

Décision n° 2015-727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Dossier documentaire complémentaire

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

- I. Article 22 - Transpose la directive 2014/40/UE relative aux arômes « caractérisant » ou reconnaissables pour les cigarettes et le tabac à rouler**
- II. Article 23 – Extension aux cigarettes électroniques de l’interdiction de publicité**
- III. Article 27 – Paquet neutre**
- IV. Article 41 - Conférer un cadre législatif à la politique de réduction des risques afin de sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers de drogues**
- V. Articles 43 – Expérimentation des salles de consommation de drogue à moindre risque**
- VI. Article 82 – IVG – délai de réflexion**
- VII. Article 83 – Généralisation du 1/3 payant**
- VIII. Article 99 – Service public hospitalier**
- IX. Article 107 – Groupements hospitaliers de territoire**
- X. Article 109 – Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales aux établissements de santé privés**
- XI. Article 111 – Contrôle des Services d’Intérêt Economique Général (SIEG)**
- XII. Article 143 – Information des professionnels sur l’état des connaissances scientifiques...**

XIII. Article 155- Embryon

XIV. Article 178 – transparence des liens d’intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques et les autres acteurs du monde de la santé

XV. Article 184 – Action de groupe

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 22 de la loi santé (ex 5 quinquies)

*Transpose la directive 2014/40/UE relative aux arômes « caractérisant » ou
reconnaisables pour les cigarettes et le tabac à rouler*

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|----------|
| I. Texte adopté..... | 4 |
| II. Consolidation | 5 |
| III. Travaux parlementaires | 6 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté..... | 4 |
| Article 22..... | 4 |
| II. Consolidation | 5 |
| A. Code de la santé publique..... | 5 |
| - Article L. 3511-2 | 5 |
| - Article L. 3511-2-3 | 5 |
| III. Travaux parlementaires | 6 |
| A. Première lecture | 6 |
| 1. Assemblée nationale | 6 |
| a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 6 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 6 |
| b. Rapport n° 2673, M. VERAN et a., <i>fait au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé le 20 mars 2015 | 6 |
| c. Amendements adoptés en commission | 7 |
| - Amendement n° AS 1406, le Gouvernement..... | 7 |
| - Amendement n° AS 1402, le Gouvernement..... | 8 |
| - Amendement n° AS1408, le Gouvernement..... | 8 |
| d. Compte rendu intégral des débats, première séance du vendredi 3 avril 2015 | 8 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 20 |
| - Amendement n° 2041, M. VERAN | 20 |
| - Amendement n° 2042 (rect), M. VERAN | 20 |
| - Amendement n° 2043, M. VERAN | 20 |
| - Amendement n° 2045, M. VERAN | 20 |
| - Amendement n° 2046, M. VERAN | 20 |
| - Amendement n° 2047, M. VERAN | 20 |
| - Amendement n° 2048, M. VERAN | 21 |
| - Amendement n° 2049, M. VERAN | 21 |
| - Amendement n° 2050, M. VERAN | 21 |
| - Amendement n° 2051, M. VERAN | 21 |
| - Amendement n° 2052, M. VERAN | 21 |
| - Amendement n° 2042, M. VERAN | 21 |
| f. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 14 avril 2015 | 22 |
| 2. Sénat..... | 23 |
| a. Rapport n° 653, M. MILON et a., <i>fait au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé le 22 juillet 2015..... | 23 |
| b. Amendements adoptés en commission | 24 |
| - Amendement n° COM-21, Mme DEBRE et a..... | 24 |
| - Amendement n° COM-149, M. LELEUX..... | 24 |
| c. Compte rendu intégral des débats, séance du 16 septembre 2015 | 25 |
| d. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 28 |
| B. Commission mixte paritaire (<i>désaccord</i>)..... | 29 |
| C. Nouvelle lecture | 29 |
| 1. Assemblée nationale | 29 |
| a. Rapport n° 3215, M. SEBAOUN, <i>au nom de la commission des affaires sociales</i> , enregistré le 10 novembre 2015 | 29 |
| b. Amendement adopté en commission des affaires sociales | 30 |
| - Amendement n° AS379, M. SEBAOUN, rapporteur | 30 |
| c. Projet de loi n° 618, adopté par l'Assemblée nationale le 1 ^{er} décembre 2015..... | 31 |
| 2. Sénat..... | 32 |
| a. Rapport n° 233, M. MILON, <i>au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé 9 décembre 2015 (adoption de la motion tendant à opposer la question préalable) | 32 |

| | |
|--|-----------|
| b. Compte rendu intégral, séance du 14 décembre 2015..... | 40 |
| c. Projet de loi n° 54, rejeté par l'adoption d'une question préalable le 14 décembre 201552 | |
| D. Lecture définitive..... | 52 |

I. Texte adopté

Article 22 ~~5~~ *quinquies*

(AN1) I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 3511-2 est supprimé ;

2° Après l'article L. 3511-2-2, il est inséré un article L. 3511-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 3511-2-3. – Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes et de tabac à rouler :

« 1° Aromatisés ayant une odeur ou un goût clairement identifiable avant ou pendant la consommation, autre que ceux du tabac ;

« 2° Dont les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant contiennent du tabac, de la nicotine ou des arômes ;

« 3° Contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ;

« 4° Contenant des vitamines ou d'autres additifs laissant entendre qu'un produit du tabac a des effets bénéfiques sur la santé ou que les risques qu'il présente pour la santé ont été réduits ;

« 5° Contenant de la caféine, de la taurine ou d'autres additifs et stimulants associés à l'énergie et à la vitalité ;

« 6° Contenant des additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions de fumée ;

« 7° Contenant des additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine ;

« 8° Contenant des additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction humaine.

« Les 2° et 3° s'appliquent également aux papiers et aux filtres vendus, distribués ou offerts séparément.

« Un décret précise les conditions d'application du présent article. »

(AN NL) II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l'exception du 1° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique qui entre en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme clairement identifiable dont le volume des ventes représente, au sein de l'Union européenne, à la date du 20 mai 2016, 3 % ou plus d'une catégorie de produits du tabac déterminée.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre V : Lutte contre le tabagisme et lutte contre le dopage

Titre Ier : Lutte contre le tabagisme

Chapitre Ier : Dispositions communes.

- Article L. 3511-2

Sont interdites la fabrication, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit des produits destinés à usage oral, à l'exception de ceux qui sont destinés à être fumés ou chiqués, constitués totalement ou partiellement de tabac, sous forme de poudre, de particules fines ou toutes combinaisons de ces formes, notamment ceux qui sont présentés en sachets-portions ou en sachets poreux, ou sous une forme évoquant une denrée comestible.

Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de vingt cigarettes et de paquets de plus de vingt qui ne sont pas composés d'un nombre de cigarettes multiple de cinq ainsi que des contenants de moins de trente grammes de tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes, quel que soit leur conditionnement.

Est interdite la vente de produits du tabac en distributeurs automatiques.

~~Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret.~~

- Article L. 3511-2-3

Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes et de tabac à rouler :

1° Aromatisés ayant une odeur ou un goût clairement identifiable avant ou pendant la consommation, autre que ceux du tabac ;

2° Dont les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant contiennent du tabac, de la nicotine ou des arômes ;

3° Contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ;

4° Contenant des vitamines ou d'autres additifs laissant entendre qu'un produit du tabac a des effets bénéfiques sur la santé ou que les risques qu'il présente pour la santé ont été réduits ;

5° Contenant de la caféine, de la taurine ou d'autres additifs et stimulants associés à l'énergie et à la vitalité ;

6° Contenant des additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions de fumée ;

7° Contenant des additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine ;

8° Contenant des additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction humaine.

Les 2° et 3° s'appliquent également aux papiers et aux filtres vendus, distribués ou offerts séparément.

Un décret précise les conditions d'application du présent article.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

RAS

b. Rapport n° 2673, M. VERAN et a., fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 20 mars 2015

Article 5 quinquies

● L'article 5 quinquies, introduit à l'initiative du Gouvernement, transpose en droit interne l'article 7 de la directive 2014/40 sur les produits du tabac. Il s'agit pour l'essentiel d'interdire les arômes dans les cigarettes, le tabac à rouler, les filtres et le papier à cigarettes.

Sera également interdite la présence de colorants et de composants aux vertus énergisantes (vitamines, taurine), qui laissent croire que le tabac peut avoir un effet bénéfique.

Ces dispositions entreront en vigueur le 20 mai 2016, date limite de transposition de la directive. Cette date est toutefois repoussée de quatre ans pour les produits aromatisés représentant plus de 3 % des ventes dans leur catégorie (c'est-à-dire le menthol).

Sur le plan légistique, cela se traduit par la suppression du dernier alinéa de l'article L. 3511-2 du code de la santé publique – qui interdit les cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret – et le rassemblement en un nouvel article L. 3511-2-3 des nouvelles dispositions, beaucoup plus ambitieuses.

*

La Commission examine, en présentation commune, les amendements AS1402, AS1406 et AS1408 du Gouvernement.

Mme la ministre. La lutte contre le tabagisme est l'une de nos priorités de santé publique, et j'ai présenté au mois de septembre dernier le programme national de réduction du tabagisme (PNRT).

Je ne reviens pas ici sur les chiffres, même s'ils justifieraient que l'on s'y arrête. Mais je veux insister sur le fait que la France est l'un des plus mauvais élèves de l'Europe en matière de lutte contre le tabagisme. Les arguments que j'entends aujourd'hui reviennent pourtant à laisser perdurer une situation à laquelle nous ne pouvons pas nous résoudre. De fait, 73 000 morts par an, cela peut paraître abstrait. Disons alors très concrètement que ce sont 200 personnes qui meurent chaque jour : si, chaque matin, la radio et la télévision annonçaient la mort de 200 personnes dans un accident quelconque, l'émotion serait immense. C'est exactement ce qui se passe.

Le paquet neutre, que nous voulons introduire en France, entraînera des changements significatifs. Il s'inscrit dans le cadre d'une politique d'ensemble : nous ne lutterons pas contre le tabac par une seule mesure, mais nous devons changer de braquet.

L'Australie a lancé le paquet neutre avec, contrairement à ce que j'entends, des résultats tout à fait significatifs. En Grande-Bretagne, le Parlement a adopté hier le paquet neutre, et la notification européenne a été faite. L'Irlande a également notifié aux institutions européennes sa volonté de passer au paquet neutre. D'autres pays qui ne sont pas membres de l'Union, comme la Norvège, vont adopter la même démarche. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) devrait faire connaître dans les tout prochains jours son intérêt.

Je suis évidemment prête à répondre à des questions précises sur les résultats de l'introduction du paquet neutre, notamment en Australie.

M. Denis Jacquat. Pourquoi, madame la ministre, introduire cette mesure par amendement plutôt que par des articles du projet de loi ? Le sujet est important.

Nous souhaitons, pour notre part, une transposition des directives européennes : pourquoi aller plus loin quand la loi Évin est encore mal appliquée dans notre pays ? Il est interdit de fumer dans les gares, et l'on y voit pourtant des employés de la SNCF même fumer...

On peut également s'étonner que les excellentes propositions des deux rapports que Jean-Louis Touraine et moi-même avons rédigés, et qui ont été adoptés à l'unanimité, ne soient pas reprises par le Gouvernement. En particulier, notre pays détient le record d'Europe de femmes enceintes qui fument, surtout au dernier trimestre de grossesse, alors que l'on sait parfaitement que des pathologies graves peuvent en découler.

S'agissant enfin du paquet neutre, le second de ces rapports estimait qu'il fallait plus de recul, afin d'analyser cette mesure et ses conséquences de la façon la plus objective possible.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Si je puis me permettre, si ces amendements sont votés, ils deviendront des articles de la loi.

M. Olivier Véran, rapporteur. Mme la ministre a donné toutes les explications nécessaires. Avis favorable aux trois amendements.

M. Élie Aboud. Nous sommes tous pour la santé publique. Mais il existe une directive européenne : respectons-la. Nous manquons de recul sur l'expérience australienne : pourquoi nous différencier des autres pays européens ?

Nous estimons même, pour notre part, que les surtaxes sur le tabac devraient être fléchées et leur recette aller à la prévention en matière de santé publique, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

La Commission adopte successivement les amendements¹.

c. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° AS 1406, le Gouvernement

APRÈS L'ARTICLE 5, insérer l'article suivant:

I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 3511-2 est supprimé ;

2° Après l'article L. 3511-2-2, il est inséré un article L. 3511-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 3511-2-3. – Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes et de tabac à rouler :

« 1° Aromatisés ayant une odeur ou un goût clairement identifiable avant ou pendant la consommation, autre que celle et celui du tabac ;

« 2° Contenant du tabac, de la nicotine ou des arômes dans l'un de leurs composants tels que les filtres, le papier, le conditionnement et les capsules ;

« 3° Contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ;

« 4° Contenant des vitamines ou autres additifs créant l'impression qu'un produit du tabac a des effets bénéfiques sur la santé ou que les risques qu'il présente pour la santé ont été réduits ;

« 5° Contenant de la caféine ou de la taurine ou d'autres additifs et stimulants associés à l'énergie et à la vitalité ;

« 6° Contenant des additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions ;

« 7° À fumer contenant des additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine ;

« 8° Contenant des additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction.

« Les 2° et 3° s'appliquent également aux papiers et aux filtres vendus, distribués ou offerts séparément.

« Un décret précise les conditions d'application du présent article. »

II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l'exception du 1° qui entre en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme identifiable particulier dont le volume des ventes représente à l'échelle de l'Union européenne, à la date du 20 mai 2016 au plus tard, 3 % ou plus dans une catégorie de produits du tabac déterminée.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Ces trente dernières années, les industriels ont travaillé au développement d'additifs destinés à créer des arômes ou des saveurs améliorant le goût de la fumée de tabac, afin de rendre le produit plus attractif pour les consommateurs. Ces arômes peuvent rendre la cigarette plus facile à consommer pour des enfants ou pour les non-fumeurs. Par exemple, le menthol anesthésie la gorge, de sorte que celui qui fume ne ressent pas l'irritation de la fumée. Les propriétés des arômes permettent également de masquer l'âpreté du tabac et le rend donc attractif, en particulier auprès des jeunes et des femmes.

En France, la loi HPST a représenté un premier pas vers la limitation de ces arômes. Elle a introduit l'interdiction de la vanilline, de l'éthylvanilline à partir de certains seuils et d'édulcorant sur les manchettes de cigarettes.

Le présent amendement a vocation à **transposer les dispositions de la directive 2014/40/UE, qui entrera en vigueur le 20 mai 2016**, qui interdisent l'utilisation d'arômes (odeur et goût) « caractérisant » ou reconnaissables pour les cigarettes et le tabac à rouler. Pour les arômes caractérisant dont les parts de marché sont importantes (par exemple le menthol), la directive précitée prévoit un report de l'interdiction au 20 mai 2020, afin de permettre aux industriels de s'adapter d'ici cette échéance. Les additifs nécessaires à la fabrication des produits du tabac, comme le sucre remplaçant celui qui se perd au cours du processus de séchage, pourront toujours être utilisés.

L'interdiction des arômes caractérisant prévue par la directive 2014/40/UE **ne s'applique pas aux autres produits du tabac comme les cigares, les cigarillos et les produits du tabac sans combustion**. Toutefois, cette exemption sera levée en cas d'évolution notable de la situation (du point de vue du volume des ventes ou du degré de prévalence parmi les jeunes).

¹ **L'amendement ASI408 est devenu l'article 5 decies**, dont le commentaire figure infra pour des raisons légistiques.

Enfin, le présent amendement transpose l'interdiction de la coloration des fumées des produits du tabac, procédé que les industriels avaient mis en place ces dernières années pour attirer les jeunes consommateurs et que la directive précitée interdit.

Ces mesures s'inscrivent dans le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, qui a été annoncé par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 25 septembre 2014.

- Amendement n° AS 1402, le Gouvernement

APRÈS L'ARTICLE 5, insérer la division et l'intitulé suivants:

Chapitre I^{er} bis

Lutter contre le tabagisme

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à insérer dans le projet de loi un chapitre relatif à la mise en place du programme national de réduction du tabagisme (PNRT), présenté le 25 septembre 2014 en Conseil des ministres.

- Amendement n° AS1408, le Gouvernement

I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-6-1.* – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et dénominations commerciales sur ces supports. »

II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le tabac est la première cause de cancer et de mortalité évitable en France avec 73 000 morts par an, soit 200 décès par jour. La part des fumeuses quotidiennes a augmenté de quatre points entre 2005 et 2010 pour atteindre 27%, tandis que chez les jeunes de 17 ans, on a constaté une augmentation de dix points entre 2008 et 2011, qui porte la prévalence de consommateurs à 31,5%.

La lutte contre le tabac nécessite de renforcer la dénormalisation sociale du tabac et la réduction de l'attractivité de ces produits, ce qui passe par l'instauration du paquet générique.

Actuellement, les industriels du tabac rivalisent d'ingéniosité commerciale pour contourner le principe général d'interdiction de la publicité directe et indirecte à travers le conditionnement du tabac.

Dès lors, le présent amendement a pour objet, sur la base de l'article 24 de la directive 2014/40/UE, d'uniformiser la présentation des paquets de cigarettes et de tabac à rouler pour faire échec aux stratégies des industriels.

Le paquet neutre de cigarettes ou de tabac à rouler, sous une forme harmonisée (dans sa couleur, sa forme, ses dimensions et l'inscription de sa marque et de sa dénomination, sans logos ni autres signes distinctifs), dépouillera le conditionnement de son attrait et ne pourra plus atteindre ses populations cibles que sont en particulier les femmes et les jeunes.

De plus, la neutralisation de l'image véhiculée par la marque renforcera la force préventive des avertissements sanitaires et, à long terme, devrait permettre de modifier les intentions comportementales.

En outre, le paquet neutre a vocation à neutraliser les emballages laissant supposer au consommateur un effet moins nocif du produit de tabac utilisé.

Au-delà des effets escomptés sur la consommation du tabac et sur le recours à des aides à l'arrêt du tabac, l'adoption de cette mesure, rendue possible par la directive 2014/40/UE et emblématique du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, marquera l'entrée de la France dans un mouvement amorcé par l'Australie en 2012, et que l'Irlande et le Royaume-Uni ont récemment décidé de poursuivre, ainsi que la Norvège.

Cet amendement a été notifié le 5 mars à la Commission européenne au titre de la directive 98/34/CE.

d. Compte rendu intégral des débats, première séance du vendredi 3 avril 2015

Article 5 quinquies

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay, première oratrice inscrite sur l'article 5 quinquies.

Mme Michèle Delaunay. Nous abordons des articles totalement essentiels. Le tabac est la plus toxique de toutes les drogues que nous consommons, et la plus addictive aussi : six points de plus d'entrée en dépendance que l'héroïne !

Cette drogue est par ailleurs la plus universelle puisque tous les pays sont touchés ; tous les âges sont concernés – on commence à fumer à partir de douze ans – et, malheureusement aussi, tous les sexes.

Dans ce domaine se font face des forces de pression extrêmement lourdes et bien organisées, en raison des intérêts financiers qui sont en jeu – parti parfaitement cynique – et, l'inverse, des gouvernements qui jouent en ordre dispersé alors que, devant l'universalité de l'enjeu, il faudrait le faire de manière groupée. En entamant ce débat, il faut savoir d'ores et déjà – mais vous le savez bien – que le tabac a tué beaucoup plus que le nucléaire. Il faut savoir afficher l'enjeu, c'est-à-dire la sortie du tabac dans une dizaine d'années. Tous les amendements que je présenterai personnellement poursuivent cet unique objectif.

Aujourd'hui, vous le savez, personne ne voudrait plus légaliser le tabac : nous sommes face à un défi dont vous me permettez de dire qu'il est d'égale importance à celui de l'abolition de la peine mort.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Il est évident que nous tous, parlementaires de toutes sensibilités politiques, sommes conscients du danger du tabagisme, de la morbidité et de la mortalité qui y sont liées. En revanche, ce qui nous gêne, madame la ministre, c'est cette décision de déconnecter notre pays, la France, de tous ses voisins. Dans la vie, on peut parler vrai ; mais quand on parle vrai sur une base qui est fautive, tout devient faux ! On ne peut pas comparer des enjeux de santé publique dans une île comme l'Australie à ceux de la France, qui est connectée avec tous ses voisins européens. Nous souhaitons tous une véritable politique de santé publique contre le tabagisme dans ce projet de loi, avec des passerelles entre tous les centres de soins, une implication des médecins généralistes, des spécialistes et des professionnels paramédicaux. Or que faites-vous ? Vous donnez l'impression de désigner des coupables : les burocrates, qui n'ont rien à voir avec tout cela, qui subissent,...

M. Olivier Véran, rapporteur. Mais non !

M. Élie Aboud. Bien sûr que si, monsieur le rapporteur, c'est une vérité ! Ces artisans, ces commerçants, qui sont présents sur le territoire, ne demandent rien. Or vous êtes en train de leur dire : « Le tabagisme, c'est de votre faute ! » Autant nous sommes tout à fait désireux de lutter contre le tabagisme, autant nous sommes contre la désignation de coupables. Enfin, le produit de ces taxes et surtaxes que l'État prélève depuis des années devrait au moins être injecté dans la santé publique et la prévention !

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Nous abordons un article ô combien important concernant la prévention et la lutte contre le tabagisme. Nous sommes conscients, et ce constat est partagé sur les bancs de cet hémicycle, des méfaits du tabac, de ses conséquences sur la santé de nos concitoyens, des drames et des souffrances subis aussi bien par les patients – les personnes atteintes du cancer du poumon par exemple – que par les familles qui les accompagnent.

Mais au-delà, il faut être pragmatique : si nous voulons lutter contre le tabagisme, il faut prendre des mesures rapidement applicables, dans le respect de la législation, notamment le droit des marques. Pour cette raison, l'opposition et le groupe UMP défendent ardemment l'application par la France de la directive européenne concernant le paquet de cigarettes, qui impose de recouvrir ce dernier à hauteur de 65 %, avec bien sûr des messages sanitaires et des photos montrant les dégâts du tabac sur le corps humain et les conséquences pour les patients.

Le paquet neutre pose en outre un problème juridique, puisqu'il bafoue le droit des marques. Celui-ci repose en effet sur cinq critères : or quatre critères sur cinq sont bafoués. Il existe donc des risques juridiques. Je connais la réponse qui nous sera donnée, notamment par Mme Delaunay : il s'agira d'un argument de l'industrie du tabac. Certes, mais il faut le prendre en compte.

J'ai une autre proposition à vous faire. Nous avons tendance depuis plusieurs années, à droite comme à gauche, à taxer et à re-taxer l'industrie pharmaceutique, l'industrie du médicament, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Cette industrie a certes pu être mêlée, il y a quelques années, à des scandales sanitaires, mais l'industrie du médicament et de la santé est là pour soigner et pour guérir. Elle accompagne les soins de nombreux patients de notre pays et même au-delà. Si nous taxons des industries qui soignent, qui accompagnent le soin et qui guérissent,...

M. Gérard Bapt. Et qui sont rentables !

M. Arnaud Robinet. ...nous ne taxons pas assez en revanche les entreprises du tabac qui, elles, peuvent être considérées comme des industries de la mort.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Madame le ministre, votre texte de loi – on le constate avec l'article 9 – cède en permanence à une confusion, entretenue depuis des années, entre un produit, le tabac – au sujet duquel je comprends la logique de mes collègues somaticiens puisqu'il favorise le cancer de la vessie, que l'on tend à oublier, le cancer des poumons, etc. –, et un autre produit que l'on fume et qui est tout aussi cancérigène : le cannabis.

Mme Michèle Delaunay. C'est faux !

M. Nicolas Dhuicq. Le cannabis, cela se fume avec du tabac, accessoirement – petit problème de génération, peut-être, ma chère consœur !

Mme Michèle Delaunay. C'est faux, monsieur !

M. Nicolas Dhuicq. Je voudrais vous alerter sur cette confusion absolue que vous entretenez dans les esprits. En ce week-end pascal, je me souviens d'un des maîtres à penser qui rappelait que *Dieu est un fumeur de havanes (Sourires)* et, accessoirement, je sais que Freud est mort d'un cancer buccal.

M. Bernard Accoyer. Oui, mais c'était à cause de la pipe ! Or ils ne s'occupent pas de la pipe !

M. Nicolas Dhuicq. Je voudrais néanmoins, plus sérieusement, rappeler quelques éléments de réalité. Une dépendance, c'est la rencontre entre un produit, une personnalité et une culture. Toute personne entrant en contact avec un produit ne

va pas déclarer une dépendance. Par ailleurs, toutes les civilisations humaines ont utilisé des produits ayant des effets psychotropes ; le tabac en fait partie. La majorité des personnes consommant du tabac ne vont pas forcément déclarer une dépendance.

Je m'insurge donc contre cette société qui veut mettre des interdits dans tous les sens, au risque de lancer une véritable chasse aux sorcières. Dans le même temps, le Gouvernement veut, à l'article 9, légaliser la consommation de produits psychotropes aux effets bien plus dangereux du point de vue de leur influence sociétale et psychologique, en particulier l'héroïne – même si, ma chère consœur, je connais des gens de votre génération qui ont consommé de l'héroïne et qui en sont sortis !

Mme Catherine Quéré. Arrêtez avec cette histoire de génération !

M. Nicolas Dhuicq. Accessoirement, et contrairement au sens commun, des patients souffrant de certaines formes de psychose se soignent avec de l'héroïne ; on peut rappeler ces choses-là.

M. Gérard Sebaoun. Ne comparez pas l'héroïne et le tabac !

Mme Chaynesse Khirouni. Il mélange tout !

Plusieurs députés du groupe SRC. C'est le lobby du tabac qui parle !

M. Nicolas Dhuicq. Je pense que le puritanisme hygiéniste qui est à l'œuvre aujourd'hui entraînera encore plus de confusion dans les esprits ; nous y reviendrons lors de l'examen des amendements.

Je rappelle que ces mesures de prévention n'empêchent en rien un phénomène que nous déplorons tous : l'attrait que les préadolescents et les adolescents éprouvent à l'égard des produits illicites, dont le tabac.

M. le président. Merci, cher collègue ; nous y reviendrons !

M. Nicolas Dhuicq. Alors de grâce, attaquez-vous aux vraies questions et cessez la guerre à nos buralistes ruraux !

M. Gérard Sebaoun. Le tabac et l'héroïne, enfin ! C'est scandaleux !

M. le président. La parole est à M. Bruno Le Roux.

M. Bruno Le Roux. Je tiens à répondre notamment aux propos de M. Aboud, car il s'agit d'un sujet extrêmement important. L'objectif est, non pas de placer des interdits, mais d'apporter une protection contre un risque avéré,...

M. Nicolas Dhuicq. Le risque du socialisme !

M. Bruno Le Roux. ...lié à la consommation de tabac. Cela peut passer par la prévention ou encore par la régulation de l'accès. À cet égard, les propositions de la ministre vont dans le bon sens.

Néanmoins, il faut toujours veiller à l'incidence de nos décisions sur certains réseaux, comme celui des buralistes, dont certains sont demandeurs d'une politique pouvant aller dans le sens de la prévention et de la restriction, mais aussi de l'aggravation des peines en matière de vol, de recel ou de commerce illicite. Toutes ces politiques ne sont pas incompatibles : une politique résolue de santé publique contre les effets néfastes du tabac ne conduit pas forcément à désigner une cible, et encore moins d'identifier les buralistes à cette cible. Il faudra préciser ce point dans le cadre non seulement du présent projet de loi mais également du prochain projet de loi de finances, qui devra comprendre des mesures visant à mieux répartir les revenus issus du tabac entre les buralistes et les producteurs de tabac.

Nous pouvons donc poursuivre les deux objectifs en parallèle : d'une part mener une politique de santé publique, d'autre part préserver dans tous nos territoires un réseau de commerçants,...

M. Philippe Vigier. Ah !

M. Bruno Le Roux. ...accompagner ces derniers dans la diversification de leurs missions et, surtout, améliorer leur sécurité.

Enfin, nous connaissons l'origine des amendements favorables au tabac, notamment celui visant à restreindre les messages sanitaires à 65 % de la surface des paquets. Soyons donc très vigilants !

Plusieurs députés du groupe UMP. Cette disposition est prévue par la directive européenne !

M. le président. La parole est à M. Jacques Lamblin.

M. Jacques Lamblin. À mon tour, je tiens à souligner l'asymétrie de ce texte : nous avons failli examiner les dispositions relatives à la création des salles de *shoot* tout à l'heure et nous revenons maintenant au tabac. Jusqu'à preuve du contraire, vendre et consommer du tabac sont des activités légales en France. Or votre dispositif confine à l'acharnement et vous n'avez recours qu'au seul bâton de la répression. À l'inverse, s'agissant de la politique légitime de lutte contre la drogue, vous êtes davantage dans le registre de la pédagogie empathique ou de la compréhension.

Mme Claude Greff. Pour ne pas dire du laxisme !

M. Jacques Lamblin. Votre politique à l'égard du tabagisme revient à créer un îlot franco-français d'extrême sévérité dans un océan européen de liberté. Ma circonscription est située à la frontière du Luxembourg et de l'Allemagne ; je vous affirme que toutes vos mesures sont contournées méthodiquement et sont donc inefficaces, à tout le moins sur une grande partie du territoire national. En effet, on obtient désormais beaucoup plus facilement dans les pays voisins ce qu'on ne peut se procurer facilement et à bon marché en France, ce qui se traduit par des trafics et entraîne la mort des buralistes. Or ces derniers ne vendent pas seulement du tabac ; ils sont aussi, je vous le rappelle, des commerces de proximité.

Vous devriez en priorité vous attaquer à l'harmonisation des règles et des tarifs en matière de tabac au niveau européen. À défaut, toutes vos mesures seront inefficaces.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, je voudrais faire à la fois un rappel au règlement et une intervention sur l'article.

Article 5 *quinquies* (suite)

M. le président. La parole est à nouveau à M. Bernard Accoyer, inscrit sur l'article.

M. Bernard Accoyer. L'article 5 *quinquies* concerne l'interdiction des additifs utilisés par les industries pour séduire les jeunes. Il témoigne de l'improvisation dans laquelle nous travaillons sur ce sujet et d'une inversion de priorités. Nous convenons tous de la nécessité de lutter contre la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes. Nous connaissons ses effets sur la santé. Nul besoin de faire référence à mon expérience professionnelle passée : ce n'est pas le lieu et tout le monde sait que le tabac provoque des maladies graves, cancéreuses mais également cardio-vasculaires, pour ne citer que ces affections.

Néanmoins, l'interdiction dans notre seul pays de certains additifs, disposition introduite subrepticement en commission par amendement, nous entraîne sur une pente dangereuse, la divergence avec les pays européens et le reste du monde. Mais parlons de l'Europe car nous sommes, madame la ministre, des Européens convaincus – en tout cas je le suis : comment pouvons-nous continuer à mener des politiques qui ignorent cette communauté, cette zone de libre-échange qu'est l'Union européenne ?

Votre dispositif va évidemment favoriser les trafics, qui concernent déjà une cigarette sur quatre consommée en France. Vous aggraverez donc l'économie souterraine et la contrebande. La sécurité, sujet sur lequel je rejoins M. Le Roux, n'en sortira pas renforcée. Cet article ne nous paraît donc pas devoir être adopté.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. On assiste ce matin à une valse des articles 5 et 9, qui ont en commun de concerner des drogues – certes différentes, mais aussi tueuses l'une que l'autre. Votre conduite sera-t-elle la même à l'égard des deux ou serez-vous plus laxiste dans un cas que dans l'autre ? Je n'en sais rien.

Le programme national de réduction du tabagisme que vous proposez, madame la ministre, a été introduit dans le projet de loi par amendement. Il comporte une série de mesures assez ambitieuses visant à réduire le nombre de fumeurs, objectif que nous ne pouvons qu'accepter, car nous sommes conscients des drames du tabac, notamment lorsque nous y avons été confrontés en raison de notre ancienne profession – M. Accoyer l'a rappelé.

J'ai entendu certains membres de la majorité nous accuser de céder à des lobbies. Or en matière de lutte contre le tabagisme, l'UMP n'a certainement pas à rougir. C'est un ministre de notre sensibilité politique, Xavier Bertrand, votre prédécesseur, qui a interdit le tabac dans les lieux publics, avec un résultat formidable : aujourd'hui, cette mesure est acceptée par tous, dans les discothèques, les bars, les restaurants et ailleurs. De plus, notre ancien collègue Yves Bur a été l'un des porte-parole de cette lutte. Chaque année, dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement de la Sécurité sociale, il intervenait en ce sens et nous acceptions souvent ces propositions.

Quant au paquet neutre, nous ne savons pas s'il constitue vraiment une solution – nous en débattons lors de l'examen des amendements. Certains pays, peu nombreux, l'ont adopté, d'autres le refusent dans l'immédiat – ce fut le cas de l'Italie très récemment. En effet, à notre grande satisfaction, la directive européenne de 2014, approuvée par tous les Etats membres, a permis de coordonner leur politique. Il suffit d'appliquer les dispositions qu'elle prévoit – vous avez d'ailleurs signé, madame la ministre, un arrêté en ce sens. C'est une étape supplémentaire dans la lutte contre les effets néfastes du tabagisme.

En tout état de cause, vous ne pouvez nous accuser d'être sous l'emprise des lobbies !

M. le président. La parole est à M. Olivier Marleix.

M. Olivier Marleix. Personne ne remet en cause la politique de lutte contre le tabagisme qui s'est affirmée dans notre pays, même si on a le sentiment qu'il y a deux poids deux mesures : au vu de l'acharnement manifesté d'un côté, y compris contre les lobbies – avec des articles dont la lecture prête à sourire –, on aimerait voir la même énergie consacrée à la lutte contre le cannabis – j'y reviendrai.

Bruno Le Roux nous a parlé tout à l'heure des acteurs économiques. Les détaillants et les débiteurs de tabac, de même que la filière organisée autour de la e-cigarette subissent régulièrement les coups de boutoirs des différents gouvernements. Il était un temps possible de prétendre que l'on ne pouvait pas anticiper certains effets, mais cet argument n'est plus pertinent aujourd'hui. Entre 2000 et 2012, le marché de la cigarette s'est effondré de moitié dans notre pays. Tant mieux, sans doute, mais les conséquences sont désastreuses pour ces acteurs économiques.

Il existe un débat juridique très ancien sur la responsabilité du fait des lois. Le premier jugement à ce sujet date de l'arrêt Duchâtellier de 1838, concernant justement un fabricant de tabac – de tabac factice. À l'époque, le Conseil d'Etat avait écarté la responsabilité du fait des lois mais la jurisprudence a évolué depuis. C'est pourquoi nous devrions tenir compte dans nos débats de la responsabilité de l'Etat à l'égard des acteurs de la filière du tabac. On ne peut pas les ruiner ainsi sans s'en préoccuper un seul instant.

M. Philippe Vigier. Exactement !

M. Olivier Marleix. Je le rappelle, quand M. Macron, ministre de l'économie, a eu l'audace de toucher aux notaires dans son projet de loi, il a eu la prudence – les sachant bon juristes – d'introduire un article visant à empêcher la mise en cause de l'Etat en raison de la responsabilité du fait des lois. Madame la ministre, je regrette que vous balayiez d'un revers de main et avec une certaine forme de mépris le sujet de notre responsabilité à l'égard des débiteurs de tabac.

(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)

M. Arnaud Richard. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Sur tous ces bancs, nous partageons les objectifs de prévention et de lutte contre la consommation de tabac.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr !

M. Philippe Vigier. Chacun sait qu'une action politique et publique forte est nécessaire. Nous avons tous en mémoire les 73 000 décès par an et les 200 personnes affectées chaque jour. Nous savons également que le tabac tue vingt fois plus que la route.

Néanmoins, Bruno Le Roux l'a fort bien compris, il existe un maillage territorial très fort et des acteurs économiques – M. Marleix vient de les défendre à l'instant. Il ne sert à rien de les stigmatiser : ils sont simplement des artisans, qui vendent à des consommateurs les produits qu'ils reçoivent, sous le contrôle de l'État. Nous tenons à ce maillage territorial et à ces activités, qui ont été sévèrement affectées depuis quelques années.

Par ailleurs – et j'imagine, madame la ministre, que vous en serez d'accord –, une véritable ambition serait de parvenir à harmonisation de la politique de lutte contre le tabagisme en Europe. Je ne comprends pas, et l'un de nos collègues l'a très bien dit tout à l'heure, que l'on puisse faire comme si la France se situait sur une île d'autant que les pays qui nous entourent ne disposent de pas la même législation, ou du moins ne l'appliquent pas simultanément. Nous demandons donc une harmonisation européenne. Nous la réclamons d'ailleurs sur nombre d'autres sujets. Pourquoi donc faire exception à la règle ?

Enfin, il existe d'autres leviers. Je pense notamment à la tarification, ou à la loi de 2009 qui permet, comme vous le savez, de vérifier que la délivrance de tabac ne se fait pas à des mineurs. Je pense également à un autre levier majeur, sur lequel je veux insister : celui de l'éducation. Pourquoi n'y aurait-il pas, dès le plus jeune âge, un enseignement obligatoire en la matière ? Il faut aller beaucoup plus loin que ce qui se fait actuellement.

Dans ma petite commune, je donne un peu de mon temps pour aller parler des addictions au collège. Or ces interventions n'ont jamais lieu pendant le temps scolaire, mais pendant le temps péri-scolaire. J'aurais aimé, madame la ministre, que vous portiez une ambition éducative très forte, justement pour expliquer aux consommateurs potentiels les risques liés aux addictions.

Il faut que nous soyons capables de lutter plus efficacement contre le tabagisme. C'est la raison pour laquelle le groupe UDI a déposé un certain nombre d'amendements, qui visent non pas à stigmatiser les débiteurs de tabac – ces derniers n'ont cessé d'être pointés du doigt au cours des dernières semaines – mais à satisfaire une exigence de santé publique et à lutter, comme l'a très bien dit le président Accoyer, contre les réseaux qui prospèrent dans les zones frontalières et contribuent à reporter la vente de tabac vers les pays voisins. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur de la commission des affaires sociales. Je souhaite tout d'abord féliciter Mme la ministre pour son courage et sa détermination dans la lutte contre le tabagisme. En ce qui me concerne, et par courtoisie naturelle autant que par tendance à la réserve et à la modération, je ne peux dénoncer le soutien apporté par nos collègues de l'opposition au tabagisme. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

En revanche, un leur ancien collègue – d'ailleurs cité par M. Door –, Yves Bur, dorénavant président de l'Alliance contre le tabac, leur a écrit, avec une certaine cruauté, pour leur faire part de sa déception.

M. Arnaud Robinet. C'est inacceptable !

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Je cite M. Bur : « Je suis en colère : pas un amendement déposé pour lutter contre le tabagisme, que des amendements rédigés par la confédération des buralistes, copié-collé sans discernement. Comment des médecins, qu'ils soient cardiologues ou oto-rhino-laryngologues, peuvent-ils à ce point ignorer la santé publique et la lutte contre le tabagisme qui fait plus de 73 000 morts tous les ans ? »

M. Bernard Accoyer. C'est un amalgame !

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. « Il est vrai que ces morts anonymes ne présentent plus aucun intérêt électoral pour l'UMP », poursuit Yves Bur. « L'UMP de Sarko préfère, à l'évidence, défendre les intérêts des multinationales du tabac, dont le lobbying a trouvé au groupe UMP des oreilles complaisantes pour préserver son commerce mortifère. Quelle tristesse de voir des députés qui affirment défendre la santé se renier à ce point par électoralisme ou par manque de courage ! Mais il est peut-être encore temps de se reprendre. »

M. Arnaud Richard. C'est une insulte !

Mme Claude Greff. C'est tellement facile de parler des autres : parlez de vous !

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Tel est le message que M. Yves Bur adresse à ses anciens collègues de l'UMP en espérant qu'ils se reprennent. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Michèle Delaunay. Bravo !

Rappel au règlement

(...)

Article 5 quinquies (suite)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je veux à mon tour m'associer au souvenir d'Yves Bur (« *Il est mort ?* » sur les bancs du groupe SRC), qui a effectivement énormément participé, en tant que parlementaire, à nos travaux et qui nous a beaucoup apporté. S'agissant des amendements que vous proposez, comme de votre texte relatif à la santé publique, que l'on attend depuis si

longtemps, on aurait envie d'un cap, d'une cohérence et d'un chemin à montrer aux Français. Ce qui me choque dans votre approche générale, alors qu'il n'existe aucun doute sur le fait que nous partageons tous le désir et l'envie de lutter contre les ravages du tabac, de l'alcool ou des drogues, c'est que il y a, toujours, deux poids deux mesures.

L'ensemble manque de cohérence et souffre de contradictions : quand il s'agit du tabac et de l'alcool, vous faites de la morale, et quand il s'agit de la drogue, vous faites preuve de permissivité.

M. Bernard Accoyer. C'est bien ça le problème.

Mme Valérie Boyer. Madame la ministre, vos messages sont totalement incohérents, et vous hésitez en permanence entre prévention et prohibition, sans savoir garder un cap : c'est un problème. Nous n'examinons pas une loi de santé publique, mais un fourre-tout de vos fantasmes et de vos amalgames en matière de santé. (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*)

Vous avez évoqué les lobbies. Or, madame la ministre, vous avez cédé à ceux de l'agro-alimentaire en refusant les amendements destinés à encadrer ou restreindre la publicité sur les émissions télévisées destinées à la jeunesse. Vous avez cédé à des lobbies puisque vous avez refusé d'accepter des dispositions pour lesquelles vous aviez personnellement voté lors de la précédente législature. Là aussi, votre contradiction s'avère totale : d'un côté vous cédez, de l'autre vous hésitez, et on ne voit pas bien les objectifs de vos politiques.

Puisque vous teniez tellement à délivrer des messages de santé publique, il fallait donner plus de moyens à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES. Or vous vous y êtes refusée, en cédant une nouvelle fois aux lobbies de l'agro-alimentaire et de la télévision. C'est vraiment dommage, car il aurait été possible de diffuser davantage de messages anti-tabac et de participer à des programmes d'éducation pour la santé. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et UDI.*)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Les quelques mots que je vais prononcer ne nous éviteront sans doute pas d'avoir à revenir, à l'occasion de l'examen de chacun des articles, sur les mesures précises qui sont présentées. Puisque vous avez été nombreux à vous exprimer sur l'ensemble du dispositif, je regrette d'abord, sans m'y attarder, que certains propos excessifs fassent perdre de vue l'objectif que nombre d'entre vous affirment partager. Or c'est ma seule préoccupation.

Mme Michèle Delaunay. Bravo !

Mme Marisol Touraine, ministre. Il n'existe pas, à mon sens, d'enjeu de droite ou de gauche, mais un seul enjeu de santé publique, avec 73 000 personnes qui meurent du tabac chaque année,...

Plusieurs députés du groupe UMP. On le sait !

Mme Marisol Touraine, ministre. ...soit 200 personnes par jour. La vérité est que nous sommes nombreux, à droite comme à gauche, à avoir, sur ce sujet, tiré la sonnette d'alarme. Mais ces alertes n'ont pas suffi, puisqu'entre 2000 et 2005 – c'est-à-dire avant comme après 2002, là n'est pas le sujet – la proportion de fumeurs en France a diminué, passant de 25 % à 23 %. À partir de 2005, elle a recommencé à augmenter de façon très régulière, puisqu'elle s'élevait en 2009-2010 à 27 %. En 2012-2013, les dernières données disponibles nous indiquent que cette proportion a atteint près de 30 %.

Au cours de cette décennie, la Grande-Bretagne a suivi un chemin inverse. Je ne souhaite pas que notre débat soit un débat de confrontation, ni un débat agressif – d'ailleurs, sur cette question, je ne suis pas agressive – car j'entends que ma préoccupation est partagée. Demandons-nous plutôt comment réagir. J'ai annoncé au mois de septembre un plan global, qui comporte un ensemble de mesures et qui s'appuie sur la directive européenne.

M. Olivier Marleix. Le paquet neutre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux bien qu'on fasse, par principe, de la provocation ou de l'obstruction, en disant que la France ne peut pas réussir seule, mais les pays européens se sont engagés dans une démarche qui prévoient, sans l'imposer, la possibilité du paquet neutre. Certains pays européens, comme la Grande-Bretagne, ont, depuis un certain temps, engagé des démarches dans cette direction. D'autres, à l'instar de la France, ont d'ores et déjà notifié leur intention d'adopter le paquet neutre. D'autres encore ont marqué leur intérêt et se préparent à agir dans ce sens.

M. Jean-Pierre Door. D'autres pays l'ont refusé.

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour autant, je ne crois pas qu'il y ait une mesure qui, à elle seule, permette de faire reculer le tabagisme.

Plusieurs députés des groupes UMP et UDI. Ah ! Très bien.

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'y a pas un article consacré au tabac, mais un ensemble d'articles et de mesures qui s'y rapportent. Nous savons que nous devons tout faire pour éviter que des jeunes, et parfois des très jeunes, ne tombent dans le tabagisme. **À titre d'exemple, la directive européenne prévoit l'interdiction des arômes artificiels, contrairement à ce que j'ai entendu.** Il s'agit de mécanismes qui attirent les jeunes, pour qui fumer du tabac parfumé, par exemple à la fraise, peut s'avérer séduisant. Le projet de loi comporte donc des dispositions visant à lutter contre ces arômes artificiels. Nous devons également faire en sorte que le tabagisme passif soit, au maximum, restreint : d'où l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de douze ans.

Certaines personnes, jeunes et moins jeunes, ont développé une addiction au tabac et essayent, passez-moi l'expression, de décrocher, mais sans y parvenir. Nous devons les aider et les accompagner : d'où les dispositions visant à favoriser le sevrage et à améliorer la prise en charge des dispositifs concernés. Pour qu'un plan soit complet, nous savons également qu'il doit permettre de lutter contre la contrebande et contre les trafics qui par définition sont illicites.

Le troisième pilier du plan que j'ai présenté repose sur un ensemble de mesures. Certaines de ses dispositions sont reprises dans ce projet de loi, d'autres ont été adoptées dans le cadre du projet de loi de finances rectificative, et d'autres le seront dans celui des lois de finances à venir. Ce troisième pilier vise donc à lutter contre le trafic illicite et contre la vente sur internet : il met en avant la transparence. En effet, lutter contre ce qui est interdit impose aussi que le poids des lobbies soit identifié et que la transparence soit effective.

J'entends, sur tous les bancs, une volonté de lutter contre le tabagisme. Alors allons-y ! Allons-y ensemble ! Il s'agit à mon sens d'une mesure de santé publique. Au fond, nous nous honorerions collectivement à faire de ce débat un vrai grand débat de santé publique et pas un faux débat opposant la droite et la gauche. Car ce débat ne devrait pas être partisan.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas du tout ça.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je le dis, en tous cas, clairement : je suis guidée, parce que je suis ministre en charge de la santé, par cet objectif de santé publique. Je ne peux me résoudre à ce qu'un fumeur qui a commencé à fumer à l'âge de dix-sept ans sur deux meurt du tabac. Un sur deux ! On ne peut s'y résoudre : prenons donc des mesures fortes puisque celles qui ont été prises jusqu'à présent ne suffisent pas. Ma détermination, mon engagement, ma volonté et ma conviction m'y portent.

Nous pourrions nous retrouver sur cet objectif partagé et je regrette qu'il y ait eu des propos qui s'en démarquaient. Cet objectif, nos amis britanniques ont été capables de le porter ensemble : la majorité conservatrice...

M. Philippe Vigier. Conservatrice ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Que je sache, le Parti conservateur n'a pas changé de nom. La majorité conservatrice a donc mis cet objectif en avant, et les travaillistes l'ont largement soutenue sur ce point. À la Chambre des communes, le paquet neutre a ainsi été adopté par une majorité des trois quarts. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. Nous en venons à l'examen des amendements. La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 1702.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, à ma connaissance, il n'y avait de notre part aucune agressivité. Je ne comprends pas pourquoi vous dites que nous sommes agressifs : aucun de mes collègues n'a agi de cette façon. En revanche, pour répondre à notre collègue Touraine, pour lequel j'ai beaucoup de respect, isoler deux phrases du contexte dans lequel Yves Bur, ancien parlementaire, les a prononcées, et ne pas faire référence à l'intégralité de ces propos ne me paraît pas tout à fait juste ni honnête sur le plan intellectuel.

M. Jean-Louis Touraine. J'ai cité la totalité de ses propos. Seul manquait le mot : « Amitiés. » !

M. Élie Aboud. Madame la ministre, nous pouvons partager le diagnostic – nous sommes tous conscients de l'intérêt pour la santé publique de lutter contre le tabagisme –, mais diverger sur la façon de régler le problème. J'entends M. Le Roux, nous disons la même chose. Comment faire de la prévention tout en préservant des artisans, des commerçants qui n'ont rien demandé, qui favorisent la proximité et l'aménagement du territoire, et que l'on désigne comme fautifs ?

Sur les arômes, je suis entièrement d'accord avec vous, c'est une question de santé publique pour les jeunes, mais attention au décalage par rapport à ce que font nos voisins européens parce qu'il y a un danger de contrebande et de délinquance urbaine. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Avant-hier soir, je vous ai parlé du plaisir.

Plusieurs députés du groupe SRC. Oh là là !

M. Nicolas Dhuicq. À force d'avoir une vision hygiéniste, ce que je peux comprendre de la part de confrères somaticiens, vous oubliez la dimension psychologique. À force de poser en permanence des interdictions sur des toxiques qui sont utilisés culturellement – tout dépendant de la dose, du rythme et du mode de consommation –, vous envoyez à la jeunesse de France un discours extrêmement paradoxal quand, dans le même temps, vous ouvrez largement les portes à des produits qui, certes, ne sont pas cancérigènes...

M. Bernard Accoyer. Le cannabis est cancérigène, plus que la cigarette !

M. Nicolas Dhuicq. Je parle de l'héroïne. Vous avez parfaitement raison, le cannabis est inhalé, fumé, souvent d'ailleurs avec du tabac.

Il y a donc une espèce d'idéologie délirante à ce sujet. Vous envoyez, madame la ministre, un message totalement contradictoire.

Vous voulez atteindre une pureté absolue, interdire tout principe de plaisir dans ce pays, quitte à mettre en danger des commerçants, qui sont aussi des agents de l'État, qui assurent la sécurité sur le territoire national, qui, accessoirement pour nos collègues écologistes, font baisser le bilan carbone, puisque la proximité, c'est tout de même important pour ce qu'on appelle les circuits courts.

M. Gérard Bapt. Incroyable !

M. Nicolas Dhuicq. Votre gouvernement devrait avoir le courage d'attaquer les majors américaines qui fabriquent des paquets de cigarettes et les vendent à des prix différents dans les pays de l'Union européenne. Comment pouvez-vous accepter de ne pas connaître et de ne pas transmettre à la représentation nationale le prix auquel les majors américaines vendent le paquet de cigarettes en Pologne, en France, en Belgique, parce que la différence de prix n'est pas forcément due à la taxation, mais tient aussi du prix de départ ? Ou alors seriez-vous inféodée, vous, au lobby des majors américaines ?

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Madame la ministre, vous avez souligné que, sur tous les bancs, nous avons la volonté de lutter contre le tabagisme et rappelé les chiffres de ce fléau que j'avais donnés, 73 000 morts, 200 décès par jour, et, malheureusement, vingt fois plus de décès chaque année à cause du tabac qu'à cause des accidents de la route. Madame Delaunay, j'ai été un peu surpris par le tweet que vous venez de m'envoyer, et j'imagine que M. Le Roux sera heureux d'avoir un problème supplémentaire à régler dans son groupe. Vous estimez simplement que « les buralistes doivent devenir un point santé comme ils sont un point social et non pas vendre des produits mortels ». Si j'ai bien compris, il faut interdire aux buralistes de vendre du tabac.

Mme Michèle Delaunay. Dans dix ans !

M. Philippe Vigier. C'est excessif et totalement incompréhensible. Je ne vous agresse pas, je ne fais que citer le tweet que vous avez eu la délicatesse de m'adresser. Allez au bout, déposez un amendement, tout le monde doit savoir que vous voulez interdire la vente du tabac en tous lieux publics.

Madame la ministre, mes collègues ont demandé tout à l'heure pourquoi il n'y avait pas d'harmonisation européenne et si nous étions capables d'avoir un programme européen de lutte contre le tabagisme, ce qui impliquerait évidemment qu'il y ait une cohérence à la fois sur l'arrivée des paquets neutres et sur la tarification. Il y a de plus en plus de paquets qui passent les frontières chaque année, vous le savez parfaitement, et le nombre de ces réseaux parallèles ne fera qu'augmenter. La tarification est donc également un sujet majeur.

Enfin, vous ne m'avez pas répondu, ce qui m'a un peu surpris, sur l'éducation en milieu scolaire, ce à quoi je tiens beaucoup. Il faut commencer dès le plus jeune âge. Pourquoi ne pas envisager un enseignement obligatoire dès le plus jeune âge et pourquoi ne pas conférer aux médecins scolaires une nouvelle responsabilité, celle de faire de la prévention et de lutter contre les addictions, en particulier le tabagisme, dès le plus jeune âge, avec des rencontres obligatoires avec l'ensemble des collégiens et des lycéens ?

M. le président. La parole est à M. Bruno Le Roux.

M. Bruno Le Roux. Je reconnais la volonté sans faille de la ministre mais il faudra du temps.

Je souhaite que nous luttons de façon résolue contre le tabagisme, en étant peut-être à la pointe du combat par rapport à d'autres pays,...

Mme Michèle Delaunay. Exactement !

M. Bruno Le Roux. ...et je veux dès à présent en mesurer tous les effets, notamment économiques, sur ceux dont une grande partie de l'activité est consacrée à vendre du tabac.

Je ne pense pas que la solution soit de leur dire qu'ils sont condamnés soit à vendre indéfiniment du tabac, soit à disparaître. Il y a d'autres possibilités, avec une période de transition dans un premier temps,...

Mme Michèle Delaunay. Exactement !

Plusieurs députés du groupe UMP. Lesquelles ?

M. Bruno Le Roux. ...pour que la baisse de la vente de tabac ne s'accompagne pas d'une baisse de leur rémunération. Il faut pour cela changer un certain nombre de règles et faire évoluer la façon dont ils permettent d'avoir un maillage sur le territoire pour accompagner la volonté de l'État de lutter résolument contre le tabagisme.

La lutte que nous devons mener tous ensemble contre les effets du tabagisme ne doit pas être freinée par ses effets collatéraux sur le réseau des commerçants, qui doivent être au premier rang de nos préoccupations.

M. Olivier Marleix. Que proposez-vous ? C'est du baratin !

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Si vous aviez quelque honnêteté, monsieur Vigier, vous auriez aussi cité mon tweet précédent où je disais que nous voulions accompagner les buralistes vers la sortie du tabac dans les dix années à venir, exactement ce qu'a dit M. Le Roux de manière plus générale. Je lui ai proposé de créer un groupe de travail, auquel je vous invite à participer, pour préparer avec les buralistes une sortie du tabac dans les dix années à venir. Au demeurant, ce sont aussi les objectifs de la lutte contre le cancer.

Monsieur Dhuicq, vous parlez du plaisir. Connaissez-vous un fumeur qui ne désire pas arrêter ?

M. Nicolas Dhuicq. Oui !

Mme Michèle Delaunay. Savez-vous quelle est leur culpabilité quand ils apprennent que leur maladie est due au tabac ? Savez-vous combien ils sont dans la douleur, deux fois, vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis de leurs familles ?

Monsieur Vigier, je vous ai envoyé un autre *tweet*. Vous parlez tous de la contrebande et des trafics illicites. Savez-vous que ce sont les cigarettiers qui l'entretiennent, que 20 % de leur production disparaît pour que vous puissiez utiliser de tels arguments (*Exclamations sur plusieurs bancs des groupes UMP et UDI*), c'est-à-dire la différence de prix entre les pays, et prétendre que nous ne pouvons agir tout seuls et que nous devons attendre les autres pays.

Non ! Comme l'a dit M. Le Roux, nous devons être à la pointe de ce combat anti-tabac. Mme la ministre a annoncé très récemment, et même dans cette enceinte, qu'elle allait rencontrer ses collègues européens pour lancer une dynamique dans ce sens. Ce n'est pas une raison pour être paralysé aujourd'hui. Donnons l'exemple.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff.

Mme Claude Greff. Je suis surprise par tout ce que j'entends.

D'abord, il faut arrêter d'être angélique, la quasi-totalité des fumeurs savent que le tabac est nocif pour leur santé. Franchement, ouvrez les yeux, nous le savons tous, ils le savent tous.

Franchement, madame la ministre, quand je vois les mesurette que vous proposez, je me demande quel est votre objectif. Voulez-vous aider les fumeurs ou stigmatiser les buralistes ? J'ai entendu il n'y a pas si longtemps le Président de la République nous parler d'un programme national de réduction du tabagisme. Vous interdisez de fumer dans une voiture où il y a des enfants de moins de douze ans, mais que faites-vous de ceux qui vont langer leur enfant la cigarette au bec ? Ce n'est pas ainsi qu'il faut aborder le sujet. On a l'impression que vous voulez vous satisfaire, mais vous n'êtes pas du tout en train de vous occuper de celles et de ceux qui fument.

Le fait qu'il y ait des paquets neutres n'empêchera en rien les fumeurs de fumer. Ils se contenteront d'acheter un paquet neutre avec une photo dessus. Arrêtez d'imaginer que c'est par de telles mesurette que l'on combattra le tabagisme !

Oui, je suis contre la consommation du tabac, mais, franchement, ce que vous nous proposez ne sert à rien si ce n'est à opposer les fumeurs et les buralistes. Vous êtes aujourd'hui plus que jamais en train de détruire toute l'économie qui existe en France et non de la réguler ou même de l'organiser. Ce sont des mesurette qui n'apportent rien pour l'objectif que nous avons tous, à droite comme à gauche, faire en sorte que les Français fument moins. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

(*L'amendement n° 1702 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 1288.

M. Philippe Vigier. C'est un amendement purement rédactionnel qui permet une transposition fidèle de l'article 7 de la fameuse directive européenne 2014/40/UE, qui interdit les arômes.

J'ai bien entendu, madame la ministre, que vous vouliez accélérer la mise en place de la directive, mais pourquoi ce décalage par rapport à l'Union européenne ? J'en profite, madame Delaunay, pour vous dire qu'en matière d'ambition européenne, vous aurez du mal à donner à l'UDI des leçons d'engagement, dans tous les domaines, qu'ils soient économiques ou sociaux. Je préconisais même qu'il y ait une politique européenne.

Une fois de plus, il y aura un décalage avec les pays voisins et il y aura toujours plus de produits importés de ceux qui nous entourent. Nous savons très bien qu'il y aura deux types de produits en vente, les produits « français », sur lesquels il y aura eu des restrictions, et les produits européens, qui peuvent encore contenir des arômes.

Tout cela devait faire partie d'un programme de lutte contre le tabagisme. Prenons des dispositions à l'échelle européenne. Il me semble que ce serait le bon moyen pour avancer sur cette question, même si elle peut poser de vraies difficultés.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable. L'amendement est déjà satisfait mais l'intention générale paraît moins vertueuse. En réalité, quand on le lit dans le détail, on a l'impression que cela s'inscrit dans une volonté générale d'aller moins loin que ce que la commission propose pour lutter contre le tabagisme.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Nous savons que surtransposer les directives européennes, ce qui est finalement l'objet de l'article 5 quinquies, est contre-productif.

D'abord, c'est un signe négatif alors qu'il y a un besoin pressant de faire converger nos législations. Le retard que nous avons pris a des conséquences majeures, nous le savons bien, sur les différents pays de l'Union, en particulier sur la France, pour notre compétitivité, notre économie et donc l'emploi et le chômage.

Par ailleurs, la quasi-totalité des pays frontaliers, l'Allemagne, la Belgique, l'Italie et l'Espagne, ont décidé d'appliquer totalement la directive européenne, selon un calendrier que nous devrions suivre scrupuleusement parce que c'est collectivement que nous devons agir contre le tabagisme.

La Suisse est, elle, très en retrait quant à l'application de cette directive. Par conséquent, madame la ministre, avec cet article introduit par amendements, non seulement vous portez un mauvais coup à l'Union européenne et à la politique européenne que vous entendez conduire, mais surtout vous vous exposez, de manière certaine, à un échec. Les trafics de contrebande en tous genres vont exploser ; le réseau de distribution de services, qui s'appuie sur les débitants de tabac, sera encore plus mis à mal. En réalité, une vraie politique de prévention et de lutte contre le tabac passe par l'harmonisation de nos politiques. Madame la ministre, puisque vous avez, semble-t-il, quelques ambitions, peut-être pourriez-vous devenir le porte-drapeau d'une politique de convergence européenne en ce domaine. Cela vous honorerait ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et UDI.*)

Mme Michèle Delaunay. Elle le fera !

(*L'amendement n° 1288 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 2041.

M. Olivier Véran, rapporteur. Rédactionnel.

(L'amendement n° 2041, accepté par le Gouvernement, **est adopté.**)

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 2396.

M. Philippe Vigier. Olivier Véran a dit que nos applications de la directive différaient, alors qu'il n'en est rien. **Nous ne souhaitons que l'application de toute la directive, rien que la directive.** Certes, elle a pu être mal rédigée, mais encore faudrait-il voir à quel endroit précisément. Tant qu'elle n'est pas appliquée dans les États membres, elle peut être modifiée, d'autant qu'il existe un délai d'application. Je ne vois pas pourquoi la France serait déconnectée des pays qui l'entourent.

Mme Delaunay nous dira qu'il faut être ambitieux...

Mme Michèle Delaunay. C'est vrai !

M. Philippe Vigier. ...et aller plus vite. En ce cas, allez à Bruxelles ! Faites le tour des capitales européennes ! J'ai d'ailleurs été heureux d'entendre tout à l'heure le président Accoyer reprendre l'un de mes arguments en ce sens. Vous pourriez être une très bonne ambassadrice, madame Delaunay, pour expliquer que ce programme doit être porté avec ambition par l'Union européenne. Qu'attendez-vous ?

Par ailleurs, madame la ministre, j'ai bien compris que ces produits et ces arômes risquent d'avoir un effet incitatif sur la consommation. Cependant, y a-t-il eu des éléments médicaux d'évaluation ou des publications, disposant du recul nécessaire, qui attestent une augmentation de la consommation ou une appétence nouvelle pour les consommateurs, du fait de l'utilisation de ces arômes ? Sur quelles références scientifiques s'appuie-t-on pour comprendre ce phénomène ? Quels éléments de nocivité sont pris en compte ? Pour résumer ma question : y a-t-il eu des évaluations scientifiques qui ont montré que, au-delà d'une augmentation de la consommation, il y avait des incidences médicales particulières liées à l'adjonction de ces arômes ?

Se pose également le **problème de la distorsion dans l'application de la réglementation.** Or, cela n'est pas bien du tout, quand nous essayons de faire de l'Europe notre bien commun. Une telle attitude conduit au chacun pour soi, qui n'est pas le bon chemin pour l'Europe.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que tout à l'heure.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Claude Greff. Pour une fois qu'elle parle au lieu de *tweeter* !

Mme Michèle Delaunay. Monsieur Vigier, puisque vous m'y invitez, je voudrais vous dire que nous avons formé avec M. Jean-Louis Roumegas un groupe européen qui a l'intention d'agir non seulement contre le commerce illicite, mais également contre la pression que les lobbies des cigarettiers font peser sur l'Europe. Je pourrais vous citer le nom de nombreux autres députés, en particulier de députés européens engagés dans ce combat. Je pense que notre mesure et la politique de Mme Touraine seront adoptées, de même que, je l'espère, certains des amendements positifs que nous vous présenterons. Nous pourrions nous placer en tête de peloton de l'Europe et je suis sûre que la ministre sera en première ligne pour aller encore plus loin et entraîner ses collègues.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Je reste très dubitatif et très inquiet devant cette vision d'une société sans tabac, voire sans alcool.

M. Bernard Accoyer et M. Philippe Vitel. Mais avec des salles de shoot !

M. Nicolas Dhuicq. La vie est tout de même un risque ! Certes, nous avons tous connu des patients morts dans des souffrances atroces de pathologies diverses provoquées par l'abus de substances. Néanmoins, il n'y a pas de société humaine sans utilisation de toxiques. Cela n'existe pas. Nous pouvons tous rêver d'un monde idéal,...

M. Xavier Breton. Le meilleur des mondes !

M. Nicolas Dhuicq. ...d'un monde dans lequel nous serions tous si merveilleux et si puissants et dotés de cerveaux si extraordinaires que nous pourrions tous nous contenter du plaisir de penser et de l'autoérotisme qu'il suscite. Néanmoins, nous sommes inégaux dans notre vulnérabilité face à la dépendance. Tous ceux qui entrent en contact avec un produit ne vont pas tous devenir dépendants. Il ne faut pas oublier le principe de plaisir ! Mais ce monde, que vous souhaitez pur, blanc et sans aucune accroche, est terrible. Je vous le dis honnêtement et sans provocation, vous rêvez d'un monde qui fait fuir la jeunesse de ce pays et qui l'entraînera vers des épopées violentes, comme nous les connaissons aujourd'hui. Les épopées violentes au Proche et au Moyen-Orient sont aussi provoquées par un monde qui devient totalement puritain. (Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.)

La société française est en échec. Les gouvernements successifs sont en échec, parce que vous n'êtes pas capables de proposer à notre jeunesse une espérance, une vision et un avenir pour le pays.

M. Xavier Breton. Très bien !

M. Nicolas Dhuicq. Pis encore, vous ne parlez que de la mort en permanence. Il y a quelques semaines, c'était l'euthanasie ; bientôt, ce seront les salles de shoot. Dans le même temps, vous voulez un monde absolument pur. C'est un puritanisme politique insupportable ! Rejoignez les Shakers ou les Quakers ! (*Sourires.*) Votre monde appartient au passé et je n'en veux pas. Je veux un monde de responsables et de liberté. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Xavier Breton. Ils veulent un monde aseptisé !

(*L'amendement n° 2396 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 2042 rectifié, 2043, 2045, 2046, 2047 et 2048, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour les soutenir.

M. Olivier Véran, rapporteur. Ce sont des amendements rédactionnels.

(*Les amendements n°s 2042 rectifié, 2043, 2045, 2046, 2047 et 2048, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 2397.

M. Philippe Vigier. Il est défendu.

(*L'amendement n° 2397, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. Vous gardez la parole, monsieur Vigier, pour soutenir l'amendement n° 1280.

M. Philippe Vigier. Il est défendu.

(*L'amendement n° 1280, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 2049 et 1, pouvant être soumis à une discussion commune. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 2049.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est rédactionnel.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1.

M. Jean-Pierre Door. Jean Leonetti, qui a cosigné cet amendement, souhaite plus que tout que la France ne soit pas une exception européenne, en interdisant la mentholisation et pénalisant, par là, l'industrie nationale. Cette technologie a été créée en France, où elle représente environ 250 emplois. L'investissement avait été majeur, puisqu'il s'est élevé à plus de 65 millions d'euros depuis 2008. La seule réponse proportionnée serait de conserver le texte européen en l'état et de permettre une transition rapide, mais durable, avant cette interdiction. Nous ne devons pas accélérer le rythme, au risque de perdre des emplois et une industrie. Prenez garde à ne pas faire un contresens sur cet amendement et à risquer le pire !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements soumis à une discussion commune ?

M. Olivier Véran, rapporteur. La commission est favorable à l'amendement n° 2049, qui est rédactionnel, et défavorable à l'amendement n° 1.

Mme Claude Greff. Évidemment, c'est l'UMP qui le propose !

M. Olivier Véran, rapporteur. Il va trop loin dans sa rédaction et aurait des conséquences qui iraient au-delà de l'intention de M. Door. Contrairement à ce que laisse entendre l'exposé sommaire des motifs, les dispositions que cet amendement entend corriger résultent d'une erreur, et non d'une intention délibérée. La rédaction que j'ai proposée paraît plus claire et adaptée que la rédaction que vous avez proposée.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, pourriez-vous demander à l'ensemble de l'assemblée qui a compris les arguments que vient d'avancer M. le rapporteur ?

Mme Claude Greff. La gauche, évidemment !

M. Bernard Accoyer. Pour notre part, nous n'avons strictement rien compris.

M. le président. Cela arrive, parfois !

M. Bernard Accoyer. Monsieur le rapporteur, pourriez-vous répéter votre explication ? Sans doute ne bénéficions-nous pas de votre câblage cérébral, mais si vous nous réexpliquez les choses, nous devrions vous comprendre.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. C'est un problème de génération, comme dirait l'autre !

M. le président. Monsieur le rapporteur, nous comptons sur vos qualités de pédagogue ! (*Sourires.*)

M. Olivier Véran, rapporteur. Je vous dois effectivement une explication. En réalité, il y avait une erreur initiale dans le texte qui faisait entrer en vigueur l'interdiction des arômes en 2020 au lieu de 2016. Or, c'est bien en 2016 que cette interdiction doit être mise en œuvre, conformément à la directive européenne. Cette erreur du texte initial est

corrigée par un amendement rédactionnel que j'ai déposé. Monsieur Door, vous avez également déposé un amendement rédactionnel, parce que vous avez eu l'ouïe fine. Mais les dispositions prévues dans votre amendement vont au-delà de l'intention que je viens de détailler.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur, je défendais avec cet amendement, surtout soutenu par M. Leonetti, le problème du menthol.

M. Olivier Véran, rapporteur. Oui !

M. Jean-Pierre Door. J'ai bien compris que **la directive fixe à 2016 l'interdiction des arômes**. Mais notre amendement vise à aller vers cette interdiction de façon un peu plus progressive. Les entreprises, pour pouvoir sortir par le haut sans courir le risque économique d'une désindustrialisation, **demandent de prolonger l'autorisation jusqu'au 20 mai 2020**. Il faut se donner un peu plus de temps pour leur permettre de sortir de ce problème. Elles s'organiseront autrement et feront **autre chose**. **À l'époque, elles avaient été soutenues dans la mentholisation ; désormais, on leur ferait quitter ce circuit**. L'année 2016, c'est demain ! Si les 250 emplois concernés venaient à disparaître, c'est vous qui en porteriez la responsabilité, et non pas nous.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. **Les menthols seront interdits en 2020. La directive européenne prévoit d'interdire les autres arômes en 2016**. C'est cette règle que nous instaurons par cet amendement. Votre intention est donc satisfaite. Dans votre rédaction, c'est l'interdiction de l'ensemble des arômes qui serait repoussée à 2020, ce qui va à l'encontre de la directive européenne s'agissant des arômes non mentholés.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Nous continuons sur la même ligne que celle que j'évoquais. Certes, l'industrie du tabac utilise toutes les recettes comportementalistes possibles pour attirer un public de plus en plus jeune vers une consommation de tabac. Mais nous entendons bien, monsieur le rapporteur, madame la ministre, que vous voulez supprimer les cigarettes mentholées dans le territoire national. Cela veut-il dire que les consommateurs de cigarettes mentholées vont devoir franchir les frontières et aller chercher leur tabac à l'extérieur et donc porter encore atteinte aux commerces ruraux des buralistes, qui sont aussi des agents de l'État ? En quoi faudrait-il, en termes de santé publique, interdire le menthol ?

La cigarette mentholée ne fait pas partie des produits mis récemment sur le marché afin d'attirer la jeunesse. Je me souviens que, lorsque j'étais enfant, les dames avaient pour habitude d'en fumer ; elles ne sont pas mortes d'un cancer du poumon pour autant.

Mme Catherine Quéré. Ça, vous n'en savez rien !

M. Nicolas Dhuicq. Pourquoi ? Parce que leur consommation était adaptée.

J'ai aussi connu dans mon enfance un pilote de chasse qui avait abattu un zeppelin pendant la Première guerre mondiale, avant l'invention des balles explosives – il fallait être sacrément fort ! Ce monsieur avait une discipline toute militaire : il fumait les années paires et ne fumait pas les années impaires. (*Rires et exclamations sur divers bancs.*) Il est mort à 90 ans passés !

Cela veut bien dire qu'il existe une inégalité structurelle et naturelle face au déclenchement d'une dépendance. Je ne vois pas ce que l'interdiction des cigarettes mentholées changera, si ce n'est que cela va détruire 240 emplois sur le territoire national et que cela renforcera encore l'industrie américaine du tabac – car la seule question qui vaille, madame la ministre, est de savoir d'où vient la différence de prix qu'appliquent les majors du tabac en Pologne et en France. Le prix des cigarettes est un fléau majeur, qui entraîne la contrebande, détruit notre tissu rural, provoque des violences et des alcoolisations associées, entraîne la fermeture de commerces. **Au nom de quoi le Gouvernement de la France tolère-t-il que les majors américaines vendent les mêmes cigarettes à des prix différents au sein de l'Union européenne ?** Voilà l'action que vous devriez mener, madame la ministre ! À quand une réponse du Gouvernement au Parlement sur cette question majeure ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

(*L'amendement n° 2049 est adopté et l'amendement n° 1 tombe.*)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 2050.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit d'un amendement **rédactionnel**, monsieur le président.

(*L'amendement n° 2050, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un autre amendement **rédactionnel**, n° 2051, de M. Olivier Véran.

(*L'amendement n° 2051, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir **l'amendement n° 2052**.

M. Olivier Véran, rapporteur. Lui aussi est rédactionnel, monsieur le président.

M. le président. **Il est vraiment rédactionnel ?**

M. Olivier Véran, rapporteur. Tout à fait, monsieur le président.

(*L'amendement n° 2052, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un dernier amendement **rédactionnel**, n° 2053, de M. Olivier Véran.

(L'amendement n° 2053, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 5 quinquies, amendé, est adopté.)

e. Amendements adoptés en séance publique

- Amendement n° 2041, M. VERAN

À l'alinéa 5, substituer aux mots :

« celle et celui »

les mots :

« ceux ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

- Amendement n° 2042 (rect), M. VERAN

Rédiger ainsi l'alinéa 6 :

« 2° Dont les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant contiennent du tabac, de la nicotine ou des arômes ; ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

- Amendement n° 2043, M. VERAN

À l'alinéa 8, substituer aux mots :

« créant l'impression »

les mots :

« laissant entendre ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

- Amendement n° 2045, M. VERAN

Compléter l'alinéa 10 par les mots :

« de fumée ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

- Amendement n° 2046, M. VERAN

À l'alinéa 11, supprimer les mots :

« À fumer ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.

Les cigarettes et le tabac à rouler étant nécessairement « à fumer », il n'est pas utile de le préciser dans le texte.

- Amendement n° 2047, M. VERAN

À l'alinéa 12, substituer au mot :

« et »

le mot :

« ou ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.

L'emploi de la conjonction « et » a pour effet, non recherché, de restreindre le champ des interdictions prévues par l'alinéa.

- Amendement n° 2048, M. VERAN

Compléter l'alinéa 12 par le mot :

« humaine ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

- Amendement n° 2049, M. VERAN

À l'alinéa 15, substituer aux mots :

« de son 1° »

les mots :

« du 1° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Correction d'une erreur de référence.

C'est bien l'interdiction des arômes qui souffre d'une exception (1° du nouvel article L. 3511-2-3 du code de la santé publique), et non la suppression du dernier alinéa de l'article L. 3511-2 (1° du I de l'article 5 quinquies, visé à tort à l'alinéa 15).

- Amendement n° 2050, M. VERAN

À l'alinéa 15, substituer aux mots :

« identifiable particulier »

les mots :

« clairement identifiable ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de cohérence rédactionnelle.

- Amendement n° 2051, M. VERAN

À l'alinéa 15, substituer aux mots :

« à l'échelle »

les mots :

« au sein ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

- Amendement n° 2052, M. VERAN

À l'alinéa 15, supprimer les mots :

« au plus tard ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de clarification.

L'article prévoit que l'interdiction des arômes dans les produits du tabac, à compter du 20 mai 2016, ne s'applique pas aux produits représentant plus de 3 % des ventes dans la catégorie au sein de l'Union européenne.

Le texte actuel prévoit que ce taux s'apprécie « au plus tard » le 20 mai 2016, ce qui n'a pas de sens : l'exception doit par construction s'appliquer en même temps que l'interdiction, et donc le taux de 3 % doit être apprécié à la même date.

- Amendement n° 2042, M. VERAN

À l'alinéa 15, substituer au mot :

« dans »

le mot :

« d' ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

f. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 14 avril 2015

Article 5 quinquies

I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 3511-2 est supprimé ;

2° Après l'article L. 3511-2-2, il est inséré un article L. 3511-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-2-3.* – Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes et de tabac à rouler :

« 1° Aromatisés ayant une odeur ou un goût clairement identifiable avant ou pendant la consommation, autre que ceux du tabac ;

« 2° Dont les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant contiennent du tabac, de la nicotine ou des arômes ;

« 3° Contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ;

« 4° Contenant des vitamines ou d'autres additifs laissant entendre qu'un produit du tabac a des effets bénéfiques sur la santé ou que les risques qu'il présente pour la santé ont été réduits ;

« 5° Contenant de la caféine, de la taurine ou d'autres additifs et stimulants associés à l'énergie et à la vitalité ;

« 6° Contenant des additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions de fumée ;

« 7° Contenant des additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine ;

« 8° Contenant des additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction humaine.

« Les 2° et 3° s'appliquent également aux papiers et aux filtres vendus, distribués ou offerts séparément.

« Un décret précise les conditions d'application du présent article. »

II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l'exception du 1° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique qui entre en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme clairement identifiable dont le volume des ventes représente, au sein de l'Union européenne, à la date du 20 mai 2016, 3 % ou plus d'une catégorie de produits du tabac déterminée.

2. Sénat

a. Rapport n° 653, M. MILON et a., fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015

Article 5 quinquies

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

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

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, transpose l'article 7 de la directive 2014/40 sur les produits du tabac et interdit les arômes et les additifs dans les cigarettes, le tabac à rouler, les filtres et le papier à cigarettes.

I - Le dispositif proposé

Introduit à l'Assemblée nationale en commission des affaires sociales par un amendement du Gouvernement, cet article a pour objet de transposer l'article 7 de la directive européenne 2014/40 sur les produits du tabac en interdisant les arômes et les additifs dans les produits du tabac, les cigarettes mais aussi les filtres, le papier, les capsules, etc.

Cette interdiction est recommandée par l'OMS dans le cadre d'une directive de la CCLAT préconisant la suppression des ingrédients utilisés pour améliorer le goût du produit et pour créer l'impression qu'il a des effets bénéfiques sur la santé, des ingrédients associés à l'énergie et à la vitalité, ou encore de ceux qui ont des propriétés colorantes.

Les arômes sont en effet de nature à faciliter l'initiation à la consommation de tabac.

Les arômes dits « caractérisants » diffèrent des additifs nécessaires à la fabrication des produits du tabac, et sont définis par la directive comme « *une odeur ou un goût clairement identifiable autre que celle ou celui du tabac, provenant d'un additif ou d'une combinaison d'additifs, notamment à base de fruits, d'épices, de plantes aromatiques, d'alcool, de confiseries, de menthol ou de vanille (liste non exhaustive) et qui est identifiable avant ou pendant la consommation du produit du tabac* ».

L'interdiction vise également les additifs aux propriétés dites « CMR » (cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction).

Le **paragraphe I** du présent article transpose ces interdictions dans un article L. 3511-2-3 du code de la santé publique.

Le **paragraphe II** prévoit une entrée en vigueur au 20 mai 2016, date limite de transposition fixée par l'article 29 de la directive. Un **délai supplémentaire** de quatre ans est laissé pour les cigarettes ou tabac à rouler aromatisés dont le volume des ventes représente, à l'échelle de l'Union européenne, 3 % ou plus du volume des ventes dans une catégorie de produits déterminée. Ce délai supplémentaire **concerne principalement le menthol**.

Dans la **rédaction actuelle** du texte, telle que proposée par le Gouvernement, le **report de l'entrée** en vigueur pour les arômes dont le volume des ventes représente 3 % ou plus du volume des ventes **n'est prévu que pour le seul 1° de l'article, c'est-à-dire pour les cigarettes et le tabac à rouler**, à l'exclusion des 2° et 3° qui visent respectivement :

- les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant ;
- tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion.

Aux termes des paragraphes 7 et 14 de l'article 7 de la directive, ces produits du tabac sont pourtant concernés par le report de l'entrée en vigueur s'ils contiennent un arôme remplissant la condition de volume des ventes.

II - La position de la commission

Notre commission souscrit à cette interdiction des arômes et des additifs.

Elle considère toutefois qu'il est préférable que la France s'en tienne, pour l'ensemble des produits concernés, au calendrier prévu par la directive européenne, **afin que l'interdiction soit simultanée dans l'ensemble des États membres**.

A l'initiative de nos collègues Isabelle Debré et Jean-Pierre Leleux, notre commission a adopté deux amendements identiques prévoyant une entrée en vigueur au 20 mai 2020 de l'interdiction des arômes dont le volume des ventes représente, à la date d'entrée en vigueur de la directive, soit le 20 mai 2016, 3 % ou plus d'une catégorie de produits du tabac déterminée, non seulement pour les cigarettes, prévues au 1° du présent article, mais aussi pour les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant et tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion, mentionnés respectivement aux 2° et 3° du présent article (**amendements COM-21 et COM-149**).

Notre commission a adopté cet article ainsi modifié.

(...)

Article 5 quinquies

[Mme Catherine Deroche, rapporteure](#). - Les amendements n^{os} 21 et 149 transposent la directive européenne relative à l'interdiction des arômes pour ce qui concerne la date d'entrée en vigueur. Le projet de loi prévoit une application anticipée de la mesure en France pour les arômes contenus dans les papiers, les filtres ou encore les capsules, alors que la directive prévoit une entrée en vigueur en 2020. Nous avons pris l'option du réalisme et privilégié une entrée en vigueur harmonisée au niveau européen. Avis favorable.

Les amendements n^{os} 21 et 149 sont adoptés. Les amendements n^{os} 94 et 270 deviennent sans objet.

L'article 5 quinquies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

b. Amendements adoptés en commission

- Amendement n^o COM-21, Mme DEBRE et a.

Alinéa 15

Rédiger ainsi cet alinéa :

"II. - Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l'exception des 1^o à 3^o de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique qui entrent en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme clairement identifiable dont le volume des ventes représente, au sein de l'Union européenne, à la date du 20 mai 2016, 3 % ou plus d'une catégorie de produits du tabac déterminée.

Objet

Cet article vise à transposer fidèlement la directive 2014/40/UE relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, présentation et vente des produits du tabac et des produits connexes et abrogeant la directive 2001/37/CE.

À cet effet, il convient, dans l'objectif d'harmonisation poursuivi, de fixer l'interdiction de la commercialisation des cigarettes contenant des arômes dès mai 2016 et celle des cigarettes mentholées en mai 2020.

- Amendement n^o COM-149, M. LELEUX

Alinéa 15

Le II de l'article 5 quinquies (nouveau) est ainsi rédigé :

« Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l'exception des 1^o, 2^o et 3^o de l'article L.3511-2-3 du code de la santé publique qui entrent en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme clairement identifiable dont le volume des ventes représente, au sein de l'Union européenne, à la date du 20 mai 2016, 3% ou plus d'une catégorie de produits du tabac déterminée ».

Objet

Afin d'actualiser et de compléter les règles existantes depuis 2001 – Directive 2001/37/CE – dans le domaine des produits du tabac et ce, compte tenu des changements intervenus en la matière, a été adoptée, le 3 avril 2014, une nouvelle directive européenne – Directive 2014/40/UE.

Ce texte est venu apporter d'importantes modifications dans des secteurs tels que ceux de l'étiquetage et du conditionnement, des ventes à distance, du suivi et de la traçabilité, mais aussi dans celui des produits contenant des arômes caractérisants, dont la vente est désormais interdite.

Cette prohibition, prévue à l'article 7 paragraphes 1, 7 et 14 et à l'article 29 de la directive, également étendue aux composants comme les capsules qui contiennent de tels arômes, prendra effet au 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme caractérisant particulier, dont le volume des ventes à l'échelle de l'Union représente 3% ou plus dans une catégorie de produits déterminée.

En deçà de ce seuil, l'interdiction interviendra à compter du 20 mai 2016.

Or, en vue de transposer ces dispositions en droit français, l'assemblée nationale a adopté, en première lecture, le 14 avril 2015, le présent article 5 quinquies nouveau, lequel prévoit la seule interdiction, à compter du 20 mai 2020 conformément au seuil de 3% , de la vente, distribution ou offre à titre gratuit de cigarettes et de tabacs à rouler aromatisés ayant une odeur ou un goût clairement identifiable avant ou pendant la consommation, autre que ceux du tabac.

En sont exclues les capsules qui, dès lors, seront interdites dès le 20 mai 2016.

Sans remettre en cause l'interdiction posée, il est à redouter notamment que ce calendrier, s'il était adopté en l'état, ne favorise, par cette distorsion de dates, les achats dans les autres pays de l'Union européenne, au détriment de notre industrie, qui dès lors se verrait être pénalisée, alors que cette technologie et plus particulièrement les capsules de menthol, a été développée en France.

Au cours de ces cinq dernières années, ce sont, en effet, plusieurs dizaines de millions d'euros qui ont été investis dans la filière des arômes et parfums permettant l'innovation, le dépôt de brevets, le développement d'outils de production et la création de centaines d'emplois.

Par ailleurs, en sévérant le texte européen, le présent article dans sa rédaction actuelle ne tient nullement compte de l'une des « 52 mesures de simplification pour la vie des entreprises », annoncée récemment par Monsieur le Secrétaire

d'Etat à la Réforme de l'Etat et à la Simplification, visant, lorsque le Gouvernement choisit de retenir des dispositions plus contraignantes que les seules exigences communautaires, à ce qu'il identifie clairement ces surtranspositions, les justifie et en évalue l'impact.

Parce que « les écarts existants entre le droit national et les strictes exigences européennes pèsent sur la compétitivité des entreprises françaises par rapport à leurs concurrentes européennes, en particulier dans le domaine industriel ».

Cette mesure avait d'ailleurs été identifiée, il y a déjà deux ans, dans le rapport de Monsieur le Secrétaire d'Etat, alors député de l'Essonne, « Mieux simplifier – La simplification collaborative » pour « lutter contre la surtransposition du droit communautaire en droit français ».

En sévérant les dispositions européennes, le projet de loi méconnaît également les considérants de la directive qui recommandent aux Etats membres de retenir une démarche d'harmonisation et d'application de ses dispositions de manière uniforme.

Autre considérant : « Les inquiétudes qui entourent les produits du tabac contenant un arôme caractérisant autre que celui du tabac, qui pourrait faciliter l'initiation à la consommation de tabac ou avoir une incidence sur les habitudes de consommation, augmentent encore le risque de réglementations divergentes. Il convient d'éviter les mesures instaurant des différences de traitement injustifiées entre différents types de cigarettes aromatisées. Toutefois, la suppression des produits contenant un arôme caractérisant présentant un volume de ventes élevé devrait s'étaler sur une période étendue, pour accorder aux consommateurs le temps nécessaire pour passer à d'autres produits ».

Ce que ne permettra pas le texte soumis à votre examen.

Pour toutes ces raisons, **cet amendement visant à étendre aux 2° et 3° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique – lesquels concernent les capsules qui contiennent des arômes – l'exception d'entrée en vigueur au 20 mai 2020 retenue pour le 1° – portant sur les arômes caractérisants – permet de rendre conforme le projet de loi aux dispositions de la directive européenne du 3 avril 2014.**

Tel est son objet.

c. Compte rendu intégral des débats, séance du 16 septembre 2015

[Mme la présidente.](#) L'amendement n° 36 rectifié, présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. Commeinhes et Cambon, Mme Deromedi, M. de Nicolaÿ, Mme Duranton, MM. Gremillet et Houel, Mme Lamure, MM. Malhuret, Mandelli, Masclat, Morisset, Raison, D. Robert, Vasselle et Danesi et Mme Mélot, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Contenant tous additifs addictogènes au tabac, utilisés seuls ou en synergie.

La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud.

[Mme Patricia Morhet-Richaud.](#) Cet amendement tend à élargir l'interdiction prévue au présent article à tous les additifs addictogènes, véritables responsables de l'addiction au tabac.

Le tabac majore fortement les pathologies parodontales chez les patients fumeurs. Ces additifs, quels qu'ils soient, visent à rendre les fumeurs dépendants au tabac. En limiter l'interdiction à ceux qui sont connus aujourd'hui ne permettra pas d'enrayer les recherches pour en trouver d'autres. Poser une interdiction de principe de tous les additifs addictogènes utilisés, seuls ou cumulativement, permet de ne pas restreindre l'interdiction aux seuls additifs nommés dans le texte.

[Mme la présidente.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. L'objectif poursuivi par les auteurs de cet amendement est parfaitement clair ; on ne peut que le partager. Cet amendement soulève cependant deux types de difficultés.

La **première difficulté** porte sur la question de fond de la définition de l'additif addictogène et sur la nécessité que les connaissances scientifiques progressent sur ce sujet. Sont actuellement connues comme addictogènes des substances qui renforcent les effets de la nicotine et qui sont déjà visées par la rédaction actuelle de la directive transposée par le projet de loi. Cette directive prévoit d'ores et déjà que les États interdisent la mise sur le marché de produits qui augmentent « l'effet de dépendance ».

Dans son article 5, elle fait obligation aux fabricants de déclarer les ingrédients utilisés, ouvrant ainsi la voie à une amélioration des connaissances et, potentiellement, à de nouvelles interdictions.

La **seconde difficulté** est d'ordre procédural. Aller plus loin que la directive suppose une notification à la Commission européenne, ce qui retarderait l'adoption du texte puisqu'il faudrait attendre que le délai de la procédure de notification soit écoulé.

Pour ces deux raisons, la commission demande le retrait de l'amendement n° 36 rectifié.

[Mme la présidente.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

[Mme Marisol Touraine,](#) ministre. Madame Morhet-Richaud, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, même si j'en comprends parfaitement les finalités et partage vos objectifs. S'il m'avait été possible aujourd'hui de lui donner un avis favorable, je l'aurais fait de manière résolue et avec plaisir.

Le projet de loi que je vous présente, mesdames, messieurs les sénateurs, va aussi loin en matière d'interdiction d'additifs que ce qui est juridiquement possible au regard de la réglementation européenne : nous interdisons les stimulants, les colorants et les additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine. Je le répète, **dans l'état actuel des textes européens, il est impossible d'interdire tous les additifs. La législation communautaire ne donne aux États aucune marge de manœuvre pour aller plus loin s'ils le souhaitent.**

Quoi qu'il en soit, madame la sénatrice, je porterai votre combat à l'échelle européenne.

[Mme la présidente.](#) Madame Morhet-Richaud, l'amendement n° 36 rectifié est-il maintenu ?

[Mme Patricia Morhet-Richaud.](#) Non, je le retire, madame la présidente.

Madame la ministre, je suivrai attentivement ce dossier.

[Mme la présidente.](#) L'amendement n° 36 rectifié est retiré.

L'amendement n° 638, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 15

Remplacer les mots :

des 1° à 3° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique qui entrent

par les mots :

du 1° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique qui entre

La parole est à Mme la ministre.

[Mme Marisol Touraine, ministre.](#) Cet amendement a pour objet de **rétablir le paragraphe II de l'article 5 quinquies tel qu'issu des travaux de l'Assemblée nationale, afin de transposer strictement, c'est-à-dire complètement, l'alinéa 14 de l'article 7 de la directive précitée.**

Puisque les rapporteurs se sont montrés attentifs à la directive, qu'ils le soient jusqu'au bout !

[Mme la présidente.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. Comme je l'ai indiqué dans mon propos liminaire, **la commission ne souhaite pas aller au-delà de ce qu'impose la directive européenne. En l'espèce, celle-ci n'oblige pas à respecter la date du 20 mai 2016. J'émetts donc un avis défavorable.**

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Jean-Pierre Leleux, pour explication de vote.

[M. Jean-Pierre Leleux.](#) Je veux aller dans le sens de l'argumentaire de la commission. **La directive, que j'ai sous les yeux, est très claire : à l'article 7, elle prévoit une série d'ingrédients qu'il faut interdire dans les tabacs dès 2016 : vitamines, caféine... Le premier alinéa de cet article dispose : « Les États membres interdisent la mise sur le marché de produits du tabac contenant un arôme caractérisant. » L'alinéa 14 précise que les mesures dudit article s'appliquent aux produits du tabac contenant un arôme caractérisant, dont le volume des ventes à l'échelle de l'Union européenne représente 3 % ou plus dans une catégorie de produits déterminée, en 2020.**

Je voterai contre l'amendement n° 638, qui avance cette date à 2016. La mesure est bonne, mais il faut respecter la directive et ne pas la rendre plus sévère en la transposant dans le droit français. Sinon, cela créera sur le territoire européen des distorsions de concurrence extrêmement dangereuses pour certains acteurs économiques du secteur.

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

[Mme Catherine Génisson.](#) La question des dégâts liés au tabagisme est très importante. Je crois que nous partageons tous la volonté de lutter sans merci contre ce fléau, notamment auprès des publics cibles, en particulier les jeunes.

Madame la ministre, vous avez rappelé toute une série de mesures, en particulier le programme national de réduction du tabagisme, qui, au-delà du paquet neutre, sont tout à fait fondamentales. Le Sénat peut s'enorgueillir d'avoir adopté, je crois à l'unanimité, à l'article 1^{er} du présent projet de loi une disposition sur la prévention partagée qui doit permettre de rendre ce public jeune acteur de la prévention. C'est, à mes yeux, une disposition très importante.

Pour lutter contre le tabagisme, il faut aussi chercher à obtenir une harmonisation la plus large possible des prix de vente du tabac à l'échelon européen, car c'est là que se situe la véritable concurrence entre la France et l'ensemble des pays européens signataires de l'accord de Schengen, lequel prévoit la libre circulation des marchandises. Dans les pays qui nous entourent, qu'il s'agisse de la Belgique, de l'Allemagne, de l'Italie, de l'Espagne et, hors Union européenne, de la Suisse, les prix de vente sont très inférieurs à ceux qui sont pratiqués chez nous, même si la Belgique a récemment pris la décision d'augmenter le prix du tabac.

Madame la ministre, la recherche de l'harmonisation la plus large possible des prix du tabac est vraiment une mesure européenne fondamentale, pour laquelle vous vous battez – nous le savons – avec conviction et détermination.

Par ailleurs, le paquet neutre ne doit pas introduire de concurrence entre la France et les autres États, notamment pour ceux qui ont la délégation de vente du tabac dans notre pays : les buralistes.

Vous avez souligné que la vente de tabac avait connu une augmentation en France, mais, proportionnellement, la consommation a augmenté davantage encore, parce qu'il existe des marchés parallèles très importants,...

[MM. Jean-Baptiste Lemoyne et Gérard Cornu.](#) Voilà !

[Mme Catherine Génisson.](#) ... dont on ne peut nier l'existence. Cela nous ramène à l'harmonisation du prix du tabac, qui est vraiment la mesure fondamentale.

Je le répète, l'instauration du paquet neutre ne doit pas pénaliser les buralistes. Nous sommes nombreux dans cette enceinte à en avoir rencontré : la très grande majorité d'entre eux sont des acteurs de la prévention du tabagisme et de la lutte contre le tabagisme. Habitant une région frontalière, je peux arguer de leur détermination et de leur bonne volonté. (Signes d'impatience sur les travées du groupe Les Républicains, pour signaler à l'oratrice qu'elle a dépassé son temps de parole.)

Madame la ministre, je souhaite que, simultanément à la mise en place du paquet neutre, soient adoptées des mesures pour éviter que les buralistes ne soient pénalisés.

[Mme la présidente.](#) Veuillez conclure, ma chère collègue.

[Mme Catherine Génisson.](#) À l'Assemblée nationale, l'un de nos collègues, Frédéric Barbier, travaille d'ailleurs sur la question des mesures d'accompagnement pour les buralistes. Je pense ici non pas tant aux buralistes des villes qu'à ceux des campagnes, de nos territoires, qu'il faut absolument aider, en les accompagnant dans la concrétisation des dispositions que nous prenons pour lutter contre le tabagisme.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

Mon cher collègue, je vous demande de bien vouloir respecter le temps de parole qui vous est imparti.

[M. Yves Daudigny.](#) Personne ne peut rester insensible à la nécessité de lutter contre ce fléau de santé publique qu'est le tabagisme. Nous savons que, dans ce domaine, la France est malheureusement la mauvaise élève de l'Europe.

Madame la ministre, nous sommes admiratifs de votre engagement, de votre détermination et de la force de conviction dont vous faites preuve, ainsi que de la solidité des arguments développés.

Comme vous l'avez indiqué, la lutte contre le tabagisme comporte plusieurs aspects. Il faut encourager, assister, aider celles et ceux qui sont fumeurs et qui souhaitent arrêter de fumer. Dans le même temps, il faut aussi viser la jeunesse, éviter la première cigarette et détruire cette image de modernité que le tabac peut aujourd'hui avoir pour les jeunes.

Cette lutte contre le tabagisme comporte différents volets qui doivent, à notre sens, prendre en compte le lieu – cela a déjà été dit, la France est un pays ouvert –, le moment – la directive européenne sur les produits du tabac a été adoptée en 2014 –, l'acceptation sociétale – les Français sont favorables à la lutte contre le tabagisme –, mais également l'incidence sur une profession, celle des buralistes, dont les bureaux constituent des réseaux d'animation d'activités économiques dans les zones rurales, pour parler de territoires que je connais bien.

Au vu de ces éléments, **plusieurs priorités s'imposent, dont en premier lieu l'harmonisation européenne.** Bonne nouvelle, les Belges vont augmenter de 70 centimes d'euro leurs taxes, ce qui rapprochera le prix du tabac en Belgique de celui qui est en vigueur en France. En revanche, si les Luxembourgeois ont modifié leur taux de TVA, ils ont dans le même temps diminué leurs taxes pour que le différentiel reste identique. Ainsi, les coffres pourront continuer à se remplir du côté luxembourgeois de la frontière.

La deuxième priorité est la lutte contre les ventes illégales. Il est légal d'acheter du tabac en Belgique, mais pas n'importe quelle quantité et pas pour le revendre.

Il faut aussi lutter contre la contrebande et la distribution, qui touche davantage les zones urbaines, de tabacs de très mauvaise qualité dont les effets nocifs sur la santé sont encore plus importants.

Prenant en compte ces différents aspects dans le contexte politique de l'élaboration de ce projet de loi de modernisation de notre système de santé, une part importante des sénateurs du groupe socialiste et républicain s'abstiendra sur cet amendement.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

[M. Jean-Baptiste Lemoyne.](#) Catherine Génisson et Yves Daudigny ont déjà quelque peu anticipé le débat en conduisant une « mini-discussion » générale sur la commercialisation du tabac.

Je souhaite, pour ma part, revenir à l'objet de l'amendement n° 638, qui illustre un des maux bien connus dont souffre la France : l'instabilité réglementaire, qui conduit à une certaine illisibilité. L'actualité du jour, avec l'annonce par Michel Sapin du report des allègements de charges, en est une illustration concrète.

Un autre de ces maux, relevé par Mme la rapporteur, est la **tendance de notre pays à « sur-transposer » la législation européenne.** Il est vrai que nous sommes toujours très fiers de notre vocation universaliste. Néanmoins, nous devrions **faire preuve de davantage de prudence.** Comme nous l'avons vu dans d'autres secteurs, avec les crises agricoles que nous avons vécues ces derniers mois, notre volonté d'être les pionniers peut conduire certaines filières ou professions à se retrouver dans des situations difficiles.

Sur le cas particulier soulevé par l'amendement n° 638 – nous reviendrons plus tard sur les sujets liés à l'environnement de la commercialisation du tabac –, j'estime **qu'il faut conserver le tempo fixé par la directive, dont l'article 7 prévoit bien la date de 2020. Je voterai donc contre cet amendement.** N'essayons pas d'aller plus vite que la musique, car, encore une fois, certains secteurs économiques doivent s'adapter. La disposition relative aux cabines de bronzage adoptée la nuit dernière en est un exemple : nous savons tout l'émoi qu'elle a pu d'ores et déjà susciter. Avant de légiférer, il faut réfléchir posément. Dans ce contexte, la date de 2020 a du sens.

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 638.

(L'amendement n'est pas adopté.)

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'article 5 quinquies.

(L'article 5 quinquies est adopté.)

d. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 5 quinquies

I. - *(Non modifié)*

II. - Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l'exception des 1° à 3° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique qui entrent en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme clairement identifiable dont le volume des ventes représente, au sein de l'Union européenne, à la date du 20 mai 2016, 3 % ou plus d'une catégorie de produits du tabac déterminée.

B. Commission mixte paritaire (*désaccord*)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Rapport n° 3215, M. SEBAOUN, au nom de la commission des affaires sociales, enregistré le 10 novembre 2015

Article 5 quinquies

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

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

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

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

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

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

2. Les modifications apportées par le Sénat

Considérant qu'il était préférable « *que la France s'en tienne, pour l'ensemble des produits concernés, au calendrier prévu par la directive européenne, afin que l'interdiction soit simultanée dans l'ensemble des États membres* », la **commission des affaires sociales du Sénat a souhaité élargir ce délai supplémentaire à deux catégories de produits (les 2° et 3° du nouvel article 3511-2-3) :**

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

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

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

3. La position de la commission

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

M. Denis Jacquat. Je partage ces interrogations.

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

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

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

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

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

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

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

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 quinquies ainsi modifié.

b. Amendement adopté en commission des affaires sociales

- Amendement n° AS379, M. SEBAOUN, rapporteur

I. – À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« des 1° à 3° »

les mots :

« du 1° ».

II. – En conséquence, au même alinéa, substituer au mot :

« entrent »

le mot :

« entre ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture: la dérogation supplémentaire introduite par le Sénat n'est pas conforme à la directive européenne. Celle-ci ne prévoit une dérogation

jusqu'à 2020 que pour les cigarettes dont le tabac lui-même est mentholé et non pour les autres dispositifs, par exemple les capsules, permettant de mentholer la cigarette.

c. Projet de loi n° 618, adopté par l'Assemblée nationale le 1^{er} décembre 2015

Article 5 quinquies

I. – *(Non modifié)*

II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l'exception du 1° de l'article L. 3511-2-3 du code de la santé publique qui entre en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme clairement identifiable dont le volume des ventes représente, au sein de l'Union européenne, à la date du 20 mai 2016, 3 % ou plus d'une catégorie de produits du tabac déterminée.

2. Sénat

a. Rapport n° 233, M. MILON, au nom de la commission des affaires sociales, déposé 9 décembre 2015 (adoption de la motion tendant à opposer la question préalable)

CHAPITRE IER BIS - - LUTTER CONTRE LE TABAGISME

Inséré en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, ce nouveau chapitre, composé de vingt articles additionnels, traduit certaines des mesures annoncées par le Gouvernement dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) et assure la transposition partielle de la nouvelle directive européenne « tabacs » n° 2014/40/UE relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes.

Le Sénat avait fortement remanié ce chapitre en première lecture en substituant au paquet neutre une transposition plus stricte de la directive, en étendant aux capsules la dérogation applicable jusqu'en 2020 aux produits mentholés, en regroupant l'ensemble des dispositions relatives à la publicité, en simplifiant le mécanisme de transparence, en supprimant l'obligation de dédier un lieu aux vapoteurs dans les transports collectifs, en aménageant des dispositions déjà prévues par le droit en vigueur (distance des nouveaux débits de tabacs par rapport aux écoles, contrôle par les policiers municipaux) et en supprimant certaines dispositions (taxation spécifique des produits du tabac, sanctions pénales aggravées pour la détention frauduleuse de tabac).

Article 5 quinquies - (art. L. 3511-2 et L 3511-2-3 [nouveau] du code de la santé publique) - Interdiction des arômes et les additifs - dans les cigarettes et le tabac à rouler

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture par un amendement du Gouvernement en commission des affaires sociales qui transpose l'article 7 de la directive 2014/40 sur les produits du tabac, interdit les arômes et les additifs dans les cigarettes, le tabac à rouler, les filtres et le papier à cigarettes.

I - La position du Sénat en première lecture

En première lecture, à l'initiative de nos collègues Isabelle Debré et Jean-Pierre Leleux, votre commission avait adopté deux amendements prévoyant une entrée en vigueur le 20 mai 2020 de l'interdiction des arômes dont le volume des ventes représente, à la date d'entrée en vigueur de la directive le 20 mai 2016, 3 % ou plus d'une catégorie de produits du tabac, déterminée, non seulement pour les cigarettes, prévues au 1° du présent article, mais aussi pour les filtres, le papier, les capsules, le conditionnement ou tout autre composant et tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion, mentionnés respectivement aux 2° et 3° du présent article.

Le Sénat a adopté cet article ainsi modifié, considérant qu'aux termes des paragraphes 7 et 14 de l'article 7 de la directive, ces produits du tabac pourraient être concernés par le report de l'entrée en vigueur s'ils contiennent un arôme remplissant la condition de volume des ventes.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

En nouvelle lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à l'initiative de son rapporteur, a rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, considérant que la dérogation prévue pour les produits mentholés ne devait s'appliquer qu'aux cigarettes. L'Assemblée nationale a adopté l'article ainsi modifié.

(...)

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 8 décembre 2015, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission examine en nouvelle lecture, sur le rapport de M. Alain Milon, de Mme Catherine Deroche et de Mme Elisabeth Doineau, le projet de loi n° 209 (2015-2016) relatif à la modernisation de notre système de santé.

Mme Elisabeth Doineau, rapporteure. - L'Assemblée nationale a achevé l'examen du projet de loi relatif à la santé, en nouvelle lecture, dans la nuit du 26 au 27 novembre dernier.

Nous sommes, à notre tour, appelés à nous prononcer une nouvelle fois sur ce texte particulièrement volumineux, dans des conditions très contraintes. Son adoption définitive par l'Assemblée nationale doit en effet intervenir avant la fin de la semaine prochaine alors que plus de la moitié de ses dispositions fait encore l'objet de divergences entre nos deux assemblées.

Après le vote du Sénat en première lecture, un peu plus de 180 articles restaient en discussion. Sur ce total, les députés ont suivi notre texte sur près de 60 articles : 41 ont été adoptés conformes tandis que 18, non

maintenus par le Sénat, sont restés supprimés. En nouvelle lecture, environ 120 articles demeurent ainsi en navette, dont 13 introduits par le Sénat, mais que l'Assemblée nationale a souhaité supprimer.

Comme en première lecture, nous examinons un texte particulièrement disert, couvrant de très nombreux sujets, de façon parfois très détaillée, tout en renvoyant à des ordonnances sur des questions d'importance.

En première lecture, nous avons souligné le traitement quelque peu chaotique de plusieurs sujets importants, puisque le Gouvernement avait totalement réécrit toute une série de dispositions parmi les plus sensibles en déposant des amendements à la veille de l'examen à l'Assemblée nationale.

Je rappelle ainsi que le texte initial comportait 57 articles mais que, par voie d'amendement, à l'Assemblée nationale et au Sénat, le Gouvernement a introduit 70 articles supplémentaires. C'est donc, en quelque sorte, un deuxième projet de loi que le Gouvernement a fait ainsi passer, sans consultation du Conseil d'Etat ni étude d'impact, ainsi que nous l'avons souligné à plusieurs reprises.

Il y a là une méthode que nous pouvons difficilement accepter. Nous ne pouvons pas davantage nous satisfaire du recours à la procédure accélérée, motivé par l'idée que le débat parlementaire ne doit pas s'étirer en longueur sur un texte dont on discute pourtant, hors des assemblées, depuis plus de deux ans. Je précise que du fait de la procédure accélérée, l'Assemblée nationale statuera en dernier ressort deux jours après l'examen en nouvelle lecture au Sénat.

S'agissant des articles que j'ai plus particulièrement suivis, je note, en particulier, que l'Assemblée nationale a rétabli, à l'article 42, plusieurs séries de dispositions habilitant le Gouvernement à légiférer par ordonnances sur des sujets d'importance, comme les missions de l'établissement français du sang (EFS), par exemple. Elle a même élargi le champ initial des habilitations demandées, en prévoyant que le Gouvernement pourrait réformer, non plus seulement la gouvernance, mais également les missions de la Haute Autorité de santé (HAS).

En première lecture, notre assemblée avait jugé qu'un examen parlementaire de ces dispositions était indispensable, compte tenu de la sensibilité des sujets concernés et de la difficulté à évaluer l'impact des modifications envisagées.

Même constat à l'article 53 qui traite notamment, adaptant la loi dite « Jardé », des recherches biomédicales et sur lequel l'Assemblée a rétabli son texte de première lecture.

S'agissant dispositions du titre I^{er} relatif à la prévention, sur lequel nous avons eu un long débat, le bilan apparaît, pour le moins, mitigé. L'Assemblée nationale n'a pas tenu compte de la ligne directrice adoptée par notre commission qui avait souhaité assurer la qualité de la loi en supprimant les dispositions satisfaites par le droit en vigueur, d'ordre réglementaire ou non normatives.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. - En ce qui concerne les dispositions relatives à la santé publique, plusieurs articles ont également été rétablis dans leur rédaction initiale, même si, n'ayant de valeur que déclarative, ils ne représentent aucune avancée concrète. Je pense, notamment, à l'affirmation de la promotion de la santé en milieu scolaire, à l'article 2.

Sur plusieurs articles tels que l'information nutritionnelle complémentaire, à l'article 5, ou la lutte contre la valorisation de la minceur excessive, à l'article 5 quater, l'Assemblée nationale a supprimé les ajouts du Sénat. Il en est allé de même sur l'action de groupe à l'article 45 et sur l'accès aux données de santé, à l'article 47, malgré quelques exemples de travail en commun entre nos deux assemblées sur certaines dispositions techniques de ces deux articles.

Les députés ont, par ailleurs, supprimé certains articles insérés au Sénat en séance publique : la demande d'étude relative à la santé des aidants familiaux, adoptée à l'initiative, notamment, de nos collègues Laurence Cohen et Aline Archimbaud (article 1^{er} ter) ou encore le suivi de la vaccination des élèves, inséré à l'initiative de Georges Labazée et de nos collègues du groupe socialiste et républicain (article 2 bis AB).

Au total, les seuls apports du Sénat conservés par nos collègues députés se résument à l'affirmation du rôle des acteurs de proximité non-professionnels de santé en milieu scolaire, à l'article 2 bis AA, et aux précisions apportées au principe de la dérogation au consentement parental pour les actes de prévention et de soins, à l'article 2 bis.

Sur le chapitre consacré au tabac, le bilan est un peu plus positif, même s'il reste un point de désaccord majeur.

L'Assemblée nationale a maintenu la suppression de six articles et a globalement tenu compte des positions du Sénat, qu'il s'agisse du mécanisme de transparence, de l'installation des nouveaux débits de tabac ou de l'interdiction de vapoter dans certains lieux publics. Sur ce dernier point, l'Assemblée nationale a supprimé l'obligation de mettre à disposition des vapoteurs des espaces dédiés sur les lieux de travail ou dans les écoles.

Je souligne que s'agissant du renforcement des sanctions infligées en cas de contrebande de tabac, supprimé par notre commission mais rétabli et adopté conforme par le Sénat, le Gouvernement a rouvert l'article « pour coordination », procédure assez inhabituelle, afin de supprimer l'aggravation de la peine de prison tout en maintenant la peine d'amende. Notre commission, qui avait souligné le risque juridique attaché à cette mesure, a finalement été entendue.

Bien sûr, un désaccord subsiste quant à la manière de transposer la nouvelle directive européenne sur les tabacs, sur deux sujets : la durée de la période transitoire pour les arômes et le paquet neutre. A propos du

paquet neutre, le désaccord entre les deux assemblées n'est peut-être pas si profond puisqu'il n'a été rétabli qu'à une courte majorité de deux voix, à l'issue d'une suspension de séance de 25 minutes. On peut regretter que le Gouvernement ne souhaite pas passer par l'étape de l'harmonisation de la présentation des produits du tabac dans les différents États membres et fasse adopter une mesure dont l'efficacité ne convainc personne, avec des risques juridiques bien réels.

S'agissant des salles de consommation à moindre risque, le Sénat avait posé deux exigences : l'adossement à un centre hospitalier, d'une part, et la supervision par une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, d'autre part. L'Assemblée nationale a supprimé ces deux conditions, dans le but de donner plus de liberté d'organisation aux maires et aux associations locales. Elle a en revanche conservé l'obligation, introduite par le Sénat, de mettre en place une concertation entre l'ARS, la structure porteuse de projet et le maire de la commune concernée, en amont de l'installation de la salle de consommation. Je regrette qu'aucun accord global n'ait pu être trouvé sur ce sujet sensible, mais important pour la prise en charge des malades concernés.

M. Alain Milon, rapporteur. - J'en viens, pour ma part, aux articles relatifs à l'organisation sanitaire. Tout d'abord, sur les soins ambulatoires, l'Assemblée nationale a privilégié la mise en place de structures nouvelles, ou tout du moins d'appellations nouvelles, tandis que nous avons affirmé la nécessité d'un minimum de stabilité en ce domaine. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) vient seulement de produire tous ses effets et les professionnels de santé ont déjà dépensé une énergie considérable pour mettre en place les structures qu'elle prévoit. Aujourd'hui, il leur est donc demandé de modifier à nouveau leur organisation, cette fois sous la tutelle des ARS. Je pense, en particulier, aux communautés professionnelles territoriales de santé prévues à l'article 12 bis, qui viendront se substituer aux pôles de santé, dont nous proposons le maintien. La question de la mainmise de l'ARS se pose également pour l'organisation territoriale en matière de santé mentale et de psychiatrie, prévue à l'article 13.

Concernant ce sujet, sur lequel j'ai eu l'occasion de travailler à plusieurs reprises au cours des dernières années, je relève que, contre l'avis de la commission, le Sénat avait réintroduit, à l'initiative de nos collègues Yves Daudigny et Aline Archimbaud, l'obligation de mettre en place un projet d'organisation de la prise en charge psychologique à l'hôpital (article 26 B). L'Assemblée nationale a jugé nécessaire de rétablir sa rédaction au mot près, et c'est donc l'élaboration d'un « projet psychologique » qui sera demandée aux hôpitaux, à côté de l'élaboration du projet médical, ce qui revient à dire que la psychologie ne fait pas partie de la médecine.

Quant aux orientations prévues à l'article 26, pour la refonte du service public hospitalier, auxquelles nous n'étions pas opposés, mais que nous avons complétées par la possibilité donnée aux cliniques de continuer à exercer les missions de service public à tarifs opposables - comme c'est le cas depuis la loi HPST-, l'Assemblée nationale a rétabli leur exclusion totale, à nos yeux injustifiée.

Même sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus à l'article 27, sur lesquels nous étions allés très loin dans la volonté d'aboutir à un texte commun, l'Assemblée nationale a supprimé la participation des élus à leur comité stratégique. Cette modification risque de rendre encore moins acceptables les restructurations qui seront proposées.

En matière d'organisation de la permanence des soins ambulatoires, à l'article 15, nous avons souhaité simplifier le dispositif proposé pour la régulation médicale afin de mettre en place un numéro de téléphone unique, gratuit et de niveau national, susceptible de constituer une véritable alternative au 15. Là encore, nous n'avons pas été suivis, et le système prévu sera donc complexe et variable d'un territoire à l'autre. La précision que nous avons introduite sur l'impossibilité de substituer l'activité des établissements de santé à celle des professionnels libéraux dans le cadre de la prise en charge des soins ambulatoires (PDSA) a également été supprimée. Cela signifie que demain, les ARS pourront supprimer cette prise en charge entre minuit et huit heures, comme c'est déjà le cas dans certaines régions.

Sur un point, non pas politique, mais touchant à la liberté des patients, l'Assemblée nationale est également revenue à son texte : je fais référence à l'article 25, qui porte sur le fameux dossier médical partagé (DMP). Nous avons supprimé la possibilité, pour le médecin traitant, d'accéder aux données occultées par le patient sans l'accord de ce dernier. L'Assemblée nationale a rétabli cette possibilité en se fondant sur le risque de perte de chance. Cette solution me paraît profondément contraire aux droits des malades et je serai curieux de savoir ce qu'en dira le juge constitutionnel.

L'Assemblée nationale ne nous a pas davantage suivis dans notre volonté d'organiser une concertation entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) sur l'installation des professionnels dans les zones sous-denses. Il me semble pourtant qu'il s'agissait là d'une solution d'équilibre, qui aurait permis d'apporter une réponse négociée au problème des déserts médicaux.

Enfin, sans surprise, l'Assemblée nationale a rétabli, à l'article 18, le tiers payant généralisé, avec toutefois une modification révélatrice : le rapport sur la faisabilité du dispositif, qui devait initialement être remis au 31 octobre, a été repoussé à un mois après la parution de la loi. Il y a donc visiblement quelque difficulté à faire paraître ce qui devait constituer un préalable.

Au total, et même si l'Assemblée nationale a conservé quelques-uns de nos apports - comme la place faite aux médecins spécialistes de deuxième recours, grands oubliés de ce texte (article 12 ter A) -, l'intérêt de procéder à une nouvelle lecture nous paraît limité à ce stade de la procédure, d'autant que le Gouvernement

a annoncé vouloir faire adopter définitivement le projet de loi par l'Assemblée nationale dès la fin de la semaine prochaine.

Dès lors, nous vous proposons que notre commission se prononce, par un seul vote, sur le rejet du projet de loi et qu'elle dépose, pour la séance publique, la motion tendant à opposer la question préalable.

M. René-Paul Savary. - La commission des affaires sociales du Sénat a réalisé un travail considérable mais il est clair désormais que le texte final ne sera plus modifié, ce qui justifie la question préalable. Néanmoins, il faudra clairement faire savoir quelles sont les positions des uns et des autres, car il existe un profond malaise parmi les acteurs de terrain, médecins et professions paramédicales, mais aussi, comme les élections l'ont montré, parmi nos concitoyens.

Le sujet du tiers payant divise. Il faut considérer quels en seront les effets sur le terrain. Cela découragera les jeunes d'entrer dans le système de la médecine libérale qui est le contraire d'un système étatique. On aurait pu se donner le temps de disposer d'un système informatique satisfaisant, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Il aurait suffi de faire une simple faculté, quelques années durant, de l'entrée dans le tiers payant, et l'on serait naturellement arrivés à sa généralisation en quelques années, par l'évolution des mœurs et des technologies.

Je regrette que notre vœu de voir les élus représentés dans les comités stratégiques des groupements hospitaliers de territoire n'ait pas été pris en compte. C'est signer la soumission complète à l'ARS et au directeur de l'hôpital qui aura le plus de poids - hôpital régional ou centre hospitalier universitaire -, auquel les autres devront faire allégeance, et qui tendra toujours à accorder plus d'importance à l'équilibre financier de son dispositif de santé qu'aux préoccupations de nos concitoyens et des territoires. Les élus auraient apporté un contrepoids pour bâtir une stratégie médicale collective. Je ne comprends pas que cette solution, que les ARS elles-mêmes réclamaient, ait été rejetée.

Quant à la place des ARS dans le dispositif, elle devient de plus en plus lourde. Or, le changement de périmètre artificiel des régions va leur poser des problèmes de regroupement extrêmement complexes, comme en témoigne ce qui nous est remonté du terrain.

M. Jean-Pierre Godefroy. - Je m'interroge sur le bien-fondé d'une question préalable. L'adopter reviendrait à dire qu'il n'y a pas lieu de débattre. Or, les exposés de nos trois rapporteurs, de même que les propos de René-Paul Savary, montrent pourtant que bien des questions restent ouvertes, qui mériteraient discussion. Il serait à mon sens dommageable pour l'image du Sénat de refuser de débattre sur un texte aussi important, au prétexte que l'Assemblée nationale aura le dernier mot. C'est un abandon de poste ! Demain, sur le terrain, nos concitoyens auront tout lieu de s'interroger sur notre rôle.

Mme Catherine Génisson. - J'irai dans le même sens. Je ne reviens pas sur les arguments de fond déclinés dans vos rapports, mais les sujets qui ont été soulevés appellent de toute évidence un débat approfondi. Nous avons, en première lecture, réussi, toutes forces politiques confondues, à faire évoluer ce texte. Abandonner en nouvelle lecture serait préjudiciable. Il est vrai que le débat à l'Assemblée nationale, à la suite de notre examen, sera rapide et que les députés n'examineront pas nos apports au fond. Mais dans le contexte actuel, alors que nos concitoyens ont trop souvent le sentiment que leurs représentants éludent le débat, il serait malencontreux de clore notre discussion sur ce texte par une question préalable. Cela ne passera pas inaperçu aux yeux de tous ceux qui sont directement concernés. Alors qu'ils nous ont fait parvenir de nombreuses propositions, nous renoncerions à débattre ? C'est une décision lourde, qui serait fort malvenue dans le climat politique actuel.

M. Gérard Roche. - Pour qu'une commission mixte paritaire soit positive, comme ce fut le cas de celle sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, il faut que le Gouvernement ait la volonté d'arriver à un compromis, que le Sénat ait adopté un texte équilibré et que l'Assemblée nationale soit disposée à l'écoute, sans être soumise à la pression du Gouvernement. Or, sur le texte qui nous occupe, si j'estime que le texte du Sénat était équilibré, les deux autres facteurs ne sont pas réunis. Nous nous trouvons dans une situation de blocage total. La preuve en est qu'un grand nombre de nos amendements n'ont pas reçu un accueil favorable à l'Assemblée nationale.

Il est certes toujours un peu frustrant d'adopter une question préalable, car il reste inmanquablement des sujets sur lesquels on aimerait revenir. La généralisation du tiers payant, qui suscite l'opposition des médecins, aura un effet immédiat sur la désertification médicale : les jeunes diplômés seront de plus en plus découragés de s'installer. D'autant que la médecine généraliste ne sera pas au cœur des soins primaires. Les professionnels sont parfaitement conscients que la couverture de l'ensemble du territoire fait partie de leur mission de service public, et sont capables de s'organiser, comme les infirmières en ont fait la preuve. Pour avoir mené beaucoup de discussions avec le syndicat MG France, je puis vous assurer qu'ils ont parfaitement compris que pour sauver la médecine libérale, ils doivent faire tous leurs efforts pour remplir cette mission de service public. Provoquer une fronde sur le tiers payant risque de mettre à bas le travail positif déjà accompli.

Sur le paquet neutre, les ruralistes sont inquiets. Or, le Sénat avait fait le choix de s'en tenir à l'application de la directive européenne, qui laisse une place à la mention de la marque, afin qu'ils puissent faire leur travail. L'Assemblée nationale a rejeté cette solution à deux voix près. Je puis vous dire que les ruralistes sont allés examiner de près quelle a été la position de leur député, et ont pu s'apercevoir des revirements de certains qui avaient joué les gros bras mais ont finalement manqué de muscle...

Il n'est pas acceptable que le Gouvernement et l'Assemblée nationale ne jouent pas le jeu, pour aller vers le compromis. Je puis vous dire que certains députés étaient pourtant disposés à y travailler, mais le Gouvernement a imposé ses vues. C'est une forme de mépris envers le Sénat. Adopter la question préalable sera pour nous une façon de dire que cela suffit et de retrouver notre dignité.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. - Mon intervention sera de même tonalité. Je pensais que nous pourrions avancer, certes pas sur le tiers payant mais sur d'autres sujets. Sur la question du tabac, j'ai été saisi par des députés qui n'ont pas pu voter parce qu'ils étaient absents mais auraient bien voulu qu'on en vienne à la position du Sénat. Mais le Gouvernement fait blocage.

L'idée que les comités stratégiques des groupements hospitaliers de territoire puissent ne pas comporter d'élus est pour moi inadmissible. Les élus ne sont certes pas seuls décideurs mais quand ils s'expriment, ils sont entendus.

Qu'existe un numéro national sur la permanence des soins serait, de même, un progrès pour éclairer nos concitoyens, qui ont parfois le sentiment que l'hôpital est le seul recours en cas d'urgence, parce que l'information sur les permanences assurées par les professionnels libéraux n'est pas toujours assez claire.

Sur les déserts médicaux, nous avons trouvé, à l'initiative de notre président, une bonne solution, passant par une concertation entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats. Je ne comprends pas qu'elle ait été rejetée.

J'entends bien les arguments de Jean-Pierre Godefroy, mais à quoi bon poursuivre le débat alors que la ministre n'est pas prête à nous entendre et que l'Assemblée nationale suivra - car on sait ce qu'il en est du fonctionnement des institutions dans la V^{ème} République.

Mme Catherine Génisson. - Ce n'est pas à nous de clore le débat. Que la ministre et l'Assemblée nationale en prennent la responsabilité.

Mme Laurence Cohen. - Ce que j'ai entendu montre assez que nos institutions sont à bout de souffle et qu'il faudrait penser à une VI^{ème} République pour rendre au Parlement un rôle plus fort. On ne peut pas déplorer d'entendre dire que le Sénat ne sert à rien sans entreprendre de réfléchir aux moyens de parer à l'étiollement du rôle de l'une et l'autre chambre.

J'ai écouté attentivement nos trois rapporteurs, qui ont utilement récapitulé ce que nous avons obtenu et ce qui a été repoussé. Cela donne envie de poursuivre et je suis étonnée de les voir conclure en disant qu'il faudrait baisser les bras. Le Sénat a des choses à dire, et nous appeler à cesser le combat revient à dire qu'il ne reste qu'à obtempérer. C'est apporter de l'eau au moulin de ceux qui ne comprennent pas notre rôle.

Les personnels de santé suivent nos travaux de beaucoup plus près qu'on ne le pense. Nous avons reçu, comme l'a rappelé Catherine Génisson, de nombreux mails dans lesquels on nous demande de continuer la bataille. Songeons aussi à la remarquable mobilisation des personnels de santé à la suite de la tragédie du 13 novembre. Ce serait la moindre des choses que d'aller jusqu'au bout de la discussion, pour témoigner de notre respect à leur égard.

Je suis en total désaccord avec les interventions de certains de nos collègues, qui voient dans ce projet de loi à un haro sur la médecine libérale. Il ne faut pas tordre le bâton ! En revanche, il reste à travailler à une meilleure articulation entre le système de santé public et la médecine de ville, entre lesquelles il y a des passerelles à trouver.

Enfin, alors que les lobbies ont trop souvent eu la part belle sur bien des questions - je pense au tabac, à l'alcool, au bisphénol A - il eût été bon de faire entendre une nouvelle fois la voix des élus du Sénat.

M. Michel Amiel. - Je regrette moi aussi que l'on balaie d'un revers de main un débat que les professionnels de santé attendaient. J'étais, à titre personnel, partisan de poursuivre, d'autant que sur bien des points, je suis en désaccord avec le texte de l'Assemblée nationale et partageais plutôt les positions du Sénat. Comment prétendre défendre le bicamérisme et prendre une telle décision ?

Pour moi, la question du tiers payant et plus généralement de la médecine libérale tient à un problème générationnel. J'entends dire qu'il faut défendre la médecine libérale. Mais là n'est pas la question. Quand on rencontre de jeunes diplômés, on comprend qu'ils ne veulent plus de la médecine libérale telle que nous l'avons exercée. Ils veulent concilier vie personnelle et vie professionnelle.

Mme Catherine Génisson. - Ne nous reservez pas, de grâce, votre couplet sur les médecins femmes.

M. Michel Amiel. - Ce n'est pas le sens de mon propos, même s'il m'est arrivé de dire, parce que c'est la réalité, que la féminisation de la profession fait évoluer les choses en ce sens.

Je suis, personnellement, contre le tiers payant, même si je reconnais qu'un certain nombre de praticiens libéraux y sont favorables. D'abord parce que cela discrédite l'acte, qu'on le veuille ou non ; ensuite parce que cela provoquera inmanquablement, dans un premier temps, une inflation des actes et permettra, dans un deuxième temps, de mettre les médecins, qui ont l'ambition de rester libéraux, sous tutelle des organismes payeurs.

Tout cela fait que je trouve dommageable de se priver de ce débat ; même si c'est un peu se battre contre des moulins à vent, on peut toujours espérer obtenir quelques avancées.

M. Gilbert Barbier. - On a vu quelle a été l'attitude de la ministre en première lecture : un débat idéologique masqué sous des arguments techniques. Les discussions à l'Assemblée nationale ont bien montré qu'il n'y

aura pas d'évolution. Les députés de l'opposition qui ont essayé de jouer le jeu et de trouver des compromis se sont cassé le nez. Il est clair que nous n'aboutirons pas sur le tiers payant. La ministre en fait un étendard, même s'il a fallu reporter son application à 2017. Même chose pour le paquet neutre, au sujet duquel sa position reste radicalement fermée.

Sur ce que l'on appelle les salles de consommation à moindre risque, contre lesquelles je m'étais prononcé, le Sénat avait fait un pas très important en direction du Gouvernement, sous l'impulsion du président de notre commission. Mais là encore, impossible d'avancer.

Quant au problème des dons d'organes, on voit transparaître clairement, sous ses dehors techniques, le même problème idéologique. Les représentants des associations concernées sont vent debout. Pourtant, Jean-Louis Touraine a emporté le morceau. Cette disposition n'améliorera pas, à mon sens, les possibilités de greffe, mais là encore, l'Assemblée nationale ne changera pas de position.

Avec le refus, enfin, de reconnaître l'implication de certaines cliniques privées dans le service public, on atteint le summum de l'idéologie. C'est inacceptable. Certaines cliniques, qui ont joué le jeu, sont pourtant indispensables pour assurer le service public sur le territoire. Et l'on prétend les remplacer par l'hôpital. Très bien, mais n'oublions pas qu'il est prévu, par circulaire, la disparition de 58 services chirurgicaux. Je ne suis pas contre les efforts de rationalisation, mais comment, à ce compte, se passer des cliniques ?

Mme Catherine Génisson. - Il ne s'agit pas de s'en passer. Mais elles devront accepter les obligations liées au service public.

M. Gilbert Barbier. - Pour moi, il est évident que l'on n'obtiendra rien en poursuivant ce débat en nouvelle lecture.

Mme Isabelle Debré. - Je suis déçue et inquiète. Déçue que les conditions du débat ne soient pas réunies parce que le Gouvernement a décidé, de façon irresponsable, de passer en force, y compris en décidant d'une date butoir à la fin de la semaine prochaine pour l'adoption définitive du projet de loi par l'Assemblée nationale. Inquiète, parce que l'on va vers une étatisation totale de la médecine, une déresponsabilisation des patients et que l'on va imposer une surcharge énorme de travail aux médecins, qui sont inquiets, comme en témoignant les nombreux mails que j'ai reçus. Sans compter que la loi de bioéthique a été subrepticement modifiée, comme l'a rappelé Gilbert Barbier, ce qui est aussi, pour moi, un sujet d'inquiétude.

Peut-être aurions-nous pu obtenir gain de cause sur le paquet neutre, mais l'Assemblée nationale l'aurait, de toute façon, de nouveau rejeté. Mes inquiétudes, cependant, sont tempérées par un espoir, celui de voir le **Conseil constitutionnel** sanctionner un certain nombre des dispositions de ce texte qui sont, à mes yeux, totalement contraires à la Constitution.

M. Daniel Chasseing. - Que veulent nos compatriotes ? Ils veulent des lois simples, claires, efficaces. Elles doivent être en phase avec la réalité, aisément applicables et conforter ce qui fonctionne bien.

Or, qu'en est-il de ce texte ? Il introduit, avec le paquet neutre, une norme supplémentaire, qui ne fera que développer le marché parallèle. S'agissant du tiers payant, prévoir qu'il soit pratiqué à la demande du patient aurait été un compromis acceptable, qui n'a pourtant pas été retenu. Pas plus que n'ont été retenues, pour des motifs que l'on a peine à comprendre, notre demande de voir représentés les élus au sein des comités stratégiques des groupements hospitaliers de territoire. Quant aux cliniques privées qui, ainsi que l'a rappelé Gilbert Barbier, jouent un rôle important dans les missions de service public, en assurant des urgences auxquelles l'hôpital ne suffit pas à faire face, le sort qui leur est réservé n'est pas admissible.

Sur ces points, nous avons beaucoup débattu, sans obtenir aucun compromis. Il en irait de même après une nouvelle lecture.

M. François Fortassin. - Je vais m'exprimer en bon béotien. Les considérants de la question préalable montrent que l'on ne manque pas de sujets... Le tout est de savoir si l'on veut ou non débattre. Pour moi, j'estime qu'il faut poursuivre.

Je ne suis pas médecin, mais j'ai quelque expérience de terrain. Dans mon ancien canton, de moins de 3 000 habitants, on a créé une maison de santé avec quatre médecins et quatorze personnels paramédicaux, et elle fonctionne, malgré ce que l'on nous avait opposé. Cela pour dire que je suis reconnaissant aux membres de notre commission qui, étant médecins, peuvent m'éclairer sur un certain nombre de sujets, mais qu'ils ne détiennent pas, pour autant, un monopole de la compétence. Tout un chacun doit pouvoir s'exprimer. Sur la pratique médicale, je reconnais mes limites, mais sur l'organisation de la médecine, les béotiens comme moi ont aussi leur mot à dire.

M. Yves Daudigny. - Catherine Génisson, après Jean-Pierre Godefroy, a parfaitement exposé la position du groupe socialiste. Je m'en tiendrai donc à deux observations. Je rappelle tout d'abord à Gérard Roche, qui a fait observer que le paquet neutre ne l'a emporté, à l'Assemblée nationale, que par deux voix, que bien d'autres décisions, dans l'histoire de France, ne l'ont emporté que d'une voix. Je n'en citerai qu'une : le 30 janvier 1875, avec le vote par 353 voix contre 352 de l'amendement Wallon, ce n'est rien de moins que la République qui a été adoptée à une voix près.

Un document, issu du syndicat des médecins libéraux circule actuellement par Internet et d'autres canaux : La loi de santé expliquée aux Français, dont j'aimerais vous lire quelques extraits. Sous une rubrique intitulée « Et pour vous, quelles seront les conséquences si cette loi est adoptée ? », on peut lire : « Le saviez-vous ? Le tiers payant généralisé, présenté comme une avancée sociale remarquable par le

gouvernement, sera financé par l'augmentation de vos cotisations d'assurance maladie obligatoires et complémentaires. Le saviez-vous ? Vous devrez bientôt choisir votre médecin dans une liste agréée par votre complémentaire » - c'est un comble, alors que nous avons soigneusement excepté les médecins dans le texte sur les réseaux de soins dont j'ai été le rapporteur - « Le saviez-vous ? Votre traitement ne sera plus celui choisi par votre médecin mais celui autorisé par votre complémentaire. Le saviez-vous ? Les données concernant votre santé seront désormais en libre accès à tous ceux qui en feront la demande. Fin du secret médical. »

Alors que la France a besoin d'un grand débat démocratique sur l'organisation du système de soins - organisation territoriale, évolution des techniques, financement des médicaments innovants -, il est regrettable de voir un syndicat de médecins publier un tel document, dont le moins que l'on puisse dire est qu'il n'apporte rien au débat.

Mme Aline Archimbaud. - La question préalable, dans ses considérants, évoque des sujets graves qui préoccupent non seulement les professionnels mais la population en général. Et cela pour aboutir à conclure qu'il n'y a pas lieu de débattre ? Quelle contradiction ! Il est question de la santé publique : que nous renoncions à débattre serait très mal perçu dans l'opinion publique, suffisamment échaudée en ce moment...

Notre pays a besoin d'autre chose que de langue de bois idéologique. Je ne vois pas en quoi le tiers payant, qui est pratiqué dans les pharmacies, serait impossible aux médecins.

Mme Catherine Procaccia. - Les pharmaciens ont du personnel.

Mme Aline Archimbaud. - J'ajoute que la présentation qu'ont faite certains collègues sur ce point est mensongère. En l'état de la rédaction du texte, le tiers payant est annoncé pour 2017, sur la base du volontariat. Il est certes prévu que certaines populations en difficulté en bénéficieront avant, mais ce n'est que justice sociale.

Je suis très surprise de constater que l'on agite à nouveau la question des salles de consommation à moindre risque, car il me semblait que le Sénat avait trouvé un accord sur ce point.

Ce texte touche à des sujets essentiels pour nos concitoyens, et c'est pourquoi j'estime que nous devons poursuivre le débat, pour essayer, sur certains points, de trouver des compromis pragmatiques. Dans la situation que connaît le pays, c'est de cela dont nous avons besoin.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. - Ce « débat sur le débat » relève un peu de la posture. Le Sénat, au cours de l'examen de ce texte, a adopté des amendements par des votes qui dépassaient largement les clivages partisans.

M. Jean-Pierre Godefroy. - C'est bien pourquoi cela vaudrait la peine de poursuivre.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. - On aurait été en droit d'attendre, de la part du Gouvernement et de sa majorité à l'Assemblée nationale, un minimum de fair play. On ne peut pas appeler, d'un côté, à l'unité nationale dans le soutien au projet de loi de finances, et dans le même temps, sur des sujets aussi importants que ceux qui sont abordés dans ce texte, qui cristallisent des craintes et des angoisses, faire comme si la ministre avait raison contre la France entière. Certains professionnels ont clairement exprimé leurs inquiétudes, et ici même, nous nous sommes retrouvés, sur certains sujets, autour de positions transpartisanes. On aurait pu s'attendre à plus d'ouverture de la part de l'Assemblée nationale qui par son attitude, alimente un ping pong qui n'a pas lieu d'être entre droite et gauche, alors qu'au Sénat, nous avons mené un vrai travail commun sur un certain nombre de sujets. Je pense au paquet neutre ou au dispositif relatif aux installations dans les zones en sous densité, qui était très attendu par les territoires ruraux. Tout cela va malheureusement passer par pertes et profits. Si donc il est une chose que je regrette, c'est que nous n'ayons pas été entendus par le Gouvernement et sa majorité, en dépit de l'important travail accompli par nos rapporteurs, que je tiens à saluer ici.

M. Louis Pinton. - Je m'étonne d'entendre certains de nos collègues arguer que ne pas débattre serait très mal vu. Personnellement, la crainte d'être mal vu n'est pas de nature à influencer sur ma position. Sur le tiers payant et la participation, certains estimeront peut-être qu'elle est surannée, mais je m'y tiendrai. Quand je vais consulter mon médecin, je lui verse, en retour, des « honoraires ». Ce qui signifie que j'honore sa consultation. Ce qui n'est pas le cas quand un patient ne met pas un sou de sa poche. C'est pourtant un principe qui participe au lien entre le médecin et son patient.

M. Alain Milon, rapporteur. - On ne peut pas reprocher aux rapporteurs d'avoir refusé le débat.

Mme Catherine Génisson. - C'est bien pourquoi nous voulons continuer.

M. Alain Milon, rapporteur. - Nous avons eu plus de quinze réunions et neuf jours de séance, au cours desquels tous les amendements ont été débattus. Ce n'est pas nous, mais bien le Gouvernement, qui a décidé de la procédure accélérée. Or sur un texte aussi considérable, cette procédure bloque le Parlement. Le travail de l'Assemblée nationale, qui a engagé sa nouvelle lecture immédiatement après le projet de loi de financement de la sécurité sociale, a été extrêmement contraint, et par le temps et par le Gouvernement, qui l'a poussée à revenir au texte qu'elle avait initialement adopté.

Au reste, lors de la commission mixte paritaire à l'Assemblée nationale, le discours de la présidente a été très clair : constatant notre désaccord sur des points essentiels, elle a jugé inutile d'aller plus loin et proposé, d'emblée, d'acter notre désaccord. Ceux qui ont souhaité s'exprimer ont certes pu le faire, mais l'issue était fixée par avance.

Mme Cohen déplore ces blocages et appelle à une VI^{ème} République. C'est son droit, mais nous sommes pour l'instant dans le cadre de la V^{ème} République.

Le travail que nous avons mené au sein de notre commission a été très intéressant. En ce qui concerne le tiers payant, je ne vais pas revenir sur les positions des uns et des autres, mais je veux dire clairement, sans m'aligner sur celles du syndicat des médecins libéraux, que l'introduire dans les consultations de médecine de ville, c'est introduire les mutuelles complémentaires dans le processus de paiement, et qu'un jour ou l'autre, ce sont elles, et non plus la sécurité sociale ou les syndicats de médecins, qui décideront des tarifs. Un jour ou l'autre, il en sera comme il en est allé pour les centrales d'achat : ce sont elles qui décideront du prix, et les professionnels de santé devront s'y plier ou disparaître, et se trouveront face à elles comme les agriculteurs ou les commerçants face aux centrales d'achat.

Sur le paquet neutre, nous étions pratiquement tous d'accord, ici, pour que l'on s'en tienne à la directive européenne et qu'avant d'aller plus loin, on travaille à une harmonisation au niveau européen. Mais l'Assemblée nationale a repris le texte du Gouvernement sans même en discuter en CMP, où nous avons pourtant abordé le sujet.

Nous avons soutenu la création de groupements hospitaliers de territoire en estimant toutefois que les élus devaient être associés en intégrant le comité stratégique. Cette proposition a été rejetée.

Nos travaux ont été dédaignés. Nous pourrions effectivement nous engager la semaine prochaine dans un débat qui devra, en tout état de cause, se terminer le 16 décembre, puisque l'Assemblée nationale doit statuer définitivement le 17 décembre. Elle n'aurait alors d'autre possibilité que de rétablir le dernier texte qu'elle a voté, comme l'y autorise la Constitution. C'est clairement ce qu'elle ferait et c'est pourquoi nous proposons, par la question préalable, de manifester l'opposition du Sénat à ce projet de loi.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. - Un mot sur le paquet neutre : rétablir notre version ne changera rien. Si l'Assemblée nationale ne l'a pas fait en nouvelle lecture, c'est que la ministre, qui peut compter, sur ce sujet, sur le soutien du Président de la République et du Premier ministre, en fait une mesure phare de son texte. La balle est dans le camp des députés. N'allons pas laisser croire aux ruralistes que nous pouvons quelque chose sur ce point.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. - Rapporteuse néophyte, j'ai été dès l'abord étonnée, sur un texte d'une telle importance, de voir le Gouvernement faire le choix de la procédure accélérée.

M. Yves Daudigny. - Vous oubliez ce qu'il en a été avant 2012...

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. - La majorité à l'Assemblée nationale a rétabli sur beaucoup de points son texte de première lecture et entend respecter les consignes du Gouvernement en le confirmant définitivement la semaine prochaine.

Certes, sur des sujets aussi importants, il est essentiel de débattre, mais ce débat, nous l'avons mené, sans ménager notre peine, comme l'a rappelé notre président. Or, nous savons, qu'à ce stade de la procédure, un nouveau débat ne permettra pas de faire évoluer le texte. Cela étant, notre travail nous a conduits à élaborer un autre projet : nous pourrions peut-être y revenir un jour...

Mme Catherine Génisson. - Je réitère nos remerciements à nos rapporteurs, qui ont mené un travail conséquent.

Sur la question du paquet neutre, nous sommes parvenus au Sénat à un accord assez large, même si certains conservent des réticences. En ce qui concerne le tiers payant, il faut tout de même se souvenir que le Président de la République, parfaitement conscient des difficultés qui pouvaient se poser, avait bien indiqué qu'il serait très attentif à son application, qui ne devra en aucun cas être un obstacle au travail des médecins généralistes. Je suis surprise d'avoir tout à l'heure entendu dire qu'en supprimant le lien financier entre le patient et son médecin, on va endommager la relation thérapeutique. Les médecins hospitaliers, les spécialistes appliquent le tiers payant. Réduire le colloque singulier entre le médecin et son patient à un échange de billets de banque me paraît bien sommaire.

La question qu'a soulevée notre président relève d'un vrai débat, celui de l'architecture de notre protection sociale. Le sujet a été effleuré, sans être traité. Il en est allé de même avec l'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, qui n'a fait que l'aborder. Il y a là un vrai débat ; et la question du tiers payant généralisé, qui n'est à mon sens qu'une mesure technique, ne l'obère pas.

Je veux enfin rappeler que le service public hospitalier reste ouvert au secteur privé. La loi HPST visait des « missions de service public », tandis que ce texte vise un « bloc de compétences de service public ». C'est la seule différence. Dès lors qu'elles répondent à cette exigence, les cliniques privées pourront participer au service public. Nous avons posé très directement la question à la ministre lors du débat, et sa réponse a été très claire.

Les échanges que nous venons d'avoir sur la poursuite ou non du débat posent, en effet, la question de la place du Sénat et du fonctionnement de nos institutions. Mais j'estime que par égard pour ceux qui nous ont interpellés, parce qu'ils sont concernés de près, nous devons faire de la résistance et continuer de nous exprimer. Si nous écourtons le débat, ils ne le comprendront pas.

M. Jean-Pierre Godefroy. - Arrêter la discussion en votant la question préalable, c'est ne pas remplir notre devoir. Le Sénat doit exister dans ce débat. Notre collègue Lemoyne a rappelé tout à l'heure que nous sommes ici parvenus à des compromis sur un certain nombre d'articles. C'est bien pourquoi il faut

poursuivre. Stopper là, ce serait faire ce que vous reprochez à l'Assemblée nationale, qui entend clore le débat. La ministre aurait tout lieu de se réjouir si nous en agissions ainsi. Nous devrions, au contraire, poursuivre le débat, en le centrant sur les points où nous étions parvenus à une rédaction beaucoup plus judicieuse que celle que retient l'Assemblée nationale. Il nous appartient de mener ce travail de pédagogie. Abandonner, ce n'est pas rendre service à l'institution du Sénat, que nous entendons défendre. Dans le climat que nous connaissons, ce serait la pire des choses. Nos concitoyens ne le comprendraient pas plus que les professionnels. Nous avons l'occasion de nous faire encore une fois entendre, saisissons-la, au lieu de donner le sentiment que nous sommes pressés de partir en vacances !

Mme Françoise Gatel. - Il est éprouvant de constater que le Sénat est sans cesse stigmatisé. Je n'admets pas d'entendre dire qu'il refuse le débat : nous avons fait des propositions qui représentent des avancées. Ce sont l'Assemblée nationale et la ministre qui ont verrouillé le débat. Je refuse que l'on nous impute la responsabilité de cette attitude. La ministre doit comprendre qu'elle ne peut pas refuser toute discussion et nous faire porter, par-dessus le marché, une faute qui n'est pas la nôtre.

M. Jean-Marie Morisset. - Sur le paquet neutre, je vous invite à vous reporter au Journal officiel, pour y relire ce qu'a été la réaction de la ministre dès le résultat du vote du Sénat. Vous constaterez qu'il n'y a pas de débat possible.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. - Je salue l'esprit de conciliation de Jean-Pierre Godefroy, mais ce que je regrette, c'est que la ministre ne soit pas dans de telles dispositions. Car nous savons très bien que le blocage vient de là, bien plus que de l'Assemblée nationale. Nos interlocuteurs savent bien ce que nous avons voté. A nous de le leur rappeler en manifestant clairement qu'il y aura revoyure...

M. Olivier Cadic. - Il est outrancier de prétendre que le Sénat ne veut pas débattre quand on voit comment le Gouvernement a géré la procédure accélérée dont il a décidé. Le Sénat a joué son rôle en première lecture et continue d'exister en s'opposant à ce projet de loi et en prenant la décision de voter la question préalable, que je soutiens.

M. Gérard Roche. - Si nous sommes muets, c'est pour montrer que le Gouvernement est sourd. A la différence de l'Assemblée nationale, nous ne nous comporterons pas comme une simple chambre d'enregistrement.

M. Alain Milon, président. - Je mets aux voix le projet de loi, ainsi que la proposition des rapporteurs sur le dépôt d'une motion tendant à opposer la question préalable.

Le projet de loi n'est pas adopté.

La commission adopte la motion tendant à opposer la question préalable.

b. Compte rendu intégral, séance du 14 décembre 2015

Rejet en nouvelle lecture d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion en nouvelle lecture du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de modernisation de notre système de santé (projet n° 209, résultat des travaux de la commission n° 234, rapport n° 233).

Dans la discussion générale, la parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est la dernière fois que nous allons débattre au Sénat du projet de loi de modernisation de notre système de santé, même si celui n'a pas encore achevé son chemin parlementaire, qui doit se poursuivre à l'Assemblée nationale dans quelques jours.

Voilà deux mois, votre assemblée adoptait ce projet de loi, à l'issue d'un travail fourni. Je tiens à saluer de nouveau la qualité de ce travail, celui des rapporteurs, mais aussi, plus largement, celui de toutes celles et de tous ceux qui y ont participé. Je pense aux sénatrices et aux sénateurs de l'ensemble des groupes, ainsi qu'aux services de la commission des affaires sociales.

Le texte a profondément évolué au cours de son premier passage au Sénat. Il a été enrichi de nouvelles dispositions très importantes. J'y reviendrai.

Cependant, sa cohérence avait été affaiblie, plusieurs de ses mesures clés ayant été supprimées.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a permis de confirmer le travail élaboré au Sénat, tout en redonnant au texte la force de son ambition d'origine.

Cette ambition s'inscrit dans la cohérence de l'action que je mène pour lutter contre les inégalités de santé depuis maintenant plus de trois ans.

Ces inégalités, je les ai combattues en facilitant l'accès aux soins pour celles et ceux qui connaissent des difficultés financières et renoncent trop souvent à consulter pour cette raison.

Fin des mesures de désengagement de l'assurance maladie, encadrement des dépassements d'honoraires, relèvement des plafonds de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, et de l'aide à la complémentaire santé, l'ACS... toutes ces réformes sont cohérentes et efficaces. Les résultats sont là : après plus de dix ans de hausse, ce qui reste à la charge des Français diminue régulièrement depuis 2012 !

Ces inégalités, je les ai également combattues dans nos territoires. J'ai lancé dès 2012 le « pacte territoire-santé ». C'est une véritable dynamique qui a été enclenchée. Ainsi, 800 maisons de santé et 500 médecins installés dans des zones sous-dotées permettent aujourd'hui de lutter contre ce que l'on appelle, à tort à mon avis, les « déserts médicaux » et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le 26 novembre dernier, j'ai présenté une deuxième étape de ce pacte, en amplifiant la logique qui a fait ses preuves, celle de l'incitation, et en poursuivant la même méthode : réformer le système de santé en partant du terrain et de l'expérience des professionnels.

Le « pacte territoire-santé 2 », ce sont dix engagements forts, et des mesures concrètes et ambitieuses. Je pense au relèvement ciblé du *numerus clausus* dans dix régions manquant particulièrement de médecins, à l'investissement de 40 millions d'euros pour développer la télémédecine en ville ou encore au renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins et du soutien financier au travail en équipe.

Accès aux droits, accès aux soins, lutte contre les inégalités : le projet de loi de modernisation de notre système de santé s'inscrit pleinement dans la continuité et la cohérence des actions menées.

L'enjeu, avec ce texte, est d'accélérer en innovant : innover pour mieux prévenir ; innover pour mieux soigner en proximité ; innover pour renforcer les droits des patients.

Je ne reviendrai pas dans le détail sur les différentes mesures, que vous connaissez presque par cœur pour les avoir déjà examinées en première lecture. Je tiens cependant à en rappeler les grands axes, car ce sont eux qui structurent le projet de loi.

Il s'agit d'abord de faire de la prévention le cœur de notre système de santé, avec des mesures concrètes pour la prévention dès le plus jeune âge. Instauration du médecin traitant de l'enfant, parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée, interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur, généralisation du paquet de cigarettes neutre, création d'un délit d'incitation à la consommation excessive d'alcool, meilleur dépistage des infections sexuellement transmissibles, mise en place d'un étiquetage nutritionnel clair et lisible des aliments... voilà autant de mesures qui doivent permettre à notre jeunesse de mieux protéger sa santé.

Cette politique de prévention est innovante et cohérente. Elle concerne tous les Français.

Toujours à propos de prévention, je mentionne l'ouverture des salles de consommation à moindre risque destinées spécifiquement à accompagner les toxicomanes les plus marginalisés vers le sevrage et à protéger les riverains.

Je pense aussi à l'amélioration des dépistages et au renforcement de la prévention des risques, y compris en prison.

Le deuxième volet du projet de loi concerne le développement d'une médecine de proximité autour du médecin traitant. Il s'agit de s'attaquer à toutes les barrières, qu'elles soient financières ou géographiques, qui freinent ou empêchent l'accès aux soins. Concrètement, je veux faciliter l'accès aux soins avec la généralisation du tiers payant, l'instauration de la lettre de liaison transmise par l'hôpital au médecin traitant le jour même de la sortie du patient, la mise en place d'un numéro d'appel national unique pour joindre un médecin de garde.

Avec ces mesures, nous passons d'une organisation hospitalo-centrée de notre système de santé à une organisation qui fait du médecin généraliste le centre de gravité de la prise en charge du patient. Il s'agit d'engager concrètement le virage ambulatoire.

Enfin, le troisième volet de ce projet de loi renforce les droits des patients et innove en créant de nouveaux droits : renforcement du rôle des associations d'usagers grâce à leur présence dans toutes les agences sanitaires nationales ; création de l'action de groupe en santé ; droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer.

Nous innovons également avec la mise à disposition des données anonymisées de l'assurance maladie aux chercheurs, aux *start-up*, aux lanceurs d'alerte, aux entreprises.

Enfin, nous renforçons la transparence entre les professionnels de santé et les acteurs industriels en rendant publics l'ensemble des conventions d'expertise, les avantages en nature et leurs montants. Ces mesures étaient attendues et demandées par les associations de patients, ainsi que par les professionnels de santé. Nous répondons donc concrètement à cette attente.

Le travail parlementaire a permis d'enrichir ce texte et de le faire évoluer dans le sens de l'intérêt général. L'apport du Sénat, je le souligne, a été réel.

Vous avez d'abord confirmé des mesures fortes qui ont ainsi pu être adoptées conformes en première lecture. Je pense à la contraception d'urgence pour les élèves du second degré ; à l'interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur ; aux dispositions relatives à la santé au travail, à la santé environnementale et aux droits des patients.

Je pense aussi, tout particulièrement, aux mesures en faveur de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

Vous le savez, je me suis engagée résolument à faire progresser ce droit. C'est ainsi que ce texte prévoit, notamment, la suppression du délai de réflexion et le renforcement de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse par l'intermédiaire des sages-femmes et des centres de santé.

Les débats à l'Assemblée nationale avaient été vifs sur ce sujet, l'opposition ayant voté contre ces mesures. Vous avez, pour votre part, fait le choix de les adopter conformes et, par là même, de les graver dans le marbre de cette loi. Je tiens à saluer votre engagement et votre fermeté face aux sirènes conservatrices qui remettent en cause le droit des femmes, surtout lorsqu'il s'agit de leur droit à disposer de leur corps.

Votre travail a également permis d'enrichir le texte de dispositions nouvelles, qui ont ensuite été confirmées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Je pense notamment à la question du droit à l'oubli. Cette avancée était

attendue par les anciens malades, vous l'aviez fait évoluer et l'Assemblée nationale a conservé vos principales contributions, tout en renforçant la lisibilité du dispositif.

Je pense aussi à votre volonté d'inscrire dans le texte l'association des maires aux expérimentations de salles de consommation à moindre risque. Pour moi, cette association allait de soi, et l'Assemblée nationale l'a confirmée avec l'accord du Gouvernement.

[M. Gilbert Barbier](#). Il fallait aussi associer l'hôpital !

[Mme Marisol Touraine, ministre](#). Je pense enfin aux dispositions que je vous avais proposées par amendement, comme la réforme de la filière visuelle, et qui figurent désormais dans le texte.

Cependant, l'examen du projet de loi par le Sénat avait aussi profondément affaibli sa cohérence. Avec la suppression du tiers payant, c'est l'accès aux soins dans son ensemble qui était fragilisé. Avec le rejet du paquet neutre, c'est toute la politique de prévention qui était ébranlée. L'Assemblée nationale a donc rétabli ces mesures et a, par là même, rendu au texte sa cohérence, sa force et ses ambitions d'origine.

Mesdames, messieurs les sénateurs, l'ambition de ce texte est de soutenir et de moderniser notre système de santé, avec un seul objectif assumé par le Gouvernement, l'égalité, et une seule méthode, l'innovation.

Ce projet de loi fait progresser l'accès de tous à des soins de qualité. Il contribue à la lutter contre l'immobilisme et la résignation, car rester immobile reviendrait à condamner notre modèle social à la disparition et notre promesse républicaine à l'érosion. Ce texte vise à offrir à chacun les mêmes droits et les mêmes chances pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

L'Assemblée nationale a rétabli les dispositions que vous aviez supprimées en première lecture, et je crains que ce désaccord ne puisse être résolu aujourd'hui. Je le regrette, assurément, mais je tiens, une nouvelle fois, à saluer la qualité et le caractère constructif des échanges qui ont eu lieu autour de ce projet de loi et l'apport réel du Sénat à son enrichissement.

Ce travail va se poursuivre, dans un esprit que je souhaite aussi serein que possible, car c'est pour l'ensemble de ceux qui font vivre notre système de santé, au premier rang desquels les médecins et tous les professionnels de santé, que je souhaite que nous puissions avancer. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

[M. le président](#). La parole est à Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.

[Mme Élisabeth Doineau](#), corapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, c'est dans des conditions particulièrement contraintes que notre assemblée est à nouveau appelée à se prononcer sur le projet de loi relatif à la santé.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a en effet adopté ce texte le 1^{er} décembre dernier, et le Gouvernement a décidé qu'elle devrait procéder à son adoption définitive avant la fin de cette semaine, le 17 décembre, alors que plus de la moitié des dispositions fait encore l'objet de divergences entre nos deux assemblées.

Après le vote du Sénat en première lecture, un peu plus de 180 articles restaient en discussion. Sur ce total, les députés ont suivi notre texte sur près de 60 articles : 41 de ces articles ont été adoptés conformes, tandis que 18 articles, non maintenus par le Sénat, sont restés supprimés. En nouvelle lecture, environ 120 articles demeurent ainsi en navette, dont 13 articles introduits par le Sénat que l'Assemblée nationale a souhaité supprimer.

Comme en première lecture, le texte qui nous est soumis est particulièrement disert, couvrant de très nombreux sujets, de façon parfois très détaillée, tout en renvoyant à des ordonnances sur des sujets importants.

La commission des affaires sociales déplore, en particulier, que l'Assemblée nationale ait non seulement rétabli, mais même élargi, le champ initial des habilitations demandées par le texte, en prévoyant que le Gouvernement pourrait réformer, non plus seulement la gouvernance, mais également les missions de la Haute Autorité de santé.

En première lecture, notre assemblée avait jugé qu'un examen parlementaire de ces dispositions était indispensable, compte tenu de la sensibilité des sujets concernés et de la difficulté à évaluer les conséquences des modifications envisagées. Le constat est le même au sujet de l'article 53, qui traite notamment des recherches biomédicales, et sur lequel l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté.

En première lecture, nous avons également souligné le traitement quelque peu chaotique de plusieurs sujets importants, puisque le Gouvernement avait totalement réécrit toute une série de dispositions parmi les plus sensibles, en déposant des amendements à la veille de l'examen à l'Assemblée nationale.

Nous pouvons difficilement accepter une telle méthode. Nous ne pouvons pas davantage nous satisfaire du recours à la procédure accélérée, motivé par l'idée que le débat parlementaire ne doit pas s'étirer en longueur sur un texte dont on discute pourtant, hors des assemblées, depuis plus de deux ans.

Au total, après la nouvelle lecture par l'Assemblée nationale, le bilan apparaît, pour le moins, mitigé au regard des lignes directrices fixées par notre commission pour l'examen de ce texte.

Nous avons souhaité préserver la qualité de la loi en supprimant les dispositions d'ordre réglementaire, non normatives, déclaratoires ou trop détaillées. Nous avons également écarté en commission les dispositions déjà satisfaites par le droit en vigueur : ce n'est pas en répétant la règle plusieurs fois qu'elle en sera mieux appliquée, même si on la change de code. Je prendrai ici l'exemple de la santé à l'école, objectif déjà affirmé à plusieurs reprises et pour lequel il faudrait non pas des principes, mais des actions.

L'Assemblée nationale a le plus souvent répondu à ces préoccupations par le rétablissement de son texte, ce qui ne peut nous satisfaire. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, s'agissant des dispositions relatives à la prévention et à la santé publique, plusieurs articles, supprimés par le Sénat, ont effectivement été rétablis dans leur rédaction initiale, même si leur valeur n'est que déclarative, ne permettant aucune avancée concrète.

Sur plusieurs articles, tels ceux qui sont relatifs à l'information nutritionnelle complémentaire ou à la lutte contre la valorisation de la minceur excessive, l'Assemblée nationale a supprimé différents ajouts du Sénat.

S'agissant des salles de consommation à moindre risque, elle a conservé l'obligation, introduite par le Sénat, d'organiser une concertation entre l'agence régionale de santé, l'ARS, la structure porteuse de projet et le maire de la commune concernée, en amont de l'installation de la salle de consommation.

En revanche, au motif qu'il faudrait donner plus de liberté d'organisation aux maires et aux associations locales, l'Assemblée nationale a supprimé les deux exigences que le Sénat avait posées : l'intégration à un centre hospitalier, d'une part, et la supervision par une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médicosocial, d'autre part.

Je regrette qu'aucun accord global n'ait pu être trouvé sur ce sujet sensible, mais important pour la prise en charge des malades concernés. Pourtant, comme cela a été souligné en commission, sur une question hautement controversée, le Sénat avait fait un pas important.

Les députés ont par ailleurs supprimé certains articles insérés au Sénat en séance publique : la demande d'étude relative à la santé des aidants familiaux, ou encore, le suivi de la vaccination des élèves.

Sur le chapitre consacré au tabac, l'Assemblée nationale a globalement tenu compte des positions du Sénat sur la majorité des articles, même si leur rédaction reste perfectible, qu'il s'agisse du mécanisme de transparence, de l'installation des nouveaux débits de tabac ou de l'interdiction de vapoter dans certains lieux publics.

Sur ce dernier point, l'Assemblée nationale a été plus restrictive que le Sénat en supprimant l'obligation de mettre à disposition des vapoteurs des espaces réservés sur les lieux de travail ou dans les écoles.

Sur le renforcement des sanctions infligées en cas de contrebande de tabac, supprimé par notre commission, mais rétabli et adopté conforme par le Sénat, le Gouvernement a rouvert l'article « pour coordination », afin de supprimer l'aggravation de la peine de prison, tout en maintenant celle de la peine d'amende. Notre commission, qui avait souligné le risque juridique qui s'attachait à cette mesure, a donc été entendue.

Un désaccord subsiste cependant entre les deux assemblées quant à la manière de transposer la nouvelle directive européenne sur les tabacs, sur deux sujets : la durée de la période transitoire pour l'interdiction des arômes et le paquet neutre. À cet égard, le désaccord entre les deux assemblées n'est peut-être pas si profond, puisque le paquet neutre n'a été rétabli par l'Assemblée nationale qu'à une courte majorité de deux voix, à l'issue d'une suspension de séance de vingt-cinq minutes.

Nous regrettons que le Gouvernement ne souhaite pas passer par l'étape de l'harmonisation de la présentation des produits du tabac avec des images-chocs sur grand format que les fumeurs retrouveraient dans l'ensemble de l'Union européenne, et privilégie l'adoption d'une mesure dont l'efficacité ne convainc personne, mais qui présente des risques juridiques bien réels. Sur ce seul point, nos visions sont inconciliables. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – M. Gilbert Barbier applaudit également.)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, j'en viens aux articles relatifs à l'organisation sanitaire.

S'agissant des soins ambulatoires, l'Assemblée nationale a privilégié la mise en place de structures nouvelles, tandis que nous avons affirmé la nécessité d'un minimum de stabilité en ce domaine. Les professionnels devront donc faire évoluer des modes d'organisation qu'ils viennent parfois tout juste de mettre en place, cette fois sous la tutelle des ARS. Je pense en particulier aux communautés professionnelles territoriales de santé, qui viendront inutilement se substituer aux pôles de santé.

Nous sommes favorables à la mise en place du service public hospitalier, mais nous l'avons complétée par le maintien de la possibilité donnée aux cliniques d'exercer des missions de service public à tarifs opposables. L'Assemblée nationale a rétabli leur exclusion totale, à nos yeux injustifiée.

Même en ce qui concerne les groupements hospitaliers de territoire, les GHT, à propos desquels nous étions allés très loin dans la volonté d'aboutir à un texte commun, l'Assemblée nationale a supprimé la participation des élus à leur comité stratégique. Cette modification, que beaucoup de nos collègues ont du mal à comprendre, risque de rendre les restructurations qui seront proposées encore moins acceptables.

En matière d'organisation de la permanence des soins ambulatoires, la PDSA, nous souhaitons simplifier le dispositif proposé pour la régulation médicale en instituant un numéro de téléphone unique, gratuit et national, susceptible de constituer une véritable option de remplacement du 15 ; au lieu de cela, le système prévu sera complexe et variable d'un territoire à l'autre.

Les députés ont par ailleurs supprimé la précision introduite par le Sénat concernant l'articulation entre la médecine libérale et les établissements de santé dans la permanence des soins : les ARS pourront donc toujours suspendre la PDSA entre minuit et huit heures, comme c'est déjà le cas dans certaines régions.

Sur un point touchant à la liberté des patients, l'Assemblée nationale est également revenue à sa version initiale : je fais référence à l'article 25, qui porte sur le fameux dossier médical partagé, le DMP. Nous avons supprimé la possibilité pour le médecin traitant d'accéder, sans l'accord du patient, aux données occultées par ce dernier. Les députés ont rétabli cette possibilité, qui nous paraît profondément contraire aux droits des malades.

L'Assemblée nationale ne nous a pas davantage suivis dans notre volonté d'organiser une concertation entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, concernant l'installation des professionnels dans les zones sous-denses. Il s'agissait là d'une solution d'équilibre adoptée par le Sénat à l'issue d'un long débat et qui aurait permis d'apporter une réponse négociée au problème des déserts médicaux.

Enfin, sans surprise, l'Assemblée nationale a rétabli le tiers payant généralisé, avec toutefois une modification révélatrice : le rapport sur la faisabilité du dispositif a été différé à un mois après la parution de la loi. Il y a donc visiblement quelque difficulté à faire paraître ce qui devait constituer un préalable...

Cette disposition, qui n'est pas nécessaire pour l'accès aux soins étant donné les dispositifs existants pour les personnes les plus défavorisées et la pratique des médecins en matière de tiers payant, a inutilement bloqué toute négociation avec les syndicats. Elle remet en cause les conditions d'exercice de la médecine libérale et pose d'importantes questions, qu'elle ne résout pas, sur la place des complémentaires. Nous ne pouvons l'accepter.

Au total, même si l'Assemblée nationale a conservé quelques-uns de nos apports, comme la place faite aux médecins spécialistes de deuxième recours – grands oubliés de ce texte –, les sujets de désaccords sont majeurs. C'est pourquoi la commission des affaires sociales a rejeté le texte du projet de loi et a adopté une motion tendant à opposer la question préalable. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – M. Gilbert Barbier applaudit également.)

[Mme Catherine Génisson](#). Ce n'est pas bien !

[M. Alain Milon](#), corapporteur. Je sais que c'est une grande déception pour vous !

[M. le président](#). La parole est à Mme Aline Archimbaud.

[Mme Aline Archimbaud](#). Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, puisque je n'ai que quelques minutes pour intervenir, je m'exprimerai sur des points précis du texte.

Je commence par les mesures concernant la santé environnementale et la prévention dans ce domaine. Nous saluons les mesures inscrites dans le texte qui vont dans le bon sens, comme le maintien du concept d'exposome ou la prévision de rapports sur les effets, y compris cumulatifs, des perturbateurs endocriniens.

Néanmoins, nous regrettons que d'autres propositions de bon sens, comme l'interdiction du bisphénol A dans les jouets des enfants pouvant être portés à la bouche ou l'inscription de la santé environnementale dans la stratégie nationale de santé – adoptée en première lecture sur proposition des écologistes –, n'apparaissent pas dans la version du texte que nous examinons. En effet, le nombre de maladies chroniques liées aux facteurs environnementaux explosant dans notre pays, il est indispensable – nous l'avons déjà dit – de placer la santé environnementale au cœur des préoccupations de santé publique. Il y a bien eu des avancées, mais qui doivent être confortées.

Par ailleurs, plusieurs dispositions adoptées en première lecture au Sénat ont malheureusement disparu en nouvelle lecture alors qu'elles étaient très attendues. Je pense d'abord à l'attribution automatique de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, aux allocataires du RSA socle ; cela aurait été source de simplification administrative puisque les plafonds sont les mêmes. Cette automaticité aurait en outre évité une grande partie du non-recours à la CMU-C, que le Fonds CMU évalue à une proportion située entre 20 % à 35 % en 2013 ; ce non-recours est lié à la complexité de l'ouverture des droits à la CMU-C.

On me dit souvent que cette automaticité est déjà mise en œuvre, mais, pour avoir discuté avec de nombreuses personnes concernées dans plusieurs départements, je peux vous assurer que ce n'est pas le cas ! Or cette situation, j'y insiste, provoque non seulement une impression d'injustice, mais aussi le sentiment dangereux que la République ne met pas tout en œuvre pour faire appliquer les lois.

Je pense ensuite à l'amendement voté par de nombreux collègues de tous les groupes politiques du Sénat, me semble-t-il, prévoyant la transmission systématique sous format numérique des rapports d'activité des diagnostiqueurs d'amiante à la direction générale de la santé, ainsi que leur publication sur une plateforme en ligne accessible à tous. Cette mesure a malheureusement été également supprimée par l'Assemblée nationale.

Or, selon l'Institut de veille sanitaire, l'amiante causera – je donne encore une fois ce chiffre – 100 000 morts d'ici à 2050. L'information des travailleurs du bâtiment et de tous ceux qui, tels les riverains, pourraient être à leur insu en contact avec de l'amiante est donc un enjeu crucial si l'on ne veut pas que ces sombres prévisions soient largement en dessous de la réalité. Puisque cela ne pourra pas se faire à travers la loi de modernisation de notre système de santé, il est indispensable que les ministères concernés s'engagent à développer sérieusement et rapidement la prévention et l'information des travailleurs et des populations en matière d'amiante.

Enfin, nous ne pourrions malheureusement pas nous étendre là-dessus, mais je déplore le coup de canif donné par ce texte à la loi Évin. La publicité pour l'alcool est de nouveau permise de façon très claire, mais, ne soyons pas dupes, cette mesure ne vise pas les petits viticulteurs ; ce sont bien les grands alcooliers qui ont obtenu ce revirement.

Après avoir exprimé ces regrets, je veux maintenant dire un mot de quelques avancées contenues dans ce texte. Je ne peux malheureusement pas les citer toutes, mais je reviens en particulier sur le tiers payant généralisé.

Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, publiée en juillet 2015 montre qu'entre 21 % et 36 % des personnes interrogées ont renoncé aux soins pour des raisons financières. Certes, s'il

demeure des difficultés techniques, il faut bien sûr chercher des solutions, mais les arguments d'ordre idéologique selon lesquels la généralisation du tiers payant remettrait en cause le statut des médecins libéraux...

[M. Gilbert Barbier](#). C'est vrai !

[Mme Aline Archimbaud](#). ... ne nous paraissent pas convaincants.

Le tiers payant généralisé permettra aux personnes qui ont des revenus modestes, mais qui sont au-dessus des plafonds de ressources de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – plafonds qui sont assez bas, respectivement 720 euros et 973 euros –, d'accéder aux soins sans se poser la question de leur capacité d'aller chez le médecin.

Enfin, en ce qui concerne le tabagisme, nous faisons partie des parlementaires qui trouvent très positif que la mesure du paquet neutre ait été réintégrée dans le texte. En effet, les chiffres du tabagisme en France sont accablants, notamment chez les jeunes, qui sont particulièrement sensibles à l'attractivité du *marketing* pour les produits du tabac. Il nous semble donc que cette mesure est très positive en matière de santé publique.

[M. le président](#). La parole est à M. Gilbert Barbier.

[M. Gilbert Barbier](#). Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, la volonté du gouvernement socialiste de faire adopter une loi transformant notre système de santé pour le faire évoluer vers un système étatique plus en conformité avec son idéologie touche à sa réalisation finale.

Madame la ministre, vous affichez très logiquement une certaine satisfaction à pouvoir mettre en pratique vos convictions maintes fois énoncées lorsque vous siégiez sur les bancs de l'Assemblée nationale. Je dois toutefois reconnaître que, sur quelques points, vous n'osez pas aller aussi loin que ce que vous annonciez et que votre appréciation a évolué, comme sur la nécessité de maintenir un ordre des infirmiers, que vous combattiez en d'autres temps.

[Mme Marisol Touraine](#), ministre. Je suis pragmatique !

[M. Gilbert Barbier](#). Le Gouvernement a décrété la procédure accélérée pour faire aboutir cette loi touchant à des domaines aussi variés, aussi différents, que l'organisation hospitalière, l'offre territoriale de soins, le tabagisme, les salles de consommation à moindre risque, le mannequinat et j'en passe.

Il apparaissait d'emblée évident que ce grand rendez-vous serait manqué avec les forces vives du secteur de la santé, avec plusieurs secteurs professionnels – notamment l'ensemble des syndicats médicaux –, avec le Conseil national de l'ordre, avec les assemblées académiques, mais aussi avec les acteurs privés en santé et une partie du monde associatif. Je comprends bien néanmoins que là n'était pas la préoccupation première...

Le texte renvoie également à des ordonnances sur des sujets importants dont le contenu nous est totalement inconnu. Bref, il s'agit de passer en force, y compris quelquefois contre votre propre majorité, comme cela a été souligné.

Cette loi sera loin de résoudre les difficultés que chacun s'accorde à reconnaître et dont la première est, à mes yeux, l'inégalité de l'accès à des soins de qualité entre nos concitoyens.

Au cours de la première lecture au Sénat, dans un esprit d'ouverture, nous avons proposé, les uns et les autres, de nombreuses modifications imprégnées d'un sens pratique et non d'un parti pris quelconque.

J'ai regardé les débats à l'Assemblée nationale, tant en commission qu'en séance publique, lors de la nouvelle lecture : comment ne pas être consterné devant cette attitude sectaire et méprisante sur des articles qui ne devraient être que consensuels ? Certes, sur les grands thèmes, notre opposition est manifeste et très certainement inconciliable, mais, pour le reste, que de suffisance !

Si le Conseil national de l'ordre des médecins considère ce texte comme inapplicable, c'est non seulement en raison du sujet phare qu'est le tiers payant généralisé, mais aussi à cause des mesures annexes qui en découleront au fil du temps. Ce tiers payant généralisé, ou TPG, c'est votre trophée, madame la ministre, au sens étymologique du terme : il vous permet de présenter sur la place publique votre victoire sur la médecine libérale dans sa globalité.

C'est pourtant cette médecine qui, depuis un siècle et demi, a fait de la médecine française l'une des meilleures du monde. Il s'agit bien là d'un conflit idéologique entre nous : vous voulez étatiser la médecine, avec un contrôle de plus en plus présent sur les professionnels, dans leur pratique, leurs prescriptions et bien sûr leur rémunération.

Vous voulez imposer les organismes payeurs comme les régulateurs de la dépense de soins et briser ce dialogue singulier, qui chagrine, entre le médecin et le patient ; ainsi la mise en place du TPG va amplifier une médecine à deux vitesses qui, certes, existe déjà à certains égards.

Cette volonté se retrouve à l'article 18 et à l'article 26 du texte, avec le refus que les établissements au sein desquels des praticiens pratiquent des honoraires libres puissent participer aux missions de service public. Faut-il utiliser un tel moyen pour maintenir en survie des établissements publics obsolètes où nos concitoyens les moins bien renseignés ne trouveront pas des soins de qualité optimale ? Faut-il considérer comme normal le fait que l'assurance maladie paie entre deux et trois fois plus pour une appendicectomie en centre hospitalier universitaire que dans une clinique privée ?

Le temps me manque pour évoquer un certain nombre de mesures dans lesquelles l'idéologie prime le bon sens ou par lesquelles nos collègues députés en arrivent à supprimer des dispositions introduites par la minorité sénatoriale, comme la reconnaissance des aidants familiaux ou les mesures de surveillance de la vaccination en milieu scolaire. Cet ostracisme ne manque pas de surprendre s'agissant de mesures qui pouvaient être considérées comme positives en matière de santé publique !

Pour terminer, je voudrais souligner deux points particuliers qui me semblent poser un problème de constitutionnalité.

Je veux parler de l'article 37, qui modifie les conditions d'autorisation de la recherche sur l'embryon. Je siège, comme Jean-Louis Tourenne, au conseil d'orientation de l'Agence de biomédecine. Contrairement à lui, il me paraît curieux qu'elle ne soit pas saisie de cette nouvelle possibilité en matière de recherche, comme nous y oblige la loi de bioéthique.

De même, l'article 46 *ter* sur les prélèvements d'organes soulève une opposition farouche des associations qui se dévouent à longueur d'année au service de cette cause. Une telle modification substantielle de la pratique du prélèvement mériterait d'être évoquée elle aussi, le moment venu, dans le cadre d'une révision de la loi de bioéthique.

Au vu de ces quelques considérations et de bien d'autres encore, je me demande à quoi bon poursuivre le débat. Je crains, pour le regretter, que les grands perdants de cet entêtement soient, non pas les professionnels – les meilleurs s'en sortiront ! –, mais avant tout les patients, pas les plus avertis, certes, mais tous les autres ! (M. Jean-Claude Requier et Mme Catherine Procaccia applaudissent.)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, lors de cette nouvelle lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé, il est impossible de faire abstraction du vote de la question préalable par la majorité de la commission des affaires sociales.

Grande est notre déception face à cette procédure, car elle nous prive de la possibilité d'aller jusqu'au bout de notre débat. Celle-ci fait partie des dispositifs législatifs, il ne s'agit pas pour moi de revenir sur un droit ouvert au législateur. Toutefois, comme je l'ai déjà souligné en commission, je le redis, ici en séance plénière : nous avons là l'illustration que nos institutions sont à bout de souffle et qu'il faudrait passer à une 6^e République restituant un vrai pouvoir parlementaire et, surtout, redonnant voix au peuple.

Je veux le dire avec d'autant plus de force que nous sommes au lendemain des élections régionales et qu'il me paraît essentiel de nous interroger sur les réponses politiques à apporter aux souffrances des populations, à la désespérance qui envahit les quartiers, les entreprises, les universités, les hôpitaux.

Cette question préalable, à l'instar de celle que cette même majorité de droite avait déposée en seconde lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne repose pas sur un désaccord majeur avec la politique gouvernementale. Elle résulte de l'exigence d'aller encore plus loin en termes de restrictions budgétaires et de privatisation de notre système de santé. Et c'est là tout le problème !

En effet, pour répondre aux besoins de santé publique de toutes et tous sur l'ensemble du territoire, il faut de nouveaux financements. Ce que ce gouvernement, comme les précédents, refuse – hélas !

Alors que chacune et chacun se félicite, à juste titre, du travail exemplaire accompli par les personnels de santé à la suite des terribles attentats de novembre, est-ce le moment de poursuivre les groupements hospitaliers de territoire, de fermer des services de chirurgie et des urgences, d'entériner la fin de la sectorisation en psychiatrie ou encore de conforter la toute-puissance des directeurs des ARS ?

Pour reprendre l'esprit des propos de l'urgentiste Patrick Pelloux, le 13 novembre dernier, nous avons eu le bleu des policiers, des gendarmes, des forces de sécurité, le blanc des personnels de santé et le rouge des pompiers.

L'atout majeur de ces différents corps de métiers, la puissance de leur pouvoir d'intervention, c'est le service public. Dès lors, pourquoi continuer à faire voter des projets et des propositions de loi qui rognent sur leurs moyens d'existence au nom d'une prétendue dette qui met les peuples à genoux ?

Depuis des années, les politiques de restriction des budgets publics se sont attaquées au démantèlement des services publics, en premier lieu celui de la santé, ce qui a creusé davantage les inégalités d'accès aux soins.

Ainsi, les patients, les personnels, les professionnels de santé subissent au quotidien des amputations d'effectifs, des réductions de moyens et la réorganisation territoriale de la santé, enclenchée notamment en 2010 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », et amplifiée par les groupements hospitaliers de territoire, rendus obligatoires par ce texte.

Les fusions-suppressions d'établissements ainsi provoquées vont distendre encore un peu plus les liens de proximité. Vous justifiez ce choix, d'une part, au nom d'une coopération entre praticiens, qui existe déjà et qu'il faudrait tout simplement consolider, d'autre part, au nom de la chirurgie ambulatoire, dont on a beaucoup parlé en première lecture, et qui demande un réseau de soins, inexistant.

Pour imposer ces choix, vous élargissez le champ des compétences des ARS et renforcez encore davantage les pouvoirs des directeurs généraux, mettant à mal la démocratie sanitaire.

À l'inverse, le projet de santé que nous défendons doit permettre d'exprimer les besoins de santé, mais aussi d'assurer un contrôle démocratique des décisions et de la mise en œuvre des réponses à ces besoins.

Bien entendu, il ne s'agit pas pour moi d'ignorer les mesures positives contenues dans ce projet de loi, mesures que nous avons soutenues. Si elles vont dans le bon sens, elles ne sont toutefois pas de nature à combattre sur le fond les refus de soins qui se développent pour raisons financières.

Il en est ainsi de la plus emblématique d'entre elles, la généralisation du tiers payant en 2017. Si elle constitue un premier pas, notre groupe considère qu'il appelle au plus vite une prise en charge à 100 % des soins par la sécurité sociale.

Nous avons un défi considérable à relever compte tenu de la situation de la santé publique, notamment en termes d'offre de soins au regard des besoins de santé sur l'ensemble du territoire. Or la logique qui nous a été imposée dès le départ a été le redéploiement et l'aménagement de l'offre de soins dans une enveloppe contrainte.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 anticipait déjà les coupes budgétaires réalisées par les fusions et suppressions d'établissements de santé.

Vous escomptez dépenser 400 millions d'euros en moins sur trois ans et prétendez que cela n'aura aucune conséquence sur les conditions de travail des personnels et la qualité du service public.

Nous sommes, pour notre part, convaincus du contraire, car les économies demandées s'ajoutent à celles qui ont été réalisées les années précédentes par les gouvernements successifs. Vous imposez, en réalité, une austérité supplémentaire, qui vient s'ajouter à une austérité déjà durement vécue par les personnels.

Contrairement à l'orientation gouvernementale, qui part de la répartition de l'offre de soins la moins-disante, notre groupe défend une organisation de la santé qui part des besoins de santé de la population.

Nous continuons et continuerons donc de demander l'arrêt immédiat des suppressions d'activité et des fermetures de services de santé, donc l'arrêt des GHT, et nous vous appelons à relancer des services d'urgences dans chaque bassin de vie.

Parler d'amélioration de l'accès aux soins passe par la nécessaire suppression des franchises médicales, des forfaits et des dépassements d'honoraires, ce qui n'est hélas ! pas à l'ordre du jour de ce projet de loi.

Nous serons particulièrement attentifs à la suite qui sera donnée aux déclarations que vous avez faites, madame la ministre, concernant la tarification à l'activité, mais nous espérons que vous vous donnerez les moyens d'aller au bout.

Alors que vous reconnaissez le rôle-pivot des centres de santé dans la modernisation de notre système de santé, c'est la baisse des budgets qui est à l'ordre du jour.

En ce qui concerne la médecine préventive, vous la financez petitement grâce aux économies réalisées sur le dos du service public de la santé.

Et puisque je parle de prévention, je veux redire ma colère de constater qu'au nom des intérêts financiers des puissants alcooliers, un assouplissement de la loi Évin a été voté contre votre avis, madame la ministre. Je veux donc dire ici, une nouvelle fois, pour le dénoncer, combien nous trouvons indécent, au groupe CRC, que des parlementaires de toutes sensibilités politiques aient répondu aux sirènes de groupes de pression au détriment de la santé de nos concitoyennes et de nos concitoyens.

Je conclurai mon propos en soulignant que nous aurions souhaité pouvoir voter une loi-cadre de santé publique et que ce projet de loi de modernisation de notre système de santé est pour nous un rendez-vous manqué, car vous avez refusé de faire voler en éclats le carcan de l'austérité. Vous auriez pu soumettre, comme nous vous y invitons, les profits financiers au taux actuel des cotisations sociales des employeurs et moduler la cotisation des employeurs selon la politique salariale, écologique et financière menée, mais vous ne l'avez pas fait.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons voter ce projet de loi, mais vous l'aurez compris, madame la ministre, mes chers collègues, notre frustration est grande de ne pouvoir aller jusqu'au bout de ce débat ! (Applaudissements sur les travées du groupe CRC.)

[M. le président.](#) La parole est à Mme Catherine Génisson. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

[Mme Catherine Génisson.](#) Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le président-rapporteur, mesdames les rapporteurs, mes chers collègues, nous nous retrouvons aujourd'hui pour examiner, en nouvelle lecture, le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

En introduction de mon propos, je veux regretter les conditions dans lesquelles se passe cette nouvelle lecture au Sénat. Je rends, bien sûr, hommage à la qualité des travaux de nos rapporteurs, mais il n'en demeure pas moins que la discussion générale qui nous réunit aujourd'hui est virtuelle puisque, nous le savons tous, la majorité sénatoriale va adopter une question préalable à l'issue de laquelle nos débats seront clos. Je regrette très sincèrement ce débat manqué !

Le débat politique, c'est le fondement de notre démocratie. Et au lendemain d'élections régionales à l'occasion desquelles s'est fait ressentir cette nécessité impérieuse de résister, de débattre, de convaincre, il est dommage que l'on ne puisse pas confronter nos projets dans un respect mutuel ! Au passage, je veux dire que, au vu de la fréquentation de cet hémicycle cet après-midi, je me félicite que le scrutin public existe...

Par ailleurs, le débat manqué qui s'annonce au Sénat sur ce projet de loi de modernisation de notre système de santé ne nous permet pas de répondre aux nombreuses interpellations dont nous sommes saisis, interpellations qui viennent tant de professionnels de santé que de citoyens.

La confrontation républicaine des projets est une très bonne chose. Je reconnais que peu de nos propositions, y compris celles qui avaient été majoritairement soutenues par notre assemblée, ont été reprises à l'Assemblée nationale. Qu'il me soit néanmoins permis, mