les meilleurs délais, les données scientifiques, climatiques, sanitaires, démographiques et sociales, notamment en matière de morbidité et de mortalité, qui sont nécessaires à l'exercice de ses missions.

« 3° Elabore des indicateurs d'alerte qui permettent aux pouvoirs publics d'engager des actions de prévention précoce en cas de menace sanitaire et des actions de gestion des crises sanitaires déclarées.

« 4° Etablit, chaque année, un rapport qui comporte, d'une part, la synthèse des données recueillies ou élaborées dans le cadre de ses missions d'observation, de veille et de vigilance sanitaires et, d'autre part, l'ensemble des propositions et des recommandations faites aux pouvoirs publics.

« 5° Organise des auditions publiques sur des thèmes de santé publique. »

Sur cet amendement, M. Dubernard, rapporteur, et Mme Billard, ont présenté un sous-amendement n° 540, ainsi rédigé :

« Compléter l'amendement n° 257, deuxième rectification, par l'alinéa suivant :

« 6° Met en œuvre un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies déclarées non reconnues et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail, collectés conformément à l'article L. 1413-4. »

L'amendement n° 39 rectifié, présenté par M. Dubernard, rapporteur, M. Jacquart et M. Gremetz, est ainsi rédigé :

« Avant l'article 10, insérer l'article suivant :

« Le 1° de l'article L. 1413-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Dans le troisième alinéa, après le mot : "sanitaires", sont insérés les mots : "encourus par tout ou partie de la population".

« 2° Il est inséré avant le dernier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« – d'anticiper la survenue de nouveaux risques sanitaires et de recommander aux pouvoirs publics toute mesure ou action de nature à la prévenir. »

Les amendements n° 74 rectifié et 203 rectifié sont identiques.

L'amendement n° 74 rectifié est présenté par M. Dubernard, rapporteur, et Mme Billard ; l'amendement n° 203 rectifié est présenté par Mme Billard, M. Yves Cochet et M. Mamère.

Les amendements sont ainsi libellés :

« Avant l'article 10, insérer l'article suivant :

« Le 1° de l'article L. 1413-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« – de mettre en œuvre un outil permettant la centralisation des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies aggravées par certaines pratiques professionnelles, les maladies déclarées non reconnues et les plaintes reçues par l'inspection du travail, et permettant l'information des salariés sur les risques encourus. »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Après les événements dramatiques de cet été, nous avons été amenés à nous intéresser à nouveau au texte que nous avons voté en 1998, à la quasi-unanimité, d'ailleurs, pour déterminer les tâches et les missions de l'Institut de veille sanitaire. Il est en effet apparu que ce texte n'était pas assez précis et ne définissait pas suffisamment les différentes missions et responsabilités de cet institut.

Cet amendement tend donc d'abord à préciser ses tâches en matière de surveillance et d'observation permanentes de l'état de santé de la population. A cet égard, il introduit la notion de responsabilité de l'Institut de veille sanitaire dans la surveillance de la santé de la population alors qu'elle n'était pas clairement affirmée jusqu'à présent.

Ensuite, il lui confie une mission de veille et de vigilance sanitaires.

Il lui donne également un rôle d'alerte sanitaire en précisant très exactement les conditions dans lesquelles elle doit être donnée.

L'institut devra aussi contribuer à la gestion des situations de crise sanitaire. A ce titre, il lui appartiendra de proposer aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.

Pour accomplir ces missions, l'Institut de veille sanitaire devra mettre en place des systèmes d'information lui permettant d'utiliser, dans les meilleurs délais, les données scientifiques, climatiques, sanitaires, démographiques et sociales, notamment en matière de morbidité et de mortalité, nécessaires à l'exercice de telles missions.

Cet amendement est très important, car il recadre les missions et les responsabilités de l'Institut de veille sanitaire, lesquelles sont actuellement mal définies. Comme la responsabilité lui incombera toujours en cas de problème, mieux vaut définir plus précisément ses missions.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 257 deuxième rectification ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Avis favorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Martine Billard, pour soutenir le sous-amendement n° 540.

**Mme Martine Billard.** A l'heure actuelle, la seule collecte d'informations dans le cadre de ce que l'on pourrait appeler la santé au travail concerne les accidents du travail déclarés, ce qui ne permet pas d'avoir une vision très précise de ce qui se passe réellement dans les entreprises. Le sous-amendement n° 540 vise à améliorer cet outil, afin de pouvoir développer des politiques de prévention, en prévoyant la collecte des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies déclarées non reconnues et toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu de travail.

Le sous-amendement que j'avais déposé était un peu plus complet puisqu'il englobait aussi les maladies aggravées par certaines pratiques professionnelles. Je pensais, notamment, aux maladies liées aux postures dans le travail, c'est-à-dire à celles qui, bien que provenant d'autres causes – par exemple un accident ayant atteint la colonne vertébrale – sont aggravées par la posture de la personne au travail. Les salariés n'obtiennent pas toujours un reclassement sur un autre poste de travail et sont obligés de faire contre mauvaise fortune bon cœur, et de continuer à travailler sur le même poste de travail alors que celui-ci aggrave leur maladie. Au fur et à mesure des discussions en commission, nous sommes parvenus à un compromis qui a conduit au retrait de cette partie du texte et je le regrette.

Une autre partie a également été supprimée mais je peux le comprendre au vu des missions de l'Institut de veille sanitaire. Reste à obtenir une réponse sur la manière d'améliorer l'information des salariés sur les risques encourus au travail. D'autres amendements viendront en discussion, mais ils ont tous été rejetés en commission. S'il est vrai que les grandes entreprises disposent de comités d'hygiène et de sécurité permettant une certaine formation des salariés à l'ergonomie du poste de travail, ce n'est pas le cas pour les petites entreprises de sorte que l'on y trouve – j'ai moi-même vécu cette situation dans le secteur de l'informatique – des salariés qui occupent très mal leur poste de travail. Il leur suffirait de suivre une courte formation – elle dure une demi-heure – auprès du médecin du travail, par exemple, pour être à même de mieux réinstaller, sans coût pour l'entreprise, leur poste de travail et limiter en conséquence les troubles du dos.

J'ai accepté le compromis, mais j'aimerais que M. le ministre nous précise quelles possibilités existent pour améliorer l'information des salariés sur les postes de travail.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 540 de la commission ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Le Gouvernement est favorable au sous-amendement n° 540 et répond également favorablement à la demande de Mme Billard.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le préciser dans la discussion générale, nous nous employons aujourd'hui à établir avec le ministère du travail un lien entre la santé publique et la médecine du travail. Nous avons déjà évoqué la question de l'Agence nationale de santé au travail.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour soutenir l'amendement n° 39 rectifié.

**M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur.** L'amendement est satisfait par celui du Gouvernement et deviendra sans objet si celui-ci est adopté. Il en est de même pour l'amendement n° 74 rectifié.

**Mme Martine Billard.** Et pour l'amendement n° 203 rectifié.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Lorsque nous sommes de nouveau intervenus au début du mois de septembre en commission – nous l'avions déjà fait avant – pour demander la création d'une commission d'enquête et avons exprimé une certaine défiance vis-à-vis de la mise en place d'une mission, vous nous avez rétorqué que celle-ci pourrait travailler à fabriquer du droit et que ses préconisations pourraient éventuellement être traduites dans la loi sur la santé publique afin de montrer que nous réagissons par rapport au drame de cet été. Nous pensions qu'une telle démarche était prématurée. Nous n'avons pas aujourd'hui tous les éléments et notre réflexion n'est pas suffisamment élaborée pour prétendre apporter une réponse. Cet amendement montre que notre analyse était juste et nos craintes justifiées.

Je ne reviendrai pas sur l'idée – tout de même un peu bizarre – de revoir *a posteriori*, par cet amendement, les responsabilités de l'INVS à la suite de ce qui s'est passé cet été. Il s'agit pourtant bien du même débat, soyons-en bien convaincus. Je me tournerai essentiellement vers l'avenir, pour vous faire part de l'inquiétude que suscite, d'un certain point de vue, le texte qui nous est proposé, et déplorer la confusion que j'y vois encore.

En effet, l'INVS est un « institut » et non pas une « agence ». Je n'ai pas eu le temps d'aller chercher plus loin dans le dictionnaire, mais nous sentons bien tous qu'un institut est une structure qui a plutôt vocation à la recherche, à faire progresser la science – une vocation qui se situerait plutôt dans le domaine intellectuel – alors qu'une agence, à l'évidence, a une tâche précise et accomplit une action déterminée dans un périmètre donné.

Avec cet amendement, nous sommes en train de transformer l'institut en agence. Alors que l'INVS était chargé de tâches de réflexion et de proposition dans un certain nombre de domaines, avec un champ très large, c'est d'ailleurs, et j'y reviendrai, ce que révèle la constitution même de son budget – nous le dotons, aujourd'hui, de responsabilités opérationnelles tous azimuts !

La constitution du budget de l'INVS est, de ce point de vue, très intéressante, aussi bien en termes de masse qu'en termes de construction et on ne pourra pas ne pas l'évoquer. L'INVS était une institution qui avait des liens directs avec le ministère, et la convention qui liait l'INVS à l'Etat construisait un budget sur des éléments thématiques, c'est-à-dire que, à chaque orientation thématique proposée par l'INVS et agréée par l'Etat, correspondaient des lignes budgétaires. Si nous considérons maintenant que nous donnons à l'INVS la responsabilité, pour ainsi dire, monsieur le président, d'un regard à 180 degrés d'alerte et de veille sanitaire sur la situation, ce système

ne pourra évidemment pas fonctionner de la même manière. Pour cette intervention globale, il faudra que l'INVS ait un budget global qui permette à l'institut, devenu en fait agence, d'intervenir en tant que de besoin, au fur et à mesure, et non pas sur des programmes pré-déterminés.

Je ne prends pas l'exemple du budget pour critiquer les moyens que vous avez donnés ou donnerez demain à l'INVS, mais pour bien montrer la philosophie différente qui est la vôtre. Or cela n'est pas sans conséquences, car – et c'est la question que je vous posais tout à l'heure – nous n'avons toujours pas résolu le problème des relations qui existent entre cette structure et la direction générale de la santé. Car si, désormais, l'INVS est la véritable tour de contrôle de l'alerte et de la veille sanitaire, quelle va être la fonction de la direction générale de la santé ? Lorsque l'on a confié à des agences un certain nombre de responsabilités – c'est le cas, par exemple, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSAPS, ou de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, l'AFSAA –, c'était pour faire sortir du ministère, par souci d'en assurer l'indépendance – d'une manière peut-être insuffisante, d'ailleurs –, la gestion d'une partie des questions relevant de la responsabilité de l'Etat.

Or, nous procédons là, d'un certain point de vue, de la même façon : nous externalisons une responsabilité de l'Etat. Vous m'avez entendu, à plusieurs reprises, monsieur le ministre, m'inquiéter du fait que l'Etat avait tendance à centraliser. Je constate que là, on externalise ce qui est un élément fondamental de la sécurité sanitaire.

Nous légiférons trop rapidement. Vous comme nous manquons d'informations. Le ministère de la santé n'a évidemment pas les mêmes moyens d'investigation que d'autres secteurs de l'Etat qui ont vocation à réfléchir sur le risque. Quand on sait les moyens consacrés en matière de recherche et de développement par le ministère de la défense ou par le ministère de l'intérieur, on conçoit bien que ceux dont dispose aujourd'hui le ministère de la santé en la matière sont infiniment inférieurs. Pourtant, les risques, mes chers collègues, sont très importants pour notre population, surtout si l'on veut bien considérer que le risque sanitaire est devenu un des éléments du risque extérieur. Nous devrions nous pencher aussi sur ces questions.

Mais trouvons-nous logique d'externaliser cette responsabilité dans un institut, et allons-nous lui donner l'ensemble des moyens pour assurer l'éminente responsabilité qu'on lui confie ? Nous ne sommes pas convaincus par cette façon de faire, au point de notre réflexion. Vous faites un choix stratégique majeur en réaction aux événements de cet été, sans avoir suffisamment réfléchi.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Evin.

**M. Claude Evin.** Monsieur le ministre, mon intervention s'inscrit dans la continuité de celle de Jean-Marie Le Guen. La nouvelle rédaction que vous nous proposez des articles L. 1413-2 et L. 1413-3 du code de la santé, relatif à l'INVS, montre que vous avez le nez collé sur la gestion de la canicule pendant la première quinzaine d'août. Cela se voit dans les termes mêmes utilisés. L'une des nouvelles missions de l'Institut de veille sanitaire sera de « détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ». Je ne vais pas me livrer à une analyse de texte, mais de nombreux termes modifiés par rapport à la rédaction initiale

montrent le sens de votre démarche. Cela revient à dire : « Je n'ai pas été informé par l'Institut de veille sanitaire, alors j'écris un article qui l'obligera, à l'avenir, à m'informer en cas de nouvelle canicule. »

J'espère, dans ce cas, que l'expérience que nous avons acquise lors de la canicule de la première quinzaine d'août nous permettra de nous organiser autrement. Mais, s'il se produit autre chose, je ne vois pas en quoi vous nous apportez une solution. C'est la critique qu'a formulée M. Jean-Marie Le Guen tout à l'heure.

Qu'il faille revoir les missions de l'INVS, pourquoi pas ? Je n'ai aucune position théologique à ce sujet. La réflexion sur l'ensemble du dispositif de sécurité sanitaire a d'ailleurs traversé différentes majorités. Les textes adoptés en 1999 avaient été examinés au Sénat avant la dissolution de l'Assemblée nationale en 1997. Il y a donc une certaine continuité et aucune position de principe. Mais les missions dévolues à l'INVS dans la loi de 1999, et notamment celle de détection des risques que pouvait éventuellement encourir la population, n'ont pas été bien remplies par l'institut et il faut se demander pourquoi. Je ne suis pas certain, au stade de notre réflexion, que la solution à ce problème soit dans une redéfinition des missions de cet institut avant même de se poser la question de savoir s'il fallait redéfinir cette mission. C'est ce que j'ai dit ce matin du haut de cette tribune alors que nous débattions de la mise en place de la commission d'enquête. Si celle-ci est nécessaire, c'est bien pour porter une appréciation approfondie sur la manière dont les choses se sont passées pendant la première quinzaine d'août et y apporter un certain nombre de réponses.

Vous nous proposez un texte écrit dans la précipitation et, ce faisant, je ne suis pas certain que vous fassiez œuvre utile. On ne légifère jamais bien dans la précipitation et en référence à un événement précis.

D'ailleurs, le texte introduit par l'amendement est un article parapluie. Il prévoit que : « l'institut informe sans délai le ministre chargé de la santé ». Quel rapport aura-t-il avec l'administration ? La quatrième mission confiée à l'institut est « une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire. A ce titre, l'institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire. »

On passe des missions aux procédures !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Bien sûr.

**M. Claude Evin.** Mais à qui l'institut va-t-il proposer les mesures ou actions nécessaires ? Aux agences, comme la rédaction du texte initial pouvait le laisser supposer ? Au ministre lui-même ? Aux services du ministère ? Autant de questions qui auraient mérité d'être approfondies. Pour toutes ces raisons, et sans préjuger les conclusions de la commission d'enquête qui approfondira les choses – et reformulera peut-être certaines propositions au regard des travaux qu'elle aura conduits –, je pense qu'il ne faut pas adopter cet amendement et se donner un délai de réflexion. Le texte dont nous débattons aujourd'hui fera l'objet de plusieurs lectures avant son adoption définitive. Nous devons réfléchir auparavant aux causes et aux conséquences de la situation que nous avons connue pendant la première quinzaine d'août et ne pas se précipiter comme vous le faites aujourd'hui, monsieur le ministre.

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Cet amendement du Gouvernement est très important et mérite débat.

Je suis assez partagé. Il est certes légitime de prendre en compte ce qui s'est passé au mois d'août, mais en même temps je ne peux m'empêcher de penser que ce que l'on propose est rapidement formulé, et même, passez-moi l'expression, simplistement formulé. On semble dire que si l'INVS a failli, c'est parce que ses missions n'étaient pas bien indiquées et qu'il suffit de lui donner un cahier des charges, une sorte de cahier d'écolier où sera marqué noir sur blanc tout ce qu'il doit faire, comment il doit le faire, etc. C'est vraiment l'impression que l'on a à la lecture de ce texte, qui rentre vraiment dans le détail. C'est à se demander à qui on parle : est-ce à des gens responsables, à des scientifiques ? Où est l'esprit d'initiative dans tout cela, y compris en matière de prévention ? Tout cela me paraît très bureaucratisé...

Je ne suis donc pas certain que l'amendement résoudra le problème, réel, qui est posé. Il me paraît trop rapidement formulé.

La mission d'information a auditionné l'INVS, mais j'ai encore besoin de travailler, d'écouter, d'étudier, pour savoir ce qui convient le mieux et comment sa mission doit être définie. Pour l'instant, je suis incapable de le dire. En tout état de cause, cette démarche est précipitée et je ne suis pas sûr qu'elle permettra d'atteindre l'objectif tout à fait louable de M. le ministre. Je conçois que l'on mette une certaine fébrilité à vouloir répondre, mais cela nous prive du recul et de la réflexion nécessaires pour préciser les missions d'un institut comme celui-là.

Je me pose aussi des questions à propos des certificats de décès. Ils doivent remonter directement à un endroit précis pour qu'on puisse comptabiliser les décès en temps réel. Mais je pense que, parallèlement, l'information doit être donnée aux DDASS, car c'est pour elles un outil de travail et de réflexion pour étudier les causes des décès. Il y a tout de même un lien avec la région. C'est un souci dont je vous fais part.

**M. le président.** La parole est à M. Denis Jacquat.

**M. Denis Jacquat.** Je suis tout à fait d'accord sur l'amendement présenté par le Gouvernement. En effet, il est apparu à l'examen des causes et conséquences sanitaires et sociales dues à la canicule que le rôle de l'INVS devait être revu de toute urgence. C'est l'un des axes prioritaires que j'ai retenus dans les conclusions de la mission d'information sur la canicule.

L'INVS est constitué de professionnels qui doivent donner l'alerte sanitaire. Le 1<sup>er</sup> août, à la télévision, Météo-France annonçait que, en France, une canicule allait s'installer jusqu'au 14 août. Si, pour nous, dans l'ensemble, canicule signifie chaleur et donc élément festif, cela signifie aussi, malheureusement, surmortalité, c'est-à-dire drame.

Les professionnels de INVS auraient dû signaler aux autorités, à leurs supérieurs, aux personnes de droit de façon transversale et verticale, que, lors de la canicule à Marseille en 1983, il y avait eu une surmortalité de 300 personnes, qu'en France, en 1976, il y a eu une surmortalité dans tout notre pays de plus de 4 000 morts, qu'il y a quelques années, à Athènes, une canicule a entraîné un grand nombre de morts, qu'il y a eu à Chicago en 1995 une canicule. Pourtant, il y avait eu des publications, et même, plus étonnant, en 2002, en France, à l'initiative de Météo-France, un congrès a eu lieu sur les conséquences de la canicule avec le professeur Besancenot, la conclusion étant que la canicule pouvait entraîner des décès.

Or il est évident que, si le commun des mortels ne connaît pas les conséquences d'une canicule, certaines personnes devaient savoir ce que cela représentait et devaient nous alerter. On n'est pas là pour faire le procès de certains individus, parce que la canicule et ses conséquences malheureuses ne sont pas dans l'esprit des Français. En revanche, on ne nous pardonnera jamais si, l'année prochaine, il y a une nouvelle canicule dans notre pays et s'il y a une surmortalité, même d'une personne. Les Françaises et les Français nous en voudront.

Je trouve tout à fait normal, cela fait partie des conclusions que j'avais données, que l'on revoie les missions de l'INVS. Il ne s'agit pas de faire son procès, mais de lui assigner de nouvelles tâches, un nouveau rôle. Son rôle était peu lisible, il fallait en charger le périmètre et mieux préciser ses différentes tâches. C'est pour cela que le système de vigilance et d'alerte devait être revu.

Maxime Gremetz, avec toutes les qualités qu'on lui connaît – il a été un partenaire extrêmement attentif dans la mission d'information –, a, comme nous tous, vu le problème des certificats de décès qui vient d'être évoqué. On en parle *a posteriori*, c'est beaucoup plus facile, mais il est vrai qu'une remontée directe des certificats de décès, sans passer par les mairies, puis par les DDASS, aurait été plus efficace. Dans les petites communes, où il y a très peu de décès, on garde jusqu'à dix certificats de décès avant de les transmettre. S'ils avaient été transmis immédiatement des médecins jusqu'à l'INSERM, on aurait su que, dans les premiers jours d'août, il y a eu à certains moments 300 décès supplémentaires par jour. Or 300 décès supplémentaires par jour, cela interpelle et, dans ce cas, on devait en chercher les causes.

Le but de la mission, ce n'était pas de rechercher qui est coupable – ce sera le rôle de la commission d'enquête –, s'il y a des coupables. Par contre, il faut à tout prix et le plus rapidement possible prendre des mesures pour que, l'année prochaine, s'il y a une canicule, il n'y ait aucun mort supplémentaire.

**M. Claude Evin.** Si on était convaincu qu'il suffisait de voter tel amendement pour atteindre cet objectif, on le ferait !

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Il est important, même si on a le sentiment de prendre beaucoup de temps, de faire le point après ces différentes interventions.

Je ne suis pas sûr, monsieur Le Guen, qu'il faille faire de la sémantique à toute force en essayant de faire le distinguo entre agence, institut, établissement. Le législateur n'a probablement pas voulu, en son temps, donner le sentiment de bégayer. C'est pour cela qu'on a eu l'Établissement français des greffes, l'Agence de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Institut de veille sanitaire. Mais dans les trois cas, il s'agit d'établissements publics qui ont des missions définies par la loi. C'est là où l'ambiguïté commence.

**M. Gérard Bapt.** Ce n'est pas tout à fait exact !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Vous avez parlé, monsieur Evin, de pouvoirs publics, mais la mission de l'INVS est d'alerter les pouvoirs publics. Autrement dit, le texte est une chose, et nous n'avons pas l'intention d'en modifier le périmètre, mais nous avons l'intention de le préciser parce que je crois à la vertu pédagogique de la loi.

Aujourd'hui, et cela vaut vraiment la peine de lire le texte, l'Institut de veille sanitaire est chargé de détecter tout événement modifiant ou susceptible d'altérer l'état de santé de la population. C'est aussi vague et aussi vaste que cela ! Naturellement, la canicule est un de ces événements. Pourtant, dans le cahier des charges de la convention d'objectifs et de moyens, cela n'est pas prévu. Il y a eu une confusion des genres. C'est vrai, monsieur Le Guen, des missions ont été précisées et il y a eu une ligne budgétaire, pour 70 % seulement d'ailleurs. Croyez-moi, maintenant, je connais le texte de A à Z ! On a laissé 30 % pour faire tout le reste, tout ce qui n'était pas prévu et pouvait pourtant constituer un événement modifiant l'état de santé de la population.

L'INVS est chargé aussi d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique, quelle qu'en soit l'origine, et de leur recommander toute mesure ou action appropriée.

Vous voyez donc bien que les critiques que vous formulez à l'égard de mon texte en essayant de vous accrocher aux mots ne sont pas fondées. J'ai simplement réorganisé en quatre points précis les tâches, missions et responsabilités de l'Institut de veille sanitaire, pour éviter toute ambiguïté, et supprimer le flou actuel.

Autrement dit, nous précisons, après, croyez-le bien, une réflexion de fond. On nous reproche, en effet, d'agir dans la précipitation, mais, si nous ne faisons rien, on nous traiterait d'immobiles : « Comment ? Il s'est passé un drame et vous ne faites rien ? » (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Sur ce texte, l'urgence n'a pas été demandée. Nous sommes en première lecture début octobre. Il y aura naturellement une lecture au Sénat, puis une deuxième lecture à l'Assemblée, une deuxième lecture au Sénat et une CMP. Il faudra le temps de prendre les textes réglementaires... Bref, il n'est pas trop tôt pour commencer tout de suite...

**M. Denis Jacquat.** Très juste !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** ... quitté à ce que, chemin faisant, notre attention ayant été attirée sur une rédaction nouvelle ou plus précise, nous modifions le texte par de simples amendements, au fur et à mesure. J'en suis convaincu, les règles, missions et responsabilités de l'Institut de veille sanitaire doivent d'ores et déjà être précisées, et ce sera la base des discussions ultérieures.

**M. Denis Jacquat.** Très bien !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Quant aux agences, il ne s'agit pas non plus de démanteler l'administration centrale. Je vous rappelle simplement que c'est au début des années 90 que le gouvernement de l'époque a commencé à confier à l'Agence française du sang ou à celle du médicament des missions très précises, avec le souci, non pas de se déresponsabiliser – le ministre reste responsable – mais simplement de créer des structures indépendantes...

**M. Jean-Marie Le Guen.** Eh oui !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** ... dotées d'une certaine souplesse, et, surtout, ayant la possibilité de recruter des contractuels de haut niveau, ce qui est notamment indispensable en expertise scientifique. Voilà l'avantage de ces agences, établissements et instituts : pouvoir embaucher comme ils l'entendent les experts de haut niveau que nous ne

sommes pas capables de recruter dans le cadre très rigide et contraint de nos administrations centrales. Vous le savez tous et vous êtes tout à fait d'accord sur ce point.

J'ajoute que nos partenaires étrangers font pareil. Nous avons beaucoup discuté au cours des douze dernières années de la référence du centre pour le contrôle des maladies d'Atlanta aux Etats-Unis, mais vous savez très bien que c'est au centre de contrôle des maladies que s'organise la tour de contrôle visant à déterminer les risques sur les plans infectieux, toxique, environnemental ou sur celui des températures extrêmes – grand froid et grande chaleur. A qui me suis-je adressé au lendemain du drame qui nous a, les uns et les autres, totalement pris au dépourvu ? Naturellement au CDC d'Atlanta qui avait tiré les leçons de la canicule de Chicago en 1995. Des experts du centre sont venus et nous ont donné immédiatement des pistes que nous avons creusées depuis avec les uns et les autres. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous vous proposons un titre spécifique qui comportera les différentes parties qui nous ont fait défaut. Nous avons déjà prévu de compléter la loi après l'épidémie du SRAS du printemps dernier. Là encore, nous avons pris toutes les mesures nécessaires. Mais, si notre pays est à peu près assuré de répondre à l'avenir aux crises passées parce qu'il s'est adapté, il n'a jusqu'à présent jamais suffisamment anticipé pour prévoir l'imprévisible, et détecter l'inattendu. C'est ce que nous faisons aujourd'hui et, même si le texte n'est pas parfait, même s'il suscite des interrogations et laisse ici ou là planer un doute, il est nécessaire d'avancer et de pousser notre réflexion, et le projet, tel que je vous le présente, me paraît aujourd'hui absolument indispensable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et du groupe Union pour la démocratie française.*)

**M. le président.** Sur l'amendement n° 257, deuxième rectification, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je mets aux voix le sous-amendement n° 540.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur le ministre, j'ai le même avis que M. Le Guen, M. Evin et M. Gremetz sur votre amendement mais, à l'évidence, il sera adopté et je veux intervenir sur un point particulier qui n'a pas été évoqué. Vous donnez à l'INVS des missions très élargies et très précises. La leçon que nous devons tirer de la crise caniculaire, et le directeur général de l'INVS l'a déclaré cet été, c'est qu'il a manqué des capteurs. Au fond, toutes les missions que vous lui donnez, il les aurait remplies s'il avait disposé de capteurs, capables de recevoir et de lui faire remonter les informations, ce qui aurait permis d'alerter la DGS et le ministre de l'élément sanitaire nouveau qui se faisait jour.

Les capteurs de l'INVS, ce sont les CIRE, les cellules interrégionales d'épidémiologie. J'ai visité celle de Toulouse. Ce sont six agents de haut niveau, trois fonctionnaires de votre ministère et trois agents budgétés au compte de l'INVS. Il y avait donc déjà des capteurs de haut niveau, la moitié d'entre eux, en tout cas à Toulouse, dépendant de votre propre ministère. La mission des CIRE n'est pas encore définie par des textes administratifs ou réglementaires, mais, pour chacune d'entre elle

une convention de fonctionnement est passée entre l'INVS et la DRASS, c'est-à-dire votre représentant dans la région. L'amendement que vous nous proposez pourrait donc paraître superfétatoire si, tout simplement, vos représentants dans les régions, les directeurs régionaux de l'action sanitaire et sociale, ajoutaient aux missions données aux CIRE une fonction d'alerte, à la condition, bien entendu, que les systèmes d'information locaux soient enfin mis en place pour autre chose que les maladies à déclaration obligatoire. Une telle dimension manque totalement dans votre texte et dans votre discours. C'est pourtant sur le terrain, avec de tels capteurs, que nous pourrions faire face demain à des crises nouvelles ou d'une autre nature qui pourraient survenir.

De toute façon, le Gouvernement n'ayant pas déclaré l'urgence, les navettes nous permettront de revenir sur ce projet de loi. Comme il ne s'agit pas uniquement, monsieur Jacquat, de rechercher des culpabilités, la commission d'enquête pourrait aussi étudier la façon dont les dysfonctionnements sont apparus et la manière de les traiter. A cet égard, l'amendement du Gouvernement me paraît présenter une grande faiblesse, dans la mesure où les capteurs d'alerte régionaux dépendent certes de l'INVS, mais relèvent aussi, pour un certain nombre d'agents, directement de votre responsabilité, monsieur le ministre.

**M. le président.** Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

Je rappelle que le vote est personnel et que chacun ne doit exprimer son vote que pour lui-même et, le cas échéant, pour son délégué, les boîtiers ayant été couplés à cet effet.

Je mets aux voix l'amendement n° 257, deuxième rectification du Gouvernement, modifié par le sous-amendement n° 540.

Le scrutin est ouvert.

.....

**M. le président.** Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	74
Nombre de suffrages exprimés .....	71
Majorité absolue .....	36
Pour l'adoption .....	61
Contre .....	10

L'Assemblée nationale a adopté.

En conséquence, les amendements n°s 39 rectifié, 74 rectifié et 203 rectifié tombent.

Je suis saisi de deux amendements, n°s 453 rectifié et 258 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 453 rectifié, présenté par MM. Préel, Leteurre et Jardé, est ainsi libellé :

« Avant l'article 10, insérer l'article suivant :

« Le deuxième alinéa de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Pour améliorer la connaissance et la prévention des risques sanitaires en milieu du travail, l'Institut peut demander aux entreprises soumises à l'obligation d'élaborer le document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu à l'article R. 230-1 du code du travail, de lui fournir toutes informations contenues dans ce document. »

L'amendement n° 258 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi rédigé :

« Avant l'article 10, insérer l'article suivant :

« La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique est ainsi modifiée :

« 1° Après les mots : "leurs établissements publics," sont insérés les mots : "les services de protection civile ou d'urgence, le service de santé des armées," ;

« 2° Après les mots : "mentionnés à l'article L. 1413-2" sont insérés les mots : "et, à sa demande, les personnes assurant le service extérieur des pompes funèbres mentionné à l'article L. 2223-19 du code général des collectivités territoriales". »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n° 453 rectifié.

**M. Jean-Luc Préel.** Cet amendement est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre, pour défendre l'amendement n° 258 rectifié.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Il importe que l'Institut de veille sanitaire puisse compléter son réseau de correspondants – je réponds à votre question, monsieur Bapt – de manière à obtenir des informations des services de protection civile ou d'urgence ainsi que des opérateurs funéraires qui peuvent apporter des éléments utiles d'appréciation sur la situation sanitaire. Ces structures peuvent également jouer un rôle de sentinelle afin d'identifier un problème sanitaire, le plus en amont possible de la chaîne de soins dans le cas des services d'urgence. C'est donc bien un système de capteurs que j'essaie de mettre en place.

**M. Claude Evin.** Et si la préfecture de police ne veut pas que les informations remontent ?

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** La commission a rejeté le premier amendement. Quant à celui du Gouvernement, qui concerne la transmission d'informations à l'INVS, il est conforme aux conclusions de la mission d'information – je parle sous le contrôle de M. Jacquat –, car il étend le réseau des correspondants naturels de l'INVS aux services de protection civile, aux services de santé des armées et aux entreprises funéraires. Mais la commission l'a repoussé, lui ayant préféré un amendement de coordination à l'article 11 qui poursuit le même but et qui est dans la lignée de ce qu'elle avait adopté.

A titre personnel, cependant, j'y suis favorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 453 rectifié ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Même avis que la commission.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 453 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 258 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 261 rectifié, ainsi libellé :

« Avant l'article 10, insérer l'article suivant :

« Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« I. – L'article L. 1413-15 devient l'article L. 1413-16.

« II. – Il est inséré après l'article L. 1413-14 un article L. 1413-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1413-15.* – Les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. Le représentant de l'Etat porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire. »

Sur cet amendement, M. Dubernard, rapporteur, a présenté un sous-amendement, n° 541, ainsi rédigé :

« Dans la deuxième phrase du II de l'amendement n° 261 rectifié, après les mots : "médico-sociaux," insérer les mots : "les services de secours, les entreprises funéraires,". »

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 261 rectifié.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Cet amendement propose d'inclure dans la liste des acteurs potentiels du signalement tous les établissements de santé publics et privés, mais aussi les maisons de retraite ou les services d'aide ou de soins à domicile, ainsi que tout professionnel de santé – ce qui comprend les pharmaciens et les infirmiers. Il précise également que la transmission des signalements est orientée d'abord vers le préfet de département, qui informe immédiatement l'INVS. Ce circuit permet donc de reconstituer une chaîne d'alerte cohérente.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 261 rectifié ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Avis favorable.

**M. le président.** Pourriez-vous en profiter pour présenter le sous-amendement n° 541 ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Ce sous-amendement vise à préciser que les services de secours comme les entreprises funéraires sont tenus de signaler au représentant de l'Etat les menaces imminentes qui pèsent sur la santé des populations. Cela correspond aux conclusions de la mission d'information. Signalons qu'un amendement poursuivant un objectif identique, cosigné par M. Jacquat et M. Gremetz, a été adopté par la commission à l'article 11.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Faut-il faire figurer dans la loi l'ensemble de ces procédures ? Faut-il préciser qu'une entreprise de pompes funèbres devra signaler telle ou telle

information au préfet afin qu'il la transmette ensuite à l'INVS ? Quels seront d'ailleurs la nature et le type de ces informations ?

Si nous voulons mettre en place des procédures d'alerte, ce n'est pas en récoltant un amas d'informations sans protocoles que nous y parviendrons. Ce dont nous avons besoin, chaque fois, pour chaque risque, c'est de capteurs fondés sur des méthodologies et des procédures scientifiques. Là, vous êtes en train de construire, au plan administratif et juridique, un circuit fait d'innombrables tuyaux contenant des informations qui ne sont pas véritablement traitées. En fait, vous souhaitez vous donner une sécurité en faisant remonter toutes les informations possibles vers une institution dont vous surdimensionnez la taille et les responsabilités. Vous passez cette fois-ci de la recherche à l'opérationnel.

Prenons un exemple que j'ai abordé tout à l'heure. Les problèmes liés à la défense nationale ou à la sécurité nationale font-ils partie des missions de l'INVS en matière de risques sanitaires ? Lui donnons-nous autorité juridique pour vérifier l'élaboration et la mise en place du plan Biotox ? Pour aller plus loin, lui donnons-nous les éléments juridiques, financiers et politiques nécessaires à la prise en compte des risques sanitaires liés à des menaces extérieures ?

Voilà quelques questions, pour commencer. Pour l'instant, nous imposons des obligations à la moindre institution ayant un vague rapport avec la vie des gens, afin qu'elle signale tout élément anormal au préfet, qui le communiquera à l'INVS. Ces procédures n'ont rien de scientifique. C'est une surpromesse par rapport à la masse d'information que l'administration est effectivement capable de traiter.

Peut-être veut-on transformer l'INVS en CDC – pourquoi pas ? –, mais cette procédure revêt une ampleur administrative et financière sans commune mesure avec ce qui est contenu dans ce projet de loi.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Evin.

**M. Claude Evin.** Monsieur le ministre, une dépêche de l'AFP nous apprend aujourd'hui que, hier, M. le Président de la République a reçu le bureau du Centre national des professions de santé. A l'issue de cet entretien, auquel je crois savoir que vous assistiez, le président d'une grande organisation syndicale de médecins a déclaré que le Président de la République vous avait demandé de mettre en œuvre une législation qui puisse en finir avec la judiciarisation dont sont victimes les professions de santé.

Il me semble que l'on relance ainsi le débat sur ce que certains ont considéré comme les effets pervers de la loi du 4 mars 2002 et vous-même, monsieur le ministre, avez été conduit à présenter la loi du 30 décembre 2002 sur la question de la réparation des accidents médicaux. Je ne partage pas du tout cette appréciation. Bien au contraire, parce qu'elle a mis en place un mécanisme de solidarité nationale pour les accidents non fautifs, je pense que la loi du 4 mars 2002 est de nature à faire baisser la pression qui pouvait peser sur les professionnels de santé compte tenu de l'évolution de la jurisprudence. Mais, à la lecture de votre amendement, je me demande quels risques vont encourir, demain, ces professionnels de santé et les établissements de santé.

Les établissements de santé sont peut-être mieux à même de s'organiser pour signaler « sans délai au représentant de l'Etat dans le département » des choses aussi peu précises que « les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance, ainsi que les

situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée ». Mais, quand le médecin généraliste – qui, du fond de son quartier ou de sa zone rurale, fait déjà face avec de grosses difficultés à l'ensemble des contraintes auxquelles il est soumis – n'aura pas identifié une présomption sérieuse de menace sanitaire grave et n'aura pas, sans délai, prévenu le représentant de l'Etat, à quels tracasseries judiciaires sera-t-il confronté ? La mission que vous a confiée M. le Président de la République doit, je crois, vous amener à retravailler sur cet amendement. En matière de responsabilité médicale, monsieur le ministre, vous créez là une situation dont personne aujourd'hui ne mesure les incidences.

Avec la loi du 4 mars 2002, nous avons introduit à l'article L. 1413-14 des procédures de déclaration sur des situations précises – les accidents médicaux, les affections iatrogènes, les infections nosocomiales –, qui sont clairement identifiées et sur lesquelles on peut prévoir une procédure déclarative. L'amendement que vous proposez demande aux médecins généralistes de transmettre des informations particulièrement floues, des appréciations sur des situations auxquelles ils peuvent être confrontés, et, s'ils ne le font pas sans délai, les expose à une action en responsabilité. Voilà un autre exemple, monsieur le ministre, qui montre à quel point il est opportun de prendre son temps.

La mission d'information a établi une comparaison avec les réseaux Sentinelles qui surveillent les épidémies de grippe, considérant qu'il serait sans doute utile de s'appuyer sur le réseau des médecins généralistes pour faire remonter certaines informations. Mais faut-il, comme vous le faites, le codifier de cette manière dans la loi ? C'est s'engager dans le champ de la responsabilité médicale, je crois l'avoir bien démontré, même si c'est un peu au pied levé, car ces amendements ont été déposés au dernier moment, la commission les a examinés au titre de l'article 88 et nous n'avons pas eu le temps d'en estimer toutes les conséquences. Cela mériterait en tout cas beaucoup plus de réflexion. Certes, vous nous dites qu'il y aura deux lectures. Mais, dans ce cas, rien ne pressait, et vous auriez pu prendre le temps de la réflexion avant d'introduire de telles dispositions dans la loi.

M. Gérard Bapt. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Notre souci, c'est...

M. Jean-Marie Le Guen. Et d'Aubert, il n'est pas là ? (*Sourires.*)

M. Denis Jacquat. M. Le Guen est un provocateur de naissance et il le restera toujours !

M. Bernard Accoyer. Il a des états de service !

M. Denis Jacquat. Et je suis très satisfait de le voir toujours extrêmement vigilant.

Le drame de la canicule, c'est en réalité celui de l'alerte et de la vigilance. Or notre souci, monsieur Le Guen, c'est l'amélioration de notre devoir d'alerte. Jean-Michel Dubernard vient de dire – et la commission l'a suivi dans ce sens – qu'il était urgent d'inclure les entreprises funéraires dans les capteurs chargés d'informer l'INVS.

M. Gérard Bapt. Ils agissent un peu trop tard, ces capteurs-là !

M. Denis Jacquat. Les membres de la mission d'information et ceux de l'UMP pensent, comme moi, qu'il doit y avoir un maximum de capteurs afin d'éviter la surmortalité que nous avons connue cet été...

M. Claude Evin. Ce n'est pas le problème !

M. Gérard Bapt. Il vaut mieux mettre les capteurs dans les services d'urgence ! Pas dans les morgues !

M. Denis Jacquat. Monsieur Bapt, vous connaissez parfaitement tous ces problèmes, mais nous aurons l'occasion de parler des services d'urgence plus tard.

Après le drame de cet été, ce qui importe, c'est de disposer d'un maximum de capteurs.

M. Claude Evin. C'est un sous-amendement parapluie !

M. Denis Jacquat. Et je suis tout à fait d'accord avec M. le ministre : nous devons prendre un maximum de précautions, quitte à affiner la méthode dans un second temps. On nous reprocherait d'être minimalistes. On ne nous reprochera jamais d'être maximalistes.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Absolument !

M. Claude Evin. Si !

M. Maxime Gremetz. Ça, vous avez raison ! On ne me le reproche pas à moi-même !

M. Denis Jacquat. Messieurs, je ne vous ai pas interrompus. Puis-je continuer ?

M. le président. Laissez parler M. Jacquat !

M. Denis Jacquat. Ce sont de vieux routiers de la politique, mais j'en suis un aussi !

M. Jean-Marie Le Guen. *Primum non nocere !*

M. Denis Jacquat. Les entreprises funéraires ont contribué à sensibiliser l'opinion au drame que nous avons connu cet été. Nombre de Françaises et de Français ont perçu sa gravité quand on leur a dit que les funérariums étaient saturés et qu'il fallait installer des structures provisoires. Si les entreprises funéraires avaient été écoutées, peut-être aurions-nous réagi rapidement aux problèmes de surmortalité. Aussi, dans le cas particulier, le Gouvernement, appuyé par la commission des affaires sociales, a parfaitement raison de proposer ce sous-amendement. Car, je le répète et le répéterai encore, nous ne pouvons accepter qu'il y ait un mort de plus par notre faute.

M. Georges Colombier. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. J'avoue que je ne comprends plus très bien. Les capteurs ! Voilà le mot à la mode !

M. Denis Jacquat. C'est M. Le Guen qui l'a employé !

M. Maxime Gremetz. Chez nous, on dit « les caf-teurs ». Finissons-en avec les grands mots ! Franchement, tous ces amendements sont sans grande portée. Si tout cela était urgent, vous auriez déclaré l'urgence. Il n'y aurait pas eu deux lectures, et nous n'aurions pas pris tout notre temps. Il n'y a pas péril en la demeure. On aurait donc pu consulter et réfléchir un peu plus pour proposer des mesures qui soient parfaitement validées – parce que correspondant à l'expérience que nous avons vécue – mais qui tiennent compte, aussi, des réflexions des uns et des autres. Je ne peux pas penser que certains imaginent qu'on ait fait aujourd'hui le tour des réflexions sur le drame que nous avons vécu. Ou alors la décision que nous avons prise ce matin, sur la constitution d'une commission d'enquête, n'avait aucune raison d'être, et était une mesure d'opportunité.

Quel est le sens des amendements ? Je ne laisserai pas M. Jacquat répéter que c'est une question de : « système d'alerte ». Car l'alerte a été donnée ! Mettons les points sur les i : vous avez, comme moi, le dossier de la mission parlementaire.

**M. Denis Jacquat.** Il compte 1 602 pages !

**M. Maxime Gremetz.** Vous avez auditionné les mêmes gens que moi. Nous avons tout – même les documents qu'on ne voulait pas nous donner et qu'il faudra publier un jour !

**M. Denis Jacquat.** Ils sont publiés !

**M. Maxime Gremetz.** Personne ne peut dire ici que nous n'avons pas été prévenus, et qu'il s'agit seulement d'une question d'alerte. Nous avons été alertés par la météo – je vous rappelle le bulletin météo du 4 août, puis celui du 7 août, qui annonçait que la canicule allait s'amplifier jusqu'au 14 août. C'est vrai, oui ou non ?

**M. Denis Jacquat.** Très juste !

**M. Maxime Gremetz.** Qui nous a alertés ? La météo n'est peut-être pas un capteur ? En a-t-on un meilleur ?

Donc, ils préviennent, ils alertent, y compris le cabinet du ministre et tous leurs signaux d'alerte sont envoyés partout. Et personne ne bouge, tout le monde dort. C'est la réalité. Dites-moi, c'est vrai ou c'est pas vrai ?

Ensuite, vous avez le SAMU 75, qui donne l'alerte le 8 août. Je vous rappelle ça, quand même, monsieur Jacquat. Si quelqu'un peut me démentir, qu'il me démente. J'ai les documents, et il y a le compte rendu des auditions. Donc, le 8 août, les gens du SAMU 75 donnent l'alerte. On a un capteur, là. Parce qu'ils disent : « Il y a des morts ! » Et qui alertent-ils ? Les ministères concernés.

Et puis, nous avons M. Pelloux. On lui tombe dessus pourquoi ? Parce qu'il ose dire que les ministres auraient dû dire : « Mesdames, messieurs, nous sommes face à un problème de canicule exceptionnel, dangereux. Il y a des morts, etc. » On lui tombe dessus en disant : « Mais celui-là, il se fait de la propagande. » On nous a raconté ça à la mission d'information parlementaire, oui ou non ? C'est vrai ou pas ? C'est vrai !

**M. Denis Jacquat.** Presque !

**M. Maxime Gremetz.** Je ne raconte pas d'histoires. Personne ne peut me contredire. Plusieurs membres de la mission d'information sont d'ailleurs présents ce soir.

Donc, arrêtons de dire que ce sont les capteurs qui nous manquent. Des capteurs, il y en a, même s'il faut les améliorer. Le problème est ailleurs. Pour moi, c'est clair, je l'ai dit et je le répète, il y a bien une responsabilité politique qui est engagée. Cela me paraît évident.

Et puis, nous avons un super-service. Je ne le connaissais même pas tellement il est secret, ultra-secret. C'est un capteur magnifique. Il est chargé de prévenir et de gérer les crises de toutes natures. Comment il s'appelle, déjà ?

**M. Claude Evin.** Le COGIC.

**M. Maxime Gremetz.** Hein ?

**M. Claude Evin.** Le COGIC, le centre opérationnel de gestion interministériel des crises.

**M. Maxime Gremetz.** Voilà, c'est ça. Je l'ai découvert à cette occasion, le pauvre. Ils ont plein de monde, au COGIC. Et on lui demande : mais qu'est-ce que vous avez fait, vous qui êtes chargé de prévenir les crises ?

**M. le président.** Monsieur Gremetz, veuillez conclure.

**M. Maxime Gremetz.** Je vais terminer sur le COGIC. Vous aurez appris quelque chose. Moi, je ne le connaissais pas, maintenant au moins, je le connais. Il y a trois

directeurs qui sont venus devant la mission. On leur a demandé : « Qu'est-ce que vous avez fait ? » Ils ont répondu : « Rien, on attendait, personne ne nous a prévenus. » Ce sont de rudes capteurs, ces gars ! *(Rires.)* « Et quand est-ce que vous avez été prévenus ? » « Le 14 août. » C'est vrai, ou c'est pas vrai ?

**M. Denis Jacquat.** C'est vrai.

**M. Maxime Gremetz.** Personne ne peut dire que ce n'est pas vrai.

**M. le président.** Bien. Merci.

**M. Maxime Gremetz.** Donc, vous voyez, ce ne sont pas les capteurs qui manquent. Arrêtons de répéter qu'il manquait des capteurs. Ou alors, c'est que personne n'a senti qu'il faisait chaud, qu'il se passait quelque chose d'anormal. Personne. Tout le monde était plongé sous la mer, ça marchait bien. Non, écoutez, arrêtons !

**M. le président.** Merci M. Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Donc, je ne pense pas que ce sont des amendements adoptés dans la précipitation qui vont améliorer les choses.

**M. le président.** Votre temps de parole est épuisé, monsieur Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Arrêtons, monsieur Jacquat, de dire que si on a un bon système d'alerte, tout est réglé, parce que...

**M. Denis Jacquat.** Je ne dis pas ça. Mais cela n'interdit pas de l'améliorer.

**M. Maxime Gremetz.** ... ce n'est pas comme ça dans la réalité.

Voilà, monsieur le président, j'ai tenu à m'exprimer sur ce point,...

**M. le président.** Vous l'avez fait très longuement, monsieur Gremetz, et vous avez très largement dépassé votre temps de parole.

**M. Maxime Gremetz.** ... parce que j'en avais gros sur la patate !

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 541.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 261 rectifié, modifié par le sous-amendement n° 541.

*(L'amendement, ainsi modifié, est adopté.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 262, ainsi rédigé :

« Avant l'article 10, insérer la division et l'intitulé suivants :

« Chapitre... – Prévention et gestion des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence. »

Il s'agit d'un amendement de cohérence.

Avis favorable de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard,** *président de la commission, rapporteur.* Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 262.

*(L'amendement est adopté.)*

## Article 10

M. le président. « Art. 10. – I. – Il est inséré dans le titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique un chapitre préliminaire intitulé : “Menace sanitaire grave” ainsi rédigé :

## « CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

## « Menace sanitaire grave

« Art. L. 3110-1. – 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 lutter contre la propagation de maladies.

« Le ministre peut habiliter le représentant de l’Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures d’application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles. Ces dernières mesures font immédiatement l’objet d’une information du procureur de la République.

« Le représentant de l’Etat dans le département et les personnes placées sous son autorité sont tenus de préserver la confidentialité des données recueillies à l’égard des tiers.

« Le représentant de l’Etat rend compte au ministre chargé de la santé des actions entreprises et des résultats obtenus en application du présent article.

« Art. L. 3110-2. – Le bien-fondé des mesures prises en application de l’article L. 3110-1 fait l’objet d’un réexamen périodique selon des modalités fixées par décret en Conseil d’Etat.

« Il est mis fin sans délai à ces mesures dès lors qu’elles ne sont plus nécessaires.

« Art. L. 3110-3. – Nonobstant les dispositions de l’article L. 1142-1, les professionnels de santé ne peuvent être tenus pour responsables des dommages résultant de la prescription ou de l’administration d’un médicament hors des conditions normales d’utilisation prévues par l’autorisation de mise sur le marché lorsque leur intervention était rendue nécessaire par l’existence d’une menace sanitaire grave et que la prescription ou l’administration du produit avait été recommandée par le ministre chargé de la santé en application des dispositions de l’article L. 3110-1.

« Art. L. 3110-4. – Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées dans les conditions du droit commun, la réparation d’un dommage imputable aux mesures prises en application des articles L. 3110-1 est supportée par l’Etat.

« Art. L. 3110-5. – Un fonds finance les actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d’alerte épidémique, notamment celles prescrites à l’article L. 3110-1 ainsi que les compensations financières auxquelles elles peuvent donner lieu à l’exclusion de celles prévues par d’autres dispositions législatives et réglementaires. Les conditions de constitution du fonds sont fixées par la loi de finances ou la loi de financement de la sécurité sociale. »

« II. – Les articles L. 1311-4 et L. 3114-4 du code de la santé publique sont abrogés. »

L’amendement n° 244 de Mme Greff n’est pas défendu.

Mme Fraysse et M. Gremetz ont présenté un amendement, n° 178, ainsi rédigé :

« Dans le premier alinéa du texte proposé pour l’article L. 3110-1 du code de la santé publique,

après les mots : “par arrêté motivé”, insérer les mots : “et après avis du Haut conseil de la santé publique réuni en urgence à cet effet.” »

La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. C’est dommage qu’on n’ait pas pu discuter de l’amendement n° 244. Je ne sais pas ce qu’elle nous fait, Mme Greff.

Pour ce qui est de l’amendement n° 178, il s’agit d’un amendement de cohérence, puisque nous avons fait ajouter dans un amendement précédent qu’on se référerait au Haut conseil de la santé publique. Mais la commission a rejeté notre proposition. La majorité de la commission est donc incohérente.

Cet amendement vise à associer le Haut conseil de la santé publique à la prise de décisions de mesures d’urgence en cas de menace sanitaire grave pour aider le ministre chargé de la santé à prendre les mesures appropriées.

On se réfère au Haut conseil quand il n’y a pas d’urgence et quand il y a urgence, on lui dit : “Vous, on ne vous réunit pas, vous ne servez à rien en cas d’urgence.” C’est difficile à comprendre. C’est bizarre. C’est un manque évident de cohérence de la part de la majorité des membres de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Je vous demande donc, monsieur le ministre, d’être plus cohérent que la commission ! Les commissaires étaient dissipés ce jour-là, je leur pardonne, mais vous, rectifiez au moins les choses !

M. René Couanau. Vous êtes gonflé, monsieur Gremetz !

M. le président. Quel est l’avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. L’amendement a été rejeté par la commission. La procédure proposée est complexe.

M. Maxime Gremetz. Non, pas du tout.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Il s’agit, comme vous l’avez dit pendant dix-sept minutes, monsieur Gremetz, de réagir à une situation de crise. Et voilà qu’on nous propose de prévoir des arrêtés motivés, de demander des avis,...

M. Maxime Gremetz. Pas du tout !

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. A l’évidence, de telles propositions rendent la procédure complexe.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis que la commission.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Si on ne se rappelle pas qu’on vient de fusionner dans le Haut comité de santé publique, d’une part, le Haut conseil de santé, organisme chargé de proposer des visions stratégiques, politiques, de travailler sur des dossiers, et, d’autre part, le Comité national d’hygiène qui, lui, avait des responsabilités opérationnelles, en urgence et techniques, si on ne se rappelle pas cela, donc, on ne comprend pas. Mais, à partir du moment où il a été décidé de fusionner ces comités, on

se demande pourquoi il n'y a pas réunion, non pas du Haut comité de santé publique tel qu'il existait traditionnellement, mais tel qu'il est fusionné aujourd'hui avec le Comité national d'hygiène. Nous étions contre la fusion, justement pour ces raisons. Et il est bien évident que le Comité national d'hygiène dans son ancienne formule, dans l'hypothèse où il existerait encore, devrait être réuni devant cette menace grave. Mais il ne le sera pas, ou il ne le sera qu'au travers du Haut conseil de santé publique, ce qui est un peu ridicule, parce que ce Haut conseil va comporter trente ou quarante personnes qui sont des gens qui n'auront pas de rapport direct avec l'affaire en question. Cet amendement met donc le doigt sur le fait qu'on a fusionné deux structures qui n'auraient pas dû l'être.

Gérard Bapt. Eh oui !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 178.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. Maxime Gremetz. Mais quel était l'avis du Gouvernement ? Il ne s'est pas exprimé.

M. le président. Le Gouvernement avait donné un avis défavorable.

M. Maxime Gremetz. Ah bon. Je n'avais pas entendu.

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 271, ainsi rédigé :

« A la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3110-1 du code de la santé publique, substituer aux mots : "afin de lutter contre la propagation de maladies", les mots : "afin de prévenir et de limiter les conséquences de la menace sur la santé de la population". »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Cet amendement a pour but d'étendre la notion de menace sanitaire au-delà de la seule propagation de maladies. On a pu constater, ces derniers temps, que les menaces sont d'ordre épidémique, environnemental, potentiellement terroriste... Il est donc trop restrictif de ne mentionner, comme cela est fait au deuxième alinéa de cet article 10, que la lutte contre la propagation des maladies mentionnée est trop restrictive. C'est pourquoi nous avons proposé cette modification.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Favorable.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Tout en comprenant très bien la position de M. le ministre, je suggère de rédiger autrement cet amendement et de substituer aux mots : « de la menace de la population », les mots : « des menaces possibles sur la santé de la population ». L'expression : « les conséquences de la menace », cela me fait un peu penser à « Max la menace ».

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je veux bien accepter cette rédaction, qui me paraît en effet plus précise.

M. le président. La commission est du même avis ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Oui.

M. le président. Cet amendement devient ainsi l'amendement n° 271 rectifié.

Je le mets aux voix.

*(L'amendement est adopté.)*

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, après l'effort magistral qu'a fait le Gouvernement, je propose une suspension de séance, pour lui permettre de se reposer un petit peu.

M. le président. C'est pour réunir votre groupe ?

M. Maxime Gremetz. C'est pour réunir mon groupe, et en même temps pour permettre au Gouvernement de se reposer après l'effort magistral qu'il a fait.

#### Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à vingt-trois heures cinquante, est reprise à vingt-trois heures cinquante-cinq.)*

M. le président. La séance est reprise.

Je suis saisi de deux amendements, n°s 37, deuxième correction, et 419, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 37, deuxième correction, présenté par M. Dubernard, rapporteur, M. Le Guen et les commissaires membres du groupe socialiste, est ainsi libellé :

« Après les mots : "fait l'objet d'un", rédiger ainsi la fin du texte proposé pour l'article L. 3110-2 du code de la santé publique : "examen périodique par le Haut Conseil de la santé publique selon les modalités définies par décret en Conseil d'Etat". »

L'amendement n° 419, présenté par M. Jean-Marie Le Guen et les membres du groupe socialiste, est ainsi libellé :

« Après les mots : "fait l'objet d'un", rédiger ainsi la fin du texte proposé pour l'article L. 3110-2 du code de la santé publique : "examen périodique par le Conseil supérieur de l'hygiène publique, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 37, deuxième correction.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Cet amendement, adopté par la commission, a pour but de préciser que les mesures d'urgence doivent faire l'objet d'un réexamen périodique par le Haut conseil de la santé publique. Il est essentiel que la loi mentionne des procédures de contrôle minimales.

M. Le Guen, cosignataire de cet amendement, a également déposé un amendement tendant à préciser que c'est le Conseil supérieur de l'hygiène publique qui doit effectuer ce contrôle.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable, sous réserve d'une rectification, consistant à préciser que l'amendement vise à rédiger la fin de la première phrase du texte proposé pour l'article L. 3310-2 du code de la santé publique et non la fin de ce texte, sinon la dernière phrase serait supprimée.

M. le président. Qu'en pense la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La commission est favorable à cette rectification.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 37, deuxième correction, tel qu'il vient d'être rectifié.

*(L'amendement, ainsi rectifié, est adopté.)*

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 419 tombe.

M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 38, ainsi rédigé :

« Dans le texte proposé pour l'article L. 3110-3 du code de la santé publique substituer au mot : "produit", le mot : "médicament". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Il s'agit d'un amendement de précision.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 38. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 10, modifié par les amendements adoptés.

*(L'article 10, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Après l'article 10

M. le président. M. Dubernard, rapporteur, et M. Jacquat ont présenté un amendement, n° 399, ainsi rédigé :

« Après l'article 10, insérer l'article suivant :

« Il est inséré dans le titre I<sup>er</sup> du livre IV de la première partie du code de la santé publique, un chapitre III *bis* intitulé :

« Chapitre III *bis* – Solidarités locales face aux risques sanitaires »

et comprenant un article L. 1413-17 ainsi rédigé :

« Art. L. 1413-17. – Dans les communes de plus de 5 000 habitants, le maire établit le plan local de solidarité face aux risques sanitaires.

« Le plan local de solidarité détermine l'organisme chargé d'en mettre en œuvre les mesures à l'échelon du bassin de vie. Il peut comporter, notamment, des mesures de prévention des risques sanitaires, de recensement des personnes fragiles, de recensement de réseaux locaux de solidarité qui les entourent et de promotion d'une meilleure coopération des professions de santé et des travailleurs sociaux en définissant une faculté pour les premiers de prescrire l'intervention des seconds quand ils rencontrent des situations le justifiant.

« Les registres nominatifs créés au titre du plan local de solidarité sont tenus dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. L'inscription de toute donnée nominative n'y est effectuée qu'avec l'accord de la personne concernée ou de son représentant légal. Le droit d'accès et de correction des données nominatives est assuré conformément aux dispositions de la loi précitée. Ces données nominatives ne peuvent être consultées

que par les agents chargés de la mise en œuvre du plan local de solidarité et aux fins définies par ce plan. La diffusion de ces données à des personnes non autorisées à y accéder ou leur détournement sont passibles des peines prévues aux articles L. 226-16 et suivants du code pénal.

« Le plan local est conforme aux prescriptions du plan régional de santé publique et des plans nationaux et régionaux de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Je laisse à M. Jacquat le soin de présenter cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Cet amendement concerne les solidarités locales face aux risques sanitaires, sujet qui a été longuement débattu en commission. Il vise à donner une traduction législative immédiate à l'une des recommandations de la mission d'information sur les conséquences de la canicule.

Il est apparu qu'il fallait absolument, dans le cas d'un drame tel que celui que nous avons connu cet été, que des réseaux de solidarité soient mis en place afin de pouvoir aller au-devant des personnes vivant seules, isolées, et ayant besoin d'être prises en charge par leur environnement pour qu'il leur signale les dangers qu'elles peuvent courir.

La CNIL interdisant d'établir un fichier des personnes isolées, cet amendement vise à faire en sorte que, dans les communes de plus de 5 000 habitants, le maire mette en place un plan local de solidarité face aux risques sanitaires, sachant la latitude qu'un maire peut avoir dans l'organisation de sa commune et, en particulier, la connaissance qu'il en a.

Je sais que certains de mes collègues ne sont pas d'accord et ne souhaitent pas d'une disposition de ce genre, préférant laisser toute liberté au maire. Toutefois, j'estime qu'après la catastrophe de cet été, il faut prendre une mesure précisant le devoir de solidarité qui doit exister dans notre pays.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Sur ce point, le Gouvernement s'en remettra à la sagesse de l'Assemblée. Je comprends bien que la commission ait souhaité associer les collectivités locales et singulièrement les maires de commune de plus de 5 000 habitants. Pour autant, compte tenu de sa rédaction, cet amendement introduirait une série de contraintes dont il est à l'heure actuelle difficile de mesurer la portée, en particulier en termes de responsabilité pour les maires.

M. Yves Bur. Tout à fait !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il me semble que le vecteur législatif n'est pas nécessairement le seul moyen de mettre en place les plans locaux de solidarité, que je soutiens pourtant comme vous, monsieur Jacquat.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Nous avons eu un débat nourri en commission sur ce point. Là encore, les bonnes intentions ne suffisent pas à faire une législation adaptée aux besoins.

En fait, cet amendement tend à créer une responsabilité des communes en matière de solidarité face à des risques sanitaires, alors que le présent projet de loi ne cesse de rappeler que l'État central joue en ce domaine un rôle essentiel. Certes, nous avons bien vu que cet été la France du terrain a mieux réagi que la France de l'administration centrale. Sur ce point, vous avez raison M. Jacquat, et on comprend votre réaction. Mais votre amendement ne fait qu'entériner l'existant. De surcroît, en donnant une responsabilité aux collectivités locales, il opère implicitement un transfert de charges de l'État vers les collectivités.

Je crois que cet amendement, aussi sympathique et bienvenu soit-il dans ses intentions, est très délicat à adopter, comme cela a été le cas de plusieurs amendements issus d'une réflexion un peu prématurée sur la canicule, que cette réflexion émane du Gouvernement ou de la commission d'information. Il me paraît donc urgent d'attendre et de ne pas légiférer sur ce point.

**M. le président.** La parole est à M. René Couanau.

**M. René Couanau.** A titre personnel, puisque Je ne voudrais pas me désolidariser d'une commission que j'ai présidée, je voudrais simplement adresser une mise en garde sur deux points.

Premièrement, il s'agit encore d'une charge et d'une responsabilité supplémentaires que l'on fait peser sur le maire, autant que sur la commune. Car cela ne relève pas simplement d'une bonne intention : il s'agit d'établir un plan de solidarité. Or, comme vous le savez, les transferts de compétences et de responsabilités, auxquels on procède allègrement, ne sont jamais accompagnés de transferts de moyens.

Deuxièmement, je voudrais signaler, si les auteurs veulent bien me le permettre, une petite anomalie de rédaction. On ne peut pas parler d'un bassin de vie à propos d'une commune de plus de 5 000 habitants. Un bassin de vie dépasse très nettement le seul périmètre de la commune. S'agit-il d'intercommunalité, de pays ?

Je suis d'accord pour que l'on réfléchisse à ce problème et que des plans de solidarité puissent être mis en œuvre, mais la portée de l'amendement dépasse nettement le périmètre d'une simple commune et tend à transférer au maire une responsabilité nouvelle. Je ne vois pas encore comment il pourrait complètement l'assumer. A titre personnel, et en tant que maire moi-même, je voulais signaler cette difficulté.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Bur.

**M. Yves Bur.** Je voudrais à mon tour appeler à la prudence. Le maire n'est pas forcément préparé à assumer la responsabilité qu'on veut lui faire endosser. De nouveau celle-ci reposerait sur l'échelon le plus fragile.

Personnellement, je ne peux voter un tel amendement, qui apparaît trop ambitieux ou trop flou, qu'il s'agisse des prescriptions ou du périmètre retenu pour cette obligation, c'est-à-dire les villes de plus de 5 000 habitants. Je considère, là encore, que c'est exonérer certains et imposer des charges à d'autres. Je ne crois pas que l'on puisse imposer au maire une telle responsabilité, que souvent il n'a pas les moyens humains de mettre en œuvre.

**M. le président.** La parole est à M. Denis Jacquat.

**M. Denis Jacquat.** Il y a exactement deux mois, la surmortalité a été dans notre pays de 14 802 personnes. Or on constate que la plupart d'entre elles sont décédées car elles étaient isolées et n'avaient pas été « repérées » auparavant.

Par cet amendement, nous voulons donc que personne ne meure en raison de son isolement.

La mission d'information a pris conscience qu'il fallait faire quelque chose. La disposition proposée pourra être corrigée par la suite, mais il n'est pas possible de laisser des personnes vivre de façon isolée.

Cet amendement n'est ni trop ambitieux ni trop flou. Cet amendement est réaliste, il essaie de « coller à la réalité ». Nous avons parlé de « bassin de vie », parce que le chiffre de 5 000 habitants peut concerner une ou plusieurs communes. Le maire aura toute latitude pour s'organiser avec ses voisins.

Avec cet amendement de solidarité face au risque sanitaire, nous voulons surtout que toute personne isolée puisse être repérée afin de ne pas succomber en cas de canicule.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Leteurtre.

**M. Claude Leteurtre.** Je dois vous avouer que cet amendement m'inquiète car étant maire et président d'une intercommunalité je ne vois pas comment nous pourrions mettre en place de tels plans locaux de solidarité. Qui sera compétent pour le faire ?

Par ailleurs, M. Jacquat ne me rassure pas lorsqu'il prévoit que les mesures doivent être mises en œuvre à l'échelon du bassin de vie.

Tout cela doit être envisagé de façon claire et pragmatique. Or, sur le terrain, on a l'habitude d'aborder ce genre de problème et l'on n'a pas besoin d'un cadre législatif pour le traiter.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 399.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 263, ainsi libellé :

« Après l'article 10, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 3110-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3110-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3110-6.* – Le plan mentionné à l'article L. 1411-11 du présent code comporte obligatoirement un plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire. »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Cet amendement vise à faire en sorte que le plan régional de santé publique inclue des procédures d'identification et de gestion des alertes et situations d'urgence, qu'il s'agisse d'adaptation de procédures nationales ou de procédures locales spécifiques. L'échelon régional est en effet le meilleur niveau pour tenir compte des données épidémiologiques.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 263.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 264 rectifié, ainsi rédigé :

« Après l'article 10, insérer l'article suivant :

« I. – Le chapitre préliminaire du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 3110-7.* – Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

« Le plan blanc est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement de santé sur proposition de son directeur ou de son responsable et après avis des instances consultatives. Il est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au service d'aide médicale urgente départemental.

« Il peut être déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.

« Dans tous les cas, le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le service d'aide médicale urgente départemental du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs.

« *Art. L. 3110-8.* – Si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé plan blanc élargi. Il informe sans délai le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le service d'aide médicale urgente territorialement compétent du déclenchement de ce plan.

« Ces réquisitions peuvent être individuelles ou collectives. Elles sont prononcées par un arrêté motivé qui fixe la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition ainsi que les modalités de son application. Le représentant de l'Etat dans le département peut faire exécuter d'office les mesures prescrites par cet arrêté.

« L'indemnisation des personnes requises et des dommages causés dans le cadre de la réquisition est fixée dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 59-63 du 6 janvier 1959.

« *Art. L. 3110-9.* – La compétence attribuée au représentant de l'Etat dans le département par l'article L. 3110-8 peut être exercée, dans les mêmes conditions, par les préfets de zone de défense et par le Premier ministre si la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes le justifient. Les réquisitions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 3110-8 sont alors prononcées par arrêté du préfet de zone de défense ou par décret du Premier ministre.

« Dans chaque zone de défense, des établissements de santé de référence ont un rôle permanent de conseil et de formation et, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, ils peuvent assurer une mission de coordination ou d'accueil spécifique.

« *Art. L. 3110-10.* – Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des articles L. 3110-7 à L. 3110-9 et notamment :

« a) Les conditions de mobilisation successives des moyens au niveau du département, de la zone de

défense ou au niveau national selon la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes ;

« b) La procédure d'élaboration des plans blancs du département et de la zone de défense ;

« c) Les modalités d'exécution des réquisitions, notamment la procédure applicable en cas d'exécution d'office ;

« d) L'évaluation et le paiement des indemnités de réquisition ;

« e) Le rôle et le mode de désignation des établissements de référence mentionnés à l'article L. 3110-9.

« II. – Le chapitre VI du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 3116-31.* – Le fait de ne pas respecter les mesures prescrites par l'autorité requérante prévues aux articles L. 3110-8 et L. 3110-9 est puni de six mois d'emprisonnement et de 10 000 euros d'amende. »

Sur cet amendement, Mme Génisson, M. Jean-Marie Le Guen et les membres du groupe socialiste ont présenté trois sous-amendements.

Le sous-amendement n° 544 est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du texte proposé par l'article L. 3110-7 du code de la santé publique à l'amendement n° 264, substituer aux mots : "et le service d'aide médicale urgente départemental" les mots : ", le service d'aide médicale urgente départemental, les services d'urgence départementaux et les représentants des collectivités territoriales concernées". »

Le sous-amendement n° 545 est ainsi rédigé :

« Dans le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3110-8 du code de la santé publique, à l'amendement n° 264, substituer aux mots : "plan blanc élargi", les mots : "plan Santé Urgences". »

Le sous-amendement n° 546 est ainsi rédigé :

« Après le mot : "hospitalisation", rédiger ainsi la fin de la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3110-8 du code de la santé publique à l'amendement n° 264 : ", le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan". »

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 264 rectifié.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** L'amendement n° 264 rectifié est important car il traite des plans blancs que l'on a évoqués notamment lors de l'épisode dramatique de l'été, mais aussi dans d'autres situations récentes de crise : tempêtes, inondations, explosion de l'usine AZF de Toulouse. Or la légitimité du plan blanc n'a d'autre fondement qu'une circulaire du 3 mai 2002 qui organise l'accueil du grand nombre de victimes dans les établissements de santé. Il nous est apparu, notamment au regard d'épisodes tels que la canicule, que nous ne pouvions pas en rester là et que le plan blanc devait être consacré par la loi, pour trois raisons.

Il s'agit tout d'abord de rendre obligatoire l'élaboration d'un tel plan. La loi permet ensuite de clarifier les règles qui le régissent et la chaîne de commandement organisée pour son déclenchement. Enfin, il est nécessaire de prévoir un plan blanc élargi étendant la mobilisation non seulement aux établissements privés, mais aussi aux professionnels de santé libéraux, aux entreprises ou aux services de transport sanitaire et aux établissements médico-sociaux ou aux laboratoires d'analyses de biologie médicale. Le présent amendement répond à ces objectifs.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** La commission a accepté l'amendement.

**M. le président.** Nous en venons maintenant à l'examen des sous-amendements.

La parole est à Mme Catherine Génisson pour défendre le sous-amendement n° 544.

**Mme Catherine Génisson.** Bien évidemment, nous ne pouvons que souscrire à la proposition de M. le ministre de donner un support législatif au plan blanc, dénommé auparavant « plan Mash » – mise en alerte des services hospitaliers. Peut-être en a-t-on d'ailleurs changé la dénomination à cause du film du même nom, dont l'héroïne était surnommée « Lèvres en feu » ! (*Sourires.*) La mise en place du plan blanc est obligatoire dans l'ensemble des hôpitaux et nécessite d'ailleurs une mobilisation très forte de l'ensemble des acteurs de l'hôpital, tant au stade de son élaboration qu'à celui de sa réalisation.

Pour autant, monsieur le ministre, je me permets de compléter votre amendement, qui indique qu'une fois arrêté, le plan blanc doit être transmis non seulement aux représentants de l'Etat dans le département et au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, mais aussi au service d'aide médicale urgente départemental. En effet, je rappelle que celui-ci n'est pas un service d'urgence, mais une structure de régulation des moyens intra et extra-hospitaliers à destination des services mobiles d'urgence et de réanimation. Ce service n'est pas un service opérant, mais un service de logistique. Il me semble donc important que les plans blancs soient également transmis aux services d'urgence départementaux.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** C'est-à-dire ?

**Mme Catherine Génisson.** Je parle des services d'urgence des hôpitaux du département. Car il est nécessaire que l'ensemble des services d'urgence des hôpitaux connaissent les différents plans blancs qui les concernent.

Enfin, il me semble important que les représentants des collectivités territoriales concernées, essentiellement les mairies, soient également informés du déclenchement d'un tel plan.

Je vais également défendre le sous-amendement n° 545, monsieur le président, si vous le permettez.

**M. le président.** Volontiers, madame Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Le sous-amendement n° 545 me semble encore plus important. En effet, le plan blanc est un plan d'urgence qui ne concerne que l'hôpital. L'article L. 3010-7 du code de la santé publique est très clair. Or, monsieur le ministre, le plan blanc élargi que vous introduisez à l'article L. 3110-8 n'est pas tout à fait de même nature. En effet, il s'agit d'un plan blanc auquel participent un certain nombre d'acteurs supplémentaires, notamment tout professionnel de santé, quel que soit son

mode d'exercice, tout établissement de santé ou établissement médico-social. Bien entendu, il n'est pas question de remettre en cause la procédure que vous nous proposez ; elle semble tout à fait adaptée à la prise en charge d'une situation d'urgence de grande ampleur. Toutefois, il me semble nécessaire important qu'à des dispositifs différents correspondent des dénominations différentes, car il est important que les acteurs aient des idées claires, des notions simples, quand l'autorité publique leur demande de déclencher ces plans ou d'en être partie prenante. Un plan blanc et un plan blanc élargi, ce n'est pas la même chose : le premier fonctionne uniquement à l'intérieur de l'hôpital, le second concerne d'autres acteurs.

Ce sont, je le répète, deux dispositifs différents, et à dispositif différent doit correspondre un nom différent. Voilà pourquoi j'ai proposé le plan « Santé Urgences », sans pour autant être persuadée que le terme est le plus adapté. Mais j'insiste sur la nécessité de retenir deux dénominations distinctes.

**M. le président.** Dois-je considérer que vos trois sous-amendements sont défendus, madame Génisson ?

**Mme Catherine Génisson.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur les trois sous-amendements ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** La commission ne les a pas examinés mais, à titre personnel, je serais assez favorable aux sous-amendements n°s 544 et 546. Quant au n° 545, qui concerne le « plan blanc élargi », je pense que cette terminologie est maintenant passée dans les mœurs et que sa signification auprès du public est plus claire que la notion de « santé urgences ».

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Le Gouvernement n'est pas favorable aux trois sous-amendements pour des raisons assez simples.

S'agissant tout d'abord des sous-amendements n°s 544 et 546, il n'existe pas de services d'urgence départementaux à l'exception du SAMU. Par ailleurs, l'information des collectivités territoriales se fera par le représentant de l'Etat lorsqu'il le jugera utile, sans qu'il soit besoin, me semble-t-il, de le préciser dans la loi.

En ce qui concerne le sous-amendement n° 545, je comprends très bien ce que dit Mme Génisson, mais il y a une appropriation par l'usage. Le plan blanc procède à la mobilisation de l'hôpital. Dès lors qu'on veut l'élargir au-delà de l'hôpital, qu'il s'agisse des cliniques privées ou des professionnels libéraux, le terme « plan blanc élargi » correspond effectivement à la réalité. La logique me paraît donc devoir être conservée. Les consultations que nous avons menées auprès des services d'urgence ne nous ont pas du tout dissuadés de proposer ce terme qui, d'ailleurs, a été spontanément utilisé. En effet, lorsque nous avons auditionné des membres du secteur hospitalier privé, ils nous ont clairement dit que, certaines cliniques privées disposant d'UPATOU – unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences – le plan blanc aurait dû être élargi de l'hôpital public à l'hôpital privé. Le terme « élargi » lui-même a été utilisé.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Qu'on ne se méprenne pas. Je ne mets pas en cause sur le fond la procédure qui nous est proposée, c'est-à-dire l'élargissement d'un dispo-

sitif à l'ensemble des acteurs de la santé, que ce soient les UPATOU, les cliniques privées ou même les médecins libéraux. J'insiste sur le fait que, comme nous avons affaire à des acteurs qui ne sont pas toujours spécialisés, ou les plus spécialisés, il faut définir des notions simples, pour déclencher des réflexes simples afin que chacun soit parfaitement efficace, de jour comme de nuit. En ce qui concerne la canicule, la crise s'est installée de façon sournoise, pour ainsi dire.

Mais dans le cas d'un accident de train ou d'avion, le déclenchement est immédiat. Or, en général, ces accidents n'arrivent jamais le lundi à quatorze heures trente, mais plutôt le samedi ou le dimanche à deux heures ou cinq heures du matin. La personne de garde a certes compétence pour travailler, mais elle n'a pas forcément été tenue au courant de la mise en place de ces plans et procédures. A ces personnes, il faut donc donner des notions très simples pour qu'ils aient des réflexes très simples d'efficacité.

J'en parle vraiment en connaissance de cause et je pense d'ailleurs, monsieur le ministre, que les différents acteurs que vous avez rencontrés vous ont dit la même chose. Il faut bien distinguer le plan blanc, le plan rouge et le plan ORSEC, qui sont extrêmement différents. Et je persiste à dire que la procédure que vous nous présentez sous le nom de « plan blanc élargi » n'est pas la même que celle du plan blanc. On n'a parlé qu'une seule fois de « plan blanc élargi », c'est à propos du drame de la canicule, qui convenez-en, ne rentrait pas dans le cadre des us et coutumes.

J'insiste vraiment très fortement pour que cette procédure à laquelle nous adhérons puisse changer de dénomination.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 544.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 545.

*(Le sous-amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 546.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 264 rectifié, modifié par les sous-amendements adoptés.

*(L'amendement, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Article 11

**M. le président.** « Art. 11. – I. – L'article L. 1413-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'exercice de ses missions, l'Institut de veille sanitaire s'appuie sur un réseau de centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles, dont les modalités de désignation ainsi que les missions sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

« II. – Le premier alinéa de l'article L. 1413-5 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'il s'avère nécessaire de prévenir ou de maîtriser des risques graves pour la santé humaine :

« 1° Toute personne physique et toute personne morale est tenue, à la demande de l'Institut de veille sanitaire, de lui communiquer toute information en sa possession relative à de tels risques ;

« 2° Tout laboratoire de biologie médicale public ou privé est tenu de transmettre aux centres nationaux de références mentionnés à l'article L. 1413-4 ou aux laboratoires désignés les souches d'agent infectieux ou le matériel biologique de toute origine en sa possession en rapport avec de tels risques. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les conditions de cette transmission. »

« III. – A l'article L. 1413-16 du code de la santé publique, les mots : “, ainsi que de la conférence nationale de santé,” sont supprimés.

« IV. – L'article L. 1413-5 devient l'article L. 1413-16.

« V. – Il est inséré après l'article L. 1413-14 un article L. 1413-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 1413-15. – Les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les observatoires régionaux de santé ainsi que tout médecin et directeur de laboratoire de biologie médicale sont tenus de signaler à l'autorité sanitaire les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance, ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. »

Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 40 et 294.

L'amendement n° 40 est présenté par M. Dubernard, rapporteur, M. Jean-Marie Le Guen et les commissaires membres du groupe socialiste ; l'amendement n° 294 est M. Jean-Marie Le Guen et les membres du groupe socialiste.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Supprimer le III de l'article 11. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 40.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de conséquence lié au rétablissement de la conférence nationale de santé.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 40 et 294.

*(Ces amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 387, ainsi rédigé :

« Supprimer les IV et V de l'article 11. »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Amendement de cohérence.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 387.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 41 de la commission tombe.

Je mets aux voix l'article 11, modifié par les amendements adoptés.

*(L'article 11, ainsi modifié, est adopté.)*

## Article 12

**M. le président.** « Art. 12. – I. – Au titre III du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre IX intitulé : « Micro-organismes et toxines » ainsi rédigé :

« Chapitre IX. – Micro-organismes et toxines. »

« Art. L. 5139-1. – Relèvent du présent chapitre, les micro-organismes et les toxines dont l'emploi serait de nature à présenter un risque pour la santé publique ainsi que les produits qui en contiennent. Un arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé fixe la liste de ces micro-organismes et toxines. Lorsque ces micro-organismes et toxines sont destinés à un usage vétérinaire, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sollicite, préalablement à sa proposition, l'avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

« Art. L. 5139-2. – La production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des micro-organismes et toxines inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5139-1 et les produits en contenant sont soumis à des conditions définies par décrets en Conseil d'Etat. Ces décrets peuvent, après avis des Académies nationales de médecine et de pharmacie, prohiber toute opération relative à ces micro-organismes, toxines et produits qui en contiennent et, notamment, interdire leur prescription et leur incorporation dans des préparations.

« Les conditions de prescription et de délivrance de telles préparations sont fixées après avis des conseils nationaux de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens.

« Art. L. 5139-3. – Lorsqu'ils ont le statut de marchandises communautaires et sont en provenance ou à destination des autres Etats membres de la Communauté européenne, les micro-organismes et toxines inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5139-1 ainsi que les produits en contenant doivent être présentés au service des douanes, munis des documents qui les accompagnent.

« Les agents des douanes sont chargés d'endosser, après contrôle des marchandises, l'autorisation d'importation ou d'exportation prévue par le présent code.

« II. – A l'article L. 5311-1, après le 15<sup>o</sup> est inséré un 16<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 16<sup>o</sup> Les micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1. »

« III. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 3114-1 sont remplacés par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'elle est nécessaire en raison soit du caractère transmissible des infections des personnes hébergées, soignées ou transportées, soit des facteurs de risque d'acquisition des infections par les personnes admises dans ces locaux ou transportées dans ces véhicules, il doit être procédé à la désinfection :

« 1<sup>o</sup> Des locaux ayant reçu ou hébergé des malades et de ceux où sont donnés des soins médicaux, paramédicaux ou vétérinaires ;

« 2<sup>o</sup> Des véhicules de transport sanitaire ou de transport de corps ;

« 3<sup>o</sup> Des locaux et véhicules exposés aux micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1.

« Cette désinfection est réalisée selon des procédés ou avec des appareils agréés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

« IV. – Le 2<sup>o</sup> de l'article L. 3114-6 est abrogé et le 3<sup>o</sup> devient le 2<sup>o</sup>. »

Le Gouvernement a présenté un amendement, n<sup>o</sup> 270, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 5139-2 du code de la santé publique, substituer aux mots : "de telles préparations", les mots : "des préparations dans lesquelles sont incorporés des micro-organismes ou des toxines mentionnés à l'article L. 5139-1 ou les produits qui en contiennent". »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Amendement de précision. Les mesures proposées sont destinées à prévenir le bioterrorisme.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 270.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n<sup>o</sup> 272 rectifié, ainsi rédigé :

« Avant le premier alinéa du II de l'article 12, insérer l'alinéa suivant :

« 1<sup>o</sup> Dans le 11<sup>o</sup> de l'article L. 5311-1, le mot : "produits" est supprimé et, après les mots : "des locaux", sont insérés les mots : "et des véhicules". »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** L'autorisation de mise sur le marché des produits biocides est délivrée par le ministère de l'environnement. L'AFSSAPS n'a donc plus compétence dans le domaine des produits biocides qui sont les seuls à pouvoir être utilisés pour la désinfection.

En revanche, l'AFSSAPS reste compétente pour l'agrément des appareils et procédés de désinfection. Ces appareils et procédés peuvent être différents selon qu'ils sont destinés à la désinfection des locaux ou des véhicules. Cet amendement est, je le reconnais, assez technique.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 272 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n<sup>o</sup> 255 corrigé, ainsi rédigé :

« Compléter le deuxième alinéa du III de l'article 12 par les mots : "par des produits biocides". »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Il s'agit d'un amendement de cohérence.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 255 corrigé.

*(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 42, ainsi rédigé :

« Dans le IV de l'article 12, substituer à la référence : "L. 3114-6", la référence : "L. 3114-7". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Rectification d'une erreur matérielle.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 42. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 12, modifié par les amendements adoptés.

*(L'article 12, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Avant l'article 13

M. le président. Je donne lecture de l'intitulé du chapitre IV :

« Chapitre IV. – Systèmes d'information. »

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 265, ainsi rédigé :

« Avant l'article 13, substituer à la division : "Chapitre IV" la division suivante : "Chapitre III". »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Cet amendement a pour objet de créer le chapitre « Systèmes d'information » du titre additionnel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 265.

*(L'amendement est adopté.)*

#### Article 13

M. le président. « Art. 13. – I. – Les deux premiers alinéas de l'article 7 *bis* de la loi modifiée n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les informations relatives aux personnes physiques, à l'exclusion des données relatives à la vie sexuelle, et celles relatives aux personnes morales, recueillies dans le cadre de sa mission, par une administration, un établissement public, une collectivité territoriale ou une personne morale de droit privé gérant un service public, peuvent être cédées, à des fins exclusives d'établissement de statistiques, à l'Institut national de la statistique et des études économiques ou aux services statistiques ministériels.

« Les données à caractère personnel relatives à la santé recueillies dans les conditions prévues à l'alinéa précédent ne peuvent toutefois être cédées à l'Institut national de la

statistique et des études économiques ou aux services statistiques ministériels que dans le cadre d'établissement de statistiques sur l'état de santé de la population, les politiques de santé publique ou les dispositifs de prise en charge par les systèmes de santé et de protection sociale en lien avec la morbidité des populations concernées. Des enquêtes complémentaires, revêtues du visa préalable mentionné à l'article 2, peuvent être réalisées auprès d'échantillons des mêmes populations.

« Sous réserve des dispositions de l'article 777-3 du code de procédure pénale, les dispositions des alinéas précédents s'appliquent nonobstant toutes dispositions contraires relatives au secret professionnel. »

« II. – Le cinquième alinéa de l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être dérogé à cette obligation pour transmettre des données à des fins de recherche dans le domaine de la santé dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée. »

« III. – L'article L. 2132-3 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« A des fins de suivi statistique de la santé des enfants, chaque service public départemental de protection maternelle et infantile transmet au ministre chargé de la santé, dans des conditions fixées par arrêté pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés :

« 1° Des données agrégées ;

« 2° Des données personnelles, dont certaines de santé, ne comportant ni le nom ni le prénom. Pour ces données, l'arrêté précise également les modalités de fixation des échantillons. La transmission de ces données se fait dans le respect des règles relatives au secret professionnel. »

« IV. – Il est inséré après le troisième alinéa de l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale, un alinéa ainsi rédigé :

« 3° A la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques de santé publique. »

« V. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise, aux fins de transmission à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, de manière confidentielle et selon des modalités définies par décret, la ou les causes du décès.

« Ces informations ne peuvent être utilisées que par l'Etat ou à sa demande, pour la prise de mesures de santé publique ou pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. »

La parole est à M. Maxime Gremetz, inscrit sur l'article.

M. Maxime Gremetz. L'article 13 propose des dispositions qui, selon l'exposé des motifs, permettent d'améliorer le fonctionnement des systèmes d'information nécessaires à l'élaboration et à la conduite de la politique de santé publique, notamment en matière d'épidémiologie.

Nous sommes conscients que les données statistiques et épidémiologiques sont nécessaires au pilotage des politiques de santé publique. Toutefois, cette connaissance ne doit en aucun cas mettre en cause les droits et les libertés fondamentales de la personne, en particulier le respect de

la vie privée garanti par des conventions internationales. Cette exigence est d'autant plus légitime que des moyens mathématiques et technologiques permettent de disposer des données utiles à la connaissance tout en protégeant le secret de l'identité individuelle des personnes. L'article 13 concerne la transmission de données personnelles de santé émanant d'un champ très vaste. Elles peuvent en effet provenir d'une administration, d'un établissement public ou d'une collectivité territoriale. Ce sont en l'occurrence, toutes les données médicales de tous les hôpitaux, des services de PMI, des services de santé scolaire ou universitaire notamment. Il peut s'agir également des données citées à l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale, concernant le codage des actes, les prestations et les pathologies, autrement dit toutes les données sensibles de la médecine clinique publique et privée, ou encore des certificats obligatoires de santé des enfants donnant lieu à des prestations.

Ces différentes catégories de données, éminemment sensibles, doivent impérativement être protégées, chacun en conviendra, contre des utilisations abusives.

Certes, monsieur le ministre, le projet, en l'état, prévoit quelques mesures de protection de la confidentialité dans le respect des principes de la loi de 1978 « Informatique et libertés ». Mais ces protections nous paraissent insuffisantes. Dans un contexte où les intérêts des assureurs, des mutuelles, des employeurs convergent pour obtenir des données relatives à la santé individuelle – je pense à l'ouverture que représente le droit à l'accès au dossier médical –, nous vous invitons à être très vigilants quant à l'autorisation de divulguer ce type de données. En tout état de cause, il nous paraît indispensable de prévoir les garde-fous nécessaires, afin de rendre impossible, autant que faire se peut, l'identification des personnes et de limiter au maximum les dérogations, dans le respect du secret professionnel. Nous avons donc déposé des amendements à cet effet.

Un autre point central de cet article est la réforme engagée en matière de transmission des certificats de décès pour leur utilisation à des fins de santé publique. Nous avons dit que ce texte ne pouvait être une réponse au problème posé par la canicule, non seulement parce que toute la lumière n'a pas été faite – la commission d'enquête doit travailler –, mais aussi parce qu'il ne s'agit pas uniquement d'une question de santé publique. Or l'article 13 va être le support d'une réforme qui a été proposée par la mission d'information, mais qui est contraire aux recommandations du rapport Lalande, premier rapport publié sur le sujet de la canicule.

Nous y reviendrons lorsque nous examinerons un de nos amendements, car nous soutenons l'idée selon laquelle les DDASS doivent continuer d'être destinataires de ces certificats – je vous l'ai dit tout à l'heure, monsieur le ministre, mais vous ne m'avez pas répondu –, pour des raisons évidentes qui, semble-t-il, vous échappent. Nous souhaiterions savoir pourquoi à l'occasion de l'examen de cet article et des amendements se rapportant au paragraphe V.

J'espère des réponses !

**M. le président.** MM. Prél, Leteurtre et Jardé ont présenté un amendement, n° 442, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa du I de l'article 13, supprimer les mots : “, à l'exclusion des données relatives à la vie sexuelle, ” ».

La parole est à M. Claude Leteurtre.

**M. Claude Leteurtre.** Cet amendement peut sembler difficile à défendre pour la raison évidente qu'il se heurte à la pudibonderie. Néanmoins, puisque nous sommes dans une recherche d'analyse statistique ayant la rigueur scientifique, je ne vois pas pourquoi nous ne prendrions pas en compte les données relatives à la vie sexuelle, dans la mesure où, comme pour toutes les autres données à caractère personnel, leur confidentialité est garantie au paragraphe suivant. Si l'on veut assurer la cohérence des statistiques de santé publique, il ne faut pas exclure ces données de la transmission à l'INSEE.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** L'exclusion des données à caractère sexuel n'est pas justifiée par la pudibonderie, mais par la volonté de prévenir le risque de discrimination sexuelle. C'est pour cette raison que la commission a rejeté l'amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Même avis.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 442.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 43 corrigé et 420.

L'amendement n° 43 corrigé est présenté par M. Dubernard, rapporteur ; l'amendement n° 420 par M. Jean-Marie Le Guen et les membres du groupe socialiste.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« A la fin du deuxième alinéa du I de l'article 13, substituer au mot : “ ministériels ”, les mots : “ des ministères participant à la définition, à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique ”. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 43 corrigé.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Il s'agit de limiter l'accès aux informations personnelles de santé aux seuls services ministériels chargés de mener des actions de santé publique. M. Le Guen propose la même rédaction.

**M. Claude Evin.** C'est une simple précision.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix par un seul vote les amendements n° 43 corrigé et 420.

*(Ces amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 44, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du troisième alinéa du I de l'article 13, après les mots : “ ne peuvent toutefois être cédées ”, insérer les mots : “, après avis du Conseil national de l'information statistique, ” »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Un avis positif du Conseil national de l'information statistique donne l'assurance que l'opération considérée correspond à un besoin d'intérêt général et ne fait pas double emploi.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 44. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 45, ainsi rédigé :

« Avant le dernier alinéa du I de l'article 13, insérer les trois alinéas suivants :

« Les modalités de cession des données à caractère personnel relatives à la santé recueillies dans les conditions prévues au premier alinéa ne permettent pas l'identification des personnes concernées. »

« Il ne peut être dérogé à cette dernière obligation que lorsque les conditions d'élaboration des statistiques prévues au premier et au deuxième alinéas nécessitent de disposer d'éléments d'identification directe ou indirecte des personnes concernées, notamment aux fins d'établissement d'échantillons de personnes et d'appariement de données provenant de diverses sources, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

« Seules les personnes responsables de l'opération, désignées à cet effet par la personne morale autorisée à mettre en œuvre le traitement, peuvent recevoir les données à caractère personnel relatives à la santé transmises à l'Institut national de la statistique et des études économiques ou aux services statistiques des ministères participant à la définition, à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. Après utilisation de ces données, les éléments d'identification des personnes concernées doivent être détruits. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Pour renforcer la protection des personnes à l'égard du traitement de leurs données de santé, cet amendement a pour objet d'affirmer le principe selon lequel les données de santé transmises aux fins d'établissement de statistiques doivent être sous une forme non identifiante ; d'ajouter une disposition tendant à limiter, à l'intérieur du service destinataire, le nombre des personnes ayant accès aux données personnelles de santé transmises ; de la compléter par une autre disposition visant à détruire les éléments identifiants dès que l'opération est réalisée.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 45. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Mme Fraysse et M. Gremetz ont présenté un amendement, n° 179, ainsi rédigé :

« Compléter le dernier alinéa du I de l'article 13 par les deux phrases suivantes :

« Les données ne peuvent être transmises que sous une forme ne permettant pas l'identification de la personne. Ces données ne peuvent comporter ni le nom, ni le prénom, ni la date de naissance complète, ni l'adresse détaillée, ni le numéro d'inscription des personnes au répertoire national d'identification des personnes physiques. »

La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Comme je l'ai indiqué dans mon intervention sur l'article, malgré les précautions prises et annoncées, il convient d'être très prudent quant à l'utilisation des données et, en particulier, de bien veiller à leur confidentialité. Aussi cet amendement vise-t-il à sécuriser la confidentialité dans la transmission, ce que beaucoup d'acteurs veulent voir apparaître dans la loi.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La commission a rejeté l'amendement, l'objectif de protection des personnes étant satisfait par l'ensemble des amendements qu'elle a adoptés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 179.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. le président. M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 46, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le II de l'article 13 :

« II. – Le cinquième alinéa de l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« Il peut être dérogé à cette obligation pour transmettre des données à des fins de recherche dans le domaine de la santé lorsque les modalités de réalisation de ces recherches nécessitent de disposer d'éléments d'identification directe ou indirecte des personnes concernées. Ces éléments sont recueillis dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée. Après utilisation des données, les éléments d'identification des personnes concernées doivent être détruits. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Cette nouvelle rédaction précise que l'obligation de secret professionnel pesant sur les personnels des organismes d'assurance maladie n'interdit pas la transmission de données à des fins de recherche.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 46. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 47, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le deuxième alinéa du III de l'article 13 :

« A des fins de suivi statistique et épidémiologique de la santé des enfants, chaque service public départemental de protection maternelle et infantile transmet au ministre chargé de la santé ou aux services désignés à cet effet par le préfet de région, dans des conditions fixées par arrêté pris après avis du Conseil national de l'information statistique et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés : ».

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** L'amendement n° 47 tend à élargir le champ des données considérées aux études épidémiologiques relatives à la santé de l'enfant. L'ajout du champ épidémiologique rendra possible la transmission d'informations issues des certificats de santé des enfants aux services régionaux déconcentrés de l'Etat.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 47. *(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n°s 48 et 180, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 48, présenté par M. Dubernard, rapporteur, est ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le dernier alinéa (2°) du III de l'article 13 :

« 2° Des données personnelles, dont certaines de santé, ne comportant pas les données suivantes : nom, prénom, jour de naissance et adresse détaillée. L'arrêté précise les modalités de fixation des échantillons ainsi que les garanties de confidentialité apportées lors de la transmission des données. La transmission de ces données se fait dans le respect des règles relatives au secret professionnel. »

L'amendement n° 180, présenté par Mme Fraysse et M. Gremetz, est ainsi rédigé :

« Compléter la première phrase du dernier alinéa (2°) du III de l'article 13 par les mots : "ni la date de naissance complète, ni l'adresse détaillée, ni le numéro d'inscription des personnes au répertoire national d'identification des personnes physiques". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 48.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Pour renforcer la protection des personnes en ce qui concerne le traitement de leurs données personnelles, l'amendement de la commission ajoute au nom et au prénom deux éléments indirectement nominatifs qui ne pourront pas être transmis. Il s'agit du jour de naissance et de l'adresse détaillée.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz, pour soutenir l'amendement n° 180.

**M. Maxime Gremetz.** Nous proposons d'ajouter également aux éléments qui ne pourront pas être transmis le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, toujours dans le même souci de confidentialité et de protection de la vie privée.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Il est satisfait par celui de la commission.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Même avis.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 48. *(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 180 tombe.

M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement, n° 49, ainsi rédigé :

« Compléter le III de l'article 13 par l'alinéa suivant :

« Les informations transmises en application du présent article et permettant l'identification des personnes physiques auxquelles elles s'appliquent ne peuvent faire l'objet d'aucune communication de la part du service bénéficiaire de la transmission et sont détruites après utilisation. »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Les données individuelles concernant les enfants ne peuvent faire l'objet d'aucune communication et doivent être détruites après utilisation.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 49. *(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** M. Dubernard, rapporteur, MM. Jacquat et Gremetz ont présenté un amendement, n° 50, ainsi libellé :

« Après le IV de l'article 13, insérer le paragraphe suivant :

« IV bis – A. – A titre expérimental et jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les certificats de décès visés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales peuvent, de façon dérogatoire et dans des conditions fixées par décret, faire l'objet d'une transmission directe à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

« B. – A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'avant-dernier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est ainsi rédigé :

« Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise, aux fins de transmission par voie électronique à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, de manière confidentielle et selon des modalités définies par décret, la ou les causes du décès. »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Je laisse à M. Jacquat le soin de défendre cet amendement, qui vise à tirer les leçons de la canicule.

**M. Denis Jacquat.** En accord avec Jean-Michel Dubernard et Maxime Gremetz, je présente cet amendement qui a pour but de mettre en place un système de remontée d'informations sur les décès en temps réel. Les travaux de la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule ont fait apparaître la nécessité de disposer, aux fins d'alerte, d'un tel dispositif. Nous prévoyons sa mise en place progressive, par expérimentation de sites pilotes, avant sa généralisation à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

La pratique a montré que, pour que le dispositif d'alerte soit performant, il fallait que le certificat de décès puisse remonter le jour même, donc en temps réel, du

médecin qui l'a établi jusqu'à l'INSERM, sans passer par des intermédiaires. Cet amendement, vous avez pu le constater, recueille une adhésion transversale des membres de notre commission.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je suis naturellement favorable à l'idée qui sous-tend l'amendement. Néanmoins, il me semble que, dans sa rédaction actuelle, il bouleverse l'enregistrement de données d'état civil par les mairies et leur transmission à l'INSEE. Le Gouvernement préfère donc - vous le comprendrez - la rédaction de son amendement n° 371, qui poursuit le même but de la remontée rapide des certificats de décès pour permettre une meilleure veille sanitaire.

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** J'ai une autre préoccupation, que j'ai déjà exprimée à deux reprises. Cet amendement a été adopté de manière très transversale, comme l'a dit M. Denis Jacquat, par l'ensemble de la commission. Nous étions en effet trois cosignataires, mais je proposais aussi un sous-amendement, dans un souci que vous partagez peut-être : parallèlement à la transmission directe à l'INSERM, je suggérais de transmettre également les certificats à l'autorité responsable de l'action sanitaire et sociale dans le département. Je crains en effet, monsieur le ministre, qu'on ne dépossède complètement les DDASS d'un outil d'étude sur les causes des décès, dont elles ont besoin pour évaluer la situation sanitaire et agir en conséquence. Je crois que cette transmission parallèle aux DDASS toujours en temps réel, n'a rien d'impossible.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** L'amendement n° 50 présente l'avantage de prévoir une procédure expérimentale ainsi qu'un calendrier d'application. Mais l'amendement n° 371 du Gouvernement permet d'assurer l'informatisation du circuit avec une liaison directe entre le médecin et l'INSERM. A titre personnel, je préfère l'amendement du Gouvernement.

**M. le président.** La parole est à M. Denis Jacquat.

**M. Denis Jacquat.** Je pense que les deux amendements se complètent. Le Gouvernement ajoute au dispositif proposé par la commission un autre dispositif permettant à l'INVS de construire un système d'alerte appuyé sur l'observation en temps réel, mais l'esprit est le même. La meilleure solution me semble donc de rattacher l'amendement n° 50 à l'amendement n° 371 et d'adopter le tout.

**M. le président.** Cela me paraît difficile, monsieur Jacquat. Je propose donc de retirer l'amendement n° 50 et de mettre au point, en tenant compte des éléments qu'il contient, une nouvelle rédaction de l'amendement n° 371.

**M. Denis Jacquat.** Excellente proposition, monsieur le président, si le ministre et le rapporteur sont d'accord.

**M. le président.** Bien entendu.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Le ministre est d'accord.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Il est écrit dans l'amendement du Gouvernement que le certificat sera transmis à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale,

ainsi qu'aux organismes dont la liste est fixée par décret. Pouvez-vous, monsieur le ministre, nous donner des exemples de ces organismes ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je pensais aborder ce point en présentant l'amendement n° 371 le moment venu, mais puisque l'examen de l'amendement n° 50 nous conduit à anticiper, je vais vous répondre dès à présent. Si on établit une ligne informatique directe de l'hôpital à l'INSERM, il est clair que les DDASS et l'INVS doivent être branchés sur cette ligne pour pouvoir interpréter, avec un logiciel de veille, les anomalies qui seraient constatées dans les décès. Ainsi, les départements pourront effectuer des études locales.

Nous pensons que, dans les deux ans qui viennent, tous les certificats venant des hôpitaux seront informatisés, ce qui représente à peu près 70 % des décès. Pour le reste, pour les constats faits soit à domicile, soit dans des institutions, cela dépend naturellement du système d'informatisation des médecins libéraux, mais je crois que tout notre système de santé s'oriente vers davantage d'informatisation. Quoi qu'il en soit, si l'on obtenait que 70 % des décès informatisés participent à un système de veille, ce serait déjà un très grand progrès. C'est ce que je vous proposerai dans l'amendement n° 371.

**M. le président.** L'amendement n° 50 est retiré.

Je demande à la commission et au Gouvernement de préparer une version rectifiée de l'amendement n° 371 qui sera examiné dans quelques instants.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** J'ai bien entendu les arguments de M. le ministre, et le fait que sept personnes sur dix meurent à l'hôpital me semble un triste constat sociétal. Mais c'est un autre sujet.

Y a-t-il eu pendant la canicule plus de décès à l'hôpital que dans l'ensemble des autres structures hébergeant des personnes âgées ? La mission d'information n'a pas pu le déterminer. Personnellement, je n'en suis pas persuadée.

**M. le président.** La parole est à M. Denis Jacquat.

**M. Denis Jacquat.** La question de Mme Génisson a été posée lors des travaux de la mission d'information. A ce jour, nous ne savons pas y répondre. C'est pourquoi nous avons demandé la création d'une commission d'enquête qui nous permette de préciser certains paramètres, comme le nombre de personnes décédées à domicile et à l'hôpital, mais surtout de faire la différence entre les personnes dites décédées à l'hôpital et qui sont mortes en fait pendant le transfert. Aujourd'hui, une telle étude demande du temps. L'intérêt de notre amendement et de celui du Gouvernement, c'est d'arriver, en temps réel, le jour même, à obtenir une statistique précise de la mortalité et surtout, le cas échéant, de la surmortalité, dans notre pays.

Votre question, madame Génisson, est donc très pertinente.

**M. le président.** Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 256, ainsi rédigé :

« Supprimer le V de l'article 13. »

La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Amendement de cohérence.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 256.

*(L'amendement est adopté.)*

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 51 de la commission, 181 de Mme Fraysse, 13 et 14 de M. Lasbordes tombent.

Je mets au voix l'article 13, modifié par les amendements adoptés.

*(L'amendement 13, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Après l'article 13

M. le président. Nous en venons à l'amendement n° 371 du Gouvernement, qui est ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« Les deux derniers alinéas de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise la ou les causes de décès, aux fins de transmission à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et aux organismes dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce même décret fixe les modalités de cette transmission, notamment les conditions propres à garantir sa confidentialité.

« Ces informations ne peuvent être utilisées que pour des motifs de santé publique :

« 1° A des fins de veille et d'alerte, par l'Etat et par l'Institut de veille sanitaire ;

« 2° Pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès et pour la recherche en santé publique par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ».

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je me suis déjà suffisamment expliqué, mais je veux rassurer M. Gremetz. Comme le précise l'exposé sommaire, l'informatisation du circuit des certificats de décès permettra aux DDASS d'être destinataires de ces certificats et d'assurer ainsi leur mission de surveillance au niveau départemental.

C'est grâce à l'étude en temps réel des décès que les Américains ont pu déceler très vite la légionellose. Nous devons tendre à cet objectif.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Avis favorable.

M. le président. Je crois, mes chers collègues, que nous pouvons en rester là et que la rédaction actuelle de l'amendement n° 371 satisfait l'amendement n° 50.

Je mets aux voix l'amendement n° 371.

*(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Mme Rimane a présenté un amendement, n° 481, ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer la division et l'intitulé suivants :

« Chapitre V. – Modalités d'investissement et d'intervention. »

La parole est à Mme Juliana Rimane.

Mme Juliana Rimane. Il s'agit de donner aux établissements publics de santé et du secteur médico-social, qui sont confrontés aux mêmes problématiques en matière de relance de l'investissement, l'opportunité de participer au capital de sociétés d'économie mixte locales intervenant à titre exclusif dans la conception, la réalisation, l'entretien et la maintenance ainsi que, le cas échéant, dans le financement d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux.

L'intérêt de la participation des établissements publics de santé ou médico-sociaux au capital de SEM locales dédiées à cet objet exclusif est de cristalliser un fort partenariat entre le politique et les acteurs de la santé en assurant la conjonction des intérêts entre l'utilisateur d'établissement et le financeur : la SEM locale.

Cette participation permettra d'abord de trouver une solution médiane entre une maîtrise d'ouvrage réservée exclusivement aux établissements publics et une externalisation définitive vers des opérateurs privés. Dans cette dernière hypothèse, le risque est grand d'une perte totale par l'hôpital de la maîtrise des projets de reconstruction, qui peut aboutir à une inadéquation entre les besoins de l'utilisateur final et l'immobilier mis à sa disposition.

Elle garantira aux établissements publics de santé et médico-sociaux une maîtrise de l'information et du pilotage de l'opération, tant au stade de l'investissement qu'à celui de la gestion des contrats autorisant l'installation des établissements dans les locaux construits par les SEM locales.

Elle facilitera le dialogue entre établissements publics et privés s'engageant dans des actions de coopération.

Enfin, favoriser la participation des établissements publics de santé au capital de SEM locales dédiées est un élément fondamental pour l'optimisation financière de l'opération de portage.

Néanmoins, il ne peut être question d'engager les moyens financiers de ces établissements pour des opérations qui seraient étrangères à leurs missions.

Plusieurs projets très importants attendent ces dispositions pour démarrer.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La commission a repoussé cet amendement, mais les explications de Mme Rimane donnent à réfléchir. A titre personnel, je serais plutôt favorable à ses propositions sous réserve d'une appréciation plus fine des mécanismes qu'elle suggère. Mais cela viendra par la suite.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Le Gouvernement émet lui aussi un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 481.

*(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 350 rectifié, 557 rectifié et 389, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 350 rectifié, présenté par M. Evin, est ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« I. – A la fin de la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1521-1 du code général des collectivités territoriales, les mots : "d'un établissement

public de santé”, sont remplacés par les mots : “d’un établissement de santé ou d’un établissement social ou médico-social ou d’un groupement de coopération sanitaire”.

« II. – A la fin de l’avant-dernier alinéa de l’article L. 421-1 du code de la construction et de l’habitation, les mots : “d’un établissement public de santé”, sont remplacés par les mots : “d’un établissement de santé ou d’un établissement social ou médico-social ou d’un groupement de coopération sanitaire”.

« III. – A la fin de l’avant-dernier alinéa de l’article L. 422-2 du code de la construction et de l’habitation, les mots : “d’un établissement public de santé”, sont remplacés par les mots : “d’un établissement de santé ou d’un établissement social ou médico-social ou d’un groupement de coopération sanitaire”. »

L’amendement n° 557 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi rédigé :

« Après l’article 13, insérer l’article suivant : “A la fin de la dernière phrase du premier alinéa de l’article L. 1521-1 du code général des collectivités territoriales”, après les mots : “d’un établissement public de santé” sont insérés les mots : “d’un établissement public social ou médico-social ou d’un groupement de coopération sanitaire”. »

L’amendement n° 389, présenté par Mme Rimane, est ainsi libellé :

« Après l’article 13, insérer l’article suivant : le premier alinéa de l’article L. 1521-1 du code général des collectivités territoriales est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En outre, les sociétés d’économie mixte locales peuvent réaliser des opérations de conception, réalisation, entretien ou maintenance ainsi que, le cas échéant, de financement d’équipements hospitaliers ou médico-sociaux pour les besoins d’un ou plusieurs établissements de santé, d’un établissement médico-social ou d’un groupement de coopération sanitaire. »

La parole est à M. Claude Evin, pour soutenir l’amendement 350 rectifié.

**M. Claude Evin.** Cet amendement s’inscrit dans la ligne de propos de Mme Rimane. En effet, il semble nécessaire de préciser ce qui n’est pas tout à fait un oubli de l’ordonnance publiée au cours du mois de septembre par le Gouvernement, puisque j’avais déjà abordé le sujet par le biais d’un amendement au projet de loi d’habilitation.

Je ne veux pas entrer ici dans le débat de savoir s’il faut valider ou non cette ordonnance. Le groupe socialiste, auquel j’appartiens, n’a pas approuvé cette procédure. Mais puisque aujourd’hui le texte en est publié, je veux attirer votre attention sur le fait que cette ordonnance comprend une difficulté : alors que vous autorisez les établissements publics de santé à recourir aux sociétés d’économie mixte, vous n’avez ouvert cette faculté ni aux groupements de coopération sanitaire ni aux établissements médico-sociaux, voire aux établissements privés, afin qu’ils puissent réaliser des investissements. Or la formule tend à se développer, par exemple en ce qui concerne les groupements de coopération sanitaire. Dans le cadre de tels projets, les groupements de coopération sanitaire ne pourraient pas faire appel aujourd’hui à ces sociétés d’économie mixte, alors qu’un établissement public de santé pourrait le faire.

Puisque tous ces investissements relèvent de la même logique, nous devons donner aux groupements de coopération sanitaire autant qu’aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux la même possibilité de réaliser des investissements de cette manière.

L’amendement n° 332, qui sera examiné dans la suite du débat et dont je suis également signataire, veut répondre aux mêmes attentes. Mme Rimane a évoqué cette question dans son intervention, et je crois savoir que certains dossiers, notamment dans les départements d’outre-mer, attendent ce type de solution.

Il s’agit de permettre aux établissements publics de santé, aux groupements de coopération, aux établissements médico-sociaux de participer au capital d’une société d’économie mixte, sous réserve que celle-ci soit spécifiquement dédiée à des investissements hospitaliers. Il est naturellement hors de question qu’un établissement de santé « s’embarque » dans le capital d’une société d’économie mixte dont la vocation serait différente et risquerait éventuellement de fragiliser cet établissement. On peut, en effet, imaginer des situations dans lesquelles la maîtrise de l’opération d’investissement par l’établissement de santé lui-même ou un groupement de coopération sanitaire nécessite qu’il entre au capital de la société d’économie mixte spécifiquement dédiée. Pour faciliter ce type d’opération, il me semble donc nécessaire d’adopter ces deux amendements, qui répondent à deux types de préoccupations différentes.

**M. le président.** Quel est l’avis de la commission sur l’amendement n° 350 rectifié ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** La commission, convaincue par la longue argumentation de M. Evin, a accepté cet amendement.

**M. le président.** Quel est l’avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Sur le fond, monsieur le président, le Gouvernement a trouvé dans les propositions de M. Evin et de Mme Rimane des éléments à conserver. En revanche, il nous semble préférable de limiter l’extension du champ d’intervention des sociétés d’économie mixte locales aux seuls établissements publics.

D’autre part, nous ne souhaitons pas étendre les possibilités d’intervention des organismes d’HLM au-delà des seuls établissements publics de santé.

C’est pour cela que le Gouvernement vous propose l’amendement n° 557 rectifié qui vous satisfera, je l’espère, monsieur Evin, puisqu’il reprend pratiquement vos propositions. Notre seule restriction est que cette faculté n’est pas ouverte à un établissement privé en tant que tel, sauf s’il rentre dans un groupement de coopération sanitaire. Dans ce cas, la finalité de la mesure est respectée. Ce serait, sinon, l’étendre au-delà de ce que nous pouvons faire. Mais vous voyez que pratiquement, à cette petite restriction près, nous satisfaisons votre demande.

**M. le président.** Quel est l’avis de la commission sur l’amendement n° 557 rectifié du Gouvernement ?

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission, rapporteur.** Favorable. Il semble régler à la fois les problèmes évoqués par M. Evin et ceux soulevés par Mme Rimane.

**M. le président.** Madame Rimane, l’amendement n° 389 est-il défendu ?

**Mme Juliana Rimane.** Oui, tout à fait, il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Je ne vois pas, monsieur le ministre, quels inconvénients il y aurait à permettre à des établissements privés d'utiliser une société d'économie mixte. On peut très bien imaginer le cas d'établissements publics et privés qui, sans être encore arrivés au point de créer un groupement de coopération sanitaire, envisagent des investissements en commun qui préfigurent un GCS à venir, et pour lesquels ils pourraient se mettre d'accord pour avoir recours à une société d'économie mixte.

Excusez-moi d'invoquer mon expérience en matière de coopération entre le public et le privé dans le domaine hospitalier, mais je sais combien de fois nous avons dû légiférer sur cette question, faute d'avoir osé aller d'emblée jusqu'au bout de la logique. Je ne dis pas qu'il ne faudra pas apprécier les dossiers au cas par cas. Je rappelle par ailleurs que les dossiers sont soumis en général à l'appréciation de l'ARH, entre autres autorisés, et je ne vois guère quel risque il y aurait à permettre à un établissement privé d'avoir recours à une société d'économie mixte. En revanche, si votre texte l'interdit, il risque de bloquer les initiatives d'un certain nombre d'établissements, qui ne sont pas encore prêts à constituer immédiatement un GCS. Je trouve que vous nous proposez ici une précaution inutile.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Encore une fois, je ne voudrais pas donner le sentiment d'un débat à front renversé. Naturellement, je comprends très bien vos raisons. J'attire votre attention sur un point qui justifie la précaution du Gouvernement, c'est la forte réticence de l'Union européenne face à l'intervention des sociétés d'économie mixte dans le secteur privé. Ce sont des outils sur lesquels, vous le savez, l'Union européenne est assez tatillonne. Il y avait donc une véritable incertitude juridique.

Si vous voulez, et en l'absence d'opposition dogmatique sur cette question, je vous propose de voter l'amendement que je vous ai soumis, mais je ne clos pas la discussion. D'ici à la deuxième lecture, nous aurons pris les assurances nécessaires au niveau européen. Je ne souhaite pas que tout ce que nous faisons ici puisse être défait par le simple jeu d'une incompatibilité européenne.

M. Maxime Gremetz. On assiste à un spectacle étonnant : le privé défendu par un député de gauche et le ministre qui ne veut pas de privilèges ! C'est remarquable !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 389 ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 350 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 557 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 389 tombe.

Je suis saisi de deux amendements, n°s 332 et 388 corrigé, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 332, présenté par M. Evin et les membres du groupe socialiste, est ainsi libellé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« L'article L. 1522-1 du code général des collectivités territoriales est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé, les établissements sociaux ou médico-sociaux et les groupements de coopération sanitaire peuvent participer au capital de sociétés d'économie mixte locales ayant pour objet exclusif la conception, la réalisation, l'entretien et la maintenance, ainsi que, le cas échéant, le financement d'équipements pour leurs besoins. »

L'amendement n° 388 corrigé, présenté par Mme Rimane, est ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« Les établissements publics de santé, les établissements médico-sociaux et les groupements de coopération sanitaire peuvent participer au capital de sociétés d'économie mixte locales ayant pour objet exclusif la conception, la réalisation, l'entretien et la maintenance, ainsi que, le cas échéant, le financement d'équipements pour leurs besoins. »

M. Evin a déjà soutenu l'amendement n° 332.

L'amendement n° 388 corrigé est-il défendu ?

Mme Juliana Rimane. Oui.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La commission a donné un avis favorable à l'amendement n° 332. Elle a repoussé l'amendement n° 388 corrigé, faute de pouvoir décider s'il s'agissait vraiment de santé publique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable aux deux amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 332.

*(L'amendement est adopté.)*

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 388 corrigé tombe.

M. Dubernard, rapporteur, a présenté un amendement n° 52, ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« Les conditions d'élaboration des statistiques relatives aux accidents corporels de la circulation routière et leurs conséquences médicales sont déterminées par un arrêté signé conjointement par les ministres chargés de la santé et des transports. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. La lutte contre l'insécurité routière exige des instruments fiables. Or la France compte comme « tué » une personne décédée dans les six jours suivant l'accident de la route, au lieu de trente jours, durée de référence dans la plupart des autres pays de l'OCDE. L'amendement comble cette lacune en proposant de renvoyer les conditions d'élaboration de ces statistiques à un arrêté signé conjointement par les ministres chargés de la santé et des transports.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 52.  
(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 443 et 444, pouvant faire l'objet d'une présentation commune.

L'amendement n° 443, présenté par MM. Préel, Leteurre et Jardé est ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« Afin de disposer d'un système régional d'information permanent en santé publique, l'ensemble des producteurs de données au niveau local fournissent à l'observatoire régional de la santé de leur région les données nécessaires à l'élaboration d'indicateurs de santé aux niveaux régional, départemental voire infra-départemental. Après une phase d'analyse et de validation, les indicateurs de santé alimenteront le site commun d'observation régionale en santé (SCORE-santé) en permettant par ailleurs de suivre l'atteinte des objectifs de santé publique précisée par la loi et tel que rappelé dans l'article L. 1411-20. Au niveau national, les données des producteurs nationaux sont transmises directement à la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS). La détermination des données à transmettre sera réalisée par l'Etat, l'assurance maladie et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. »

L'amendement n° 444, présenté par M. Préel, M. Leteurre et M. Jardé est ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« Afin de recueillir les indicateurs de santé souhaitables pour suivre l'atteinte des 100 objectifs de santé publique précisée en annexe de la présente loi, il est mis en place au sein de chaque observatoire régional de la santé mentionné à l'article L. 1413-4 une cellule d'intervention en épidémiologie composée de différents professionnels de santé. Cette cellule a pour mission de réaliser en partenariat avec les professionnels de santé la mise en place des recueils de données nécessaires, définies suivant un calendrier arrêté par l'Etat. Après la validation et l'analyse des données, celles-ci sont transmises à la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé qui construit une base nationale de données. La Fédération fournit ainsi les éléments nécessaires de comparaison entre les différentes unités géographiques pour répondre aux demandes de l'Etat et de l'assurance maladie et alimenter les travaux du Haut conseil de santé publique, de la Conférence nationale de santé, de l'Institut de veille sanitaire et de tous les autres acteurs concernés directement par cette base de données. »

La parole est à M. Claude Leteurre, pour défendre ces deux amendements.

M. Claude Leteurre. M. le ministre rappelait toute l'importance des ORS, importance à laquelle il a d'ailleurs contribué. Une loi de santé publique doit définir clairement la place des ORS, en consacrant la particularité de leurs missions. C'est le sens de ces deux amendements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission, rapporteur*. Elle les a rejetés, pour toute une série de raisons qui ont déjà été exposées à plusieurs reprises au cours du débat. En tout état de cause, la place des ORS a été bien précisée.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 443.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 444.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. A la demande du Gouvernement, les amendements portant articles additionnels avant l'article 14, l'article 14, le rapport annexé et les amendements portant articles additionnels après l'article 14 sont réservés jusqu'après les amendements portant articles additionnels après l'article 51.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance et reprendra donc avec l'examen de l'article 15.

2

## DÉPÔTS DE PROPOSITIONS DE RÉOLUTION

M. le président. J'ai reçu, le 3 octobre 2003, de M. Gilbert Gantier une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur le fonctionnement du Consortium de réalisation (CDR), société anonyme constituée en vue de céder les 28,356 milliards d'euros d'actifs transférés par le Crédit lyonnais, et sur les « risques » nouveaux et importants que cet organisme aurait transférés à l'Etablissement public de financement et de restructuration (EPFR).

Cette proposition de résolution, n° 1102, est renvoyée à la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 3 octobre 2003, de M. Jean-Marc Ayrault et les membres du groupe socialiste et apparentés une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les politiques d'allègement de cotisations sociales et de réduction du temps de travail et leurs effets sur la situation de l'emploi et l'organisation du travail.

Cette proposition de résolution, n° 1103, est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 3 octobre 2003, de M. Hervé Novelli et plusieurs de ses collègues une proposition de résolution visant à créer une commission d'enquête sur les conséquences des 35 heures pour l'économie et la société française.

Cette proposition de résolution, n° 1104, est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 7 octobre 2003, de M. Yves Cochet, Mme Billard et M. Mamère une proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête sur la réalité de l'euthanasie en France.

Cette proposition de résolution, n° 1105, est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

**ORDRE DU JOUR  
DES PROCHAINES SÉANCES**

M. le président. Aujourd'hui, à quinze heures, première séance publique :

Questions au Gouvernement (1).

Suite de la discussion du projet de loi, n° 877, relatif à la politique de santé publique :

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (rapport n° 1092).

A vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

Suite de l'ordre du jour de la première séance.

La séance est levée.

*(La séance est levée le mercredi 8 octobre 2003 à une heure.)*

*Le Directeur du service du compte rendu intégral  
de l'Assemblée nationale,  
JEAN PINCHOT*

(1) Les quatre premières questions porteront sur des thèmes européens.

**TEXTES SOUMIS EN APPLICATION  
DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION**

*Transmissions*

M. le Premier ministre a transmis, en application de l'article 88-4 de la Constitution, à M. le président de l'Assemblée nationale, le texte suivant :

Communication du 3 octobre 2003

E 2386. – Projet de position commune 2003/.../PESC du Conseil du ... 2003 modifiant la position commune 2003/495/PESC sur l'Iraq.

Communications du 6 octobre 2003

E 2387. – Projet de position commune du Conseil 2003/.../PESC du ... modifiant la position commune 2001/357/PESC concernant des mesures restrictives à l'encontre du Libéria ;

E 2388. – Projet de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 1210/2003 du Conseil du 7 juillet 2003 concernant certaines restrictions spécifiques applicables aux relations économiques et financières avec l'Iraq ;

E 2389. – Proposition de règlement du Conseil introduisant des mesures commerciales exceptionnelles en faveur des pays et territoires participants et liés au processus de stabilisation et d'association mis en œuvre par l'Union européenne – COM (2003) 537 FINAL –.

## ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL de la 3<sup>e</sup> séance du mardi 7 octobre 2003

### SCRUTIN (n° 320)

*sur l'amendement n° 438 de M. Prél après l'article 6 du projet de loi relatif à la politique de santé publique (lutte contre les grossesses multiples).*

Nombre de votants .....	<b>36</b>
Nombre de suffrages exprimés .....	<b>36</b>
Majorité absolue .....	<b>19</b>

Pour l'adoption .....	<b>2</b>
Contre .....	<b>34</b>

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

### ANALYSE DU SCRUTIN

#### Groupe U.M.P. (364) :

*Contre* : 29 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

*Non-votant* : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

#### Groupe socialiste (149) :

*Contre* : 3 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

#### Groupe Union pour la démocratie française (30) :

*Pour* : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

*Non-votant* : M. Rudy **Salles** (président de séance).

#### Groupe communistes et républicains (22) :

*Contre* : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

#### Non-inscrits (12).

### SCRUTIN (n° 321)

*sur l'amendement n° 439 de M. Prél après l'article 6 du projet de loi relatif à la politique de santé publique (lutte contre la prématurité).*

Nombre de votants .....	<b>44</b>
Nombre de suffrages exprimés .....	<b>44</b>
Majorité absolue .....	<b>23</b>

Pour l'adoption .....	<b>3</b>
Contre .....	<b>41</b>

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

### ANALYSE DU SCRUTIN

#### Groupe U.M.P. (364) :

*Pour* : 1. – Mme Hélène **Tanguy**.

*Contre* : 32 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

*Non-votant* : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

#### Groupe socialiste (149) :

*Contre* : 6 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

#### Groupe Union pour la démocratie française (30) :

*Pour* : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

*Non-votant* : M. Rudy **Salles** (président de séance).

#### Groupe communistes et républicains (22) :

*Contre* : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

#### Non-inscrits (12) :

*Contre* : 1. – Mme Martine **Billard**.

### SCRUTIN (n° 322)

*sur l'amendement n° 257 (2<sup>e</sup> rectification) du Gouvernement avant l'article 10 du projet de loi relatif à la politique de santé publique (missions de l'Institut de veille sanitaire).*

Nombre de votants .....	<b>74</b>
Nombre de suffrages exprimés .....	<b>71</b>
Majorité absolue .....	<b>36</b>

Pour l'adoption .....	<b>61</b>
Contre .....	<b>10</b>

L'Assemblée nationale a adopté.

### ANALYSE DU SCRUTIN

#### Groupe U.M.P. (364) :

*Pour* : 60 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

*Non-votant* : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

**Groupe socialiste (149) :**

*Contre* : 10 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

**Groupe Union pour la démocratie française (30) :**

*Pour* : 1 membre du groupe, présent ou ayant délégué son droit de vote.

*Non-votant* : M. Rudy **Salles** (président de séance).

**Groupe communistes et républicains (22) :**

*Abstentions* : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

**Non-inscrits (12) :**

*Abstention* : 1. – Mme Martine **Billard**.

## ABONNEMENTS

(TARIFS 2003)

ÉDITIONS		TARIF abonnement France et outre-mer	FRANCE participation forfaitaire aux frais d'expédition *
Codes	Titres	Euros	Euros
<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>			
<b>03</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>20,70</b>	<b>57,40</b>
<b>33</b>	Questions ..... 1 an	<b>20,60</b>	<b>40,10</b>
<b>83</b>	Table compte rendu.....	<b>10,00</b>	<b>6,40</b>
<b>93</b>	Table questions.....	<b>9,90</b>	<b>4,00</b>
<b>DÉBATS DU SÉNAT :</b>			
<b>05</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>19,00</b>	<b>47,50</b>
<b>35</b>	Questions ..... 1 an	<b>18,80</b>	<b>29,40</b>
<b>85</b>	Table compte rendu.....	<b>10,00</b>	<b>5,30</b>
<b>95</b>	Table questions.....	<b>6,30</b>	<b>3,80</b>
<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>			
<b>07</b>	Série ordinaire..... 1 an	<b>208,10</b>	<b>206,50</b>
<b>27</b>	Série budgétaire..... 1 an	<b>49,10</b>	<b>5,90</b>
<b>DOCUMENTS DU SÉNAT :</b>			
<b>09</b>	Un an.....	<b>199,60</b>	<b>181,30</b>
<p><b>Les DÉBATS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE</b> font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>03</b> : compte rendu intégral des séances ;</li> <li>- <b>33</b> : questions écrites et réponses des ministres.</li> </ul> <p><b>Les DÉBATS du SÉNAT</b> font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>05</b> : compte rendu intégral des séances ;</li> <li>- <b>35</b> : questions écrites et réponses des ministres.</li> </ul> <p><b>Les DOCUMENTS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE</b> font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>07</b> : projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions ;</li> <li>- <b>27</b> : projets de lois de finances.</li> </ul> <p><b>Les DOCUMENTS du SÉNAT</b> comprennent les projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions.</p>			
<b>En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande</b>			
Tout paiement à la commande facilitera son exécution			
Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination (*) Décret n° 2002-1191 du 20 septembre 2002			
DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15 STANDARD : 01-40-58-75-00 – RENSEIGNEMENTS DOCUMENTAIRES : 01-40-58-79-79 – TÉLÉCOPIE ABONNEMENT : 01-40-58-77-57			

Prix du numéro : **0,70** b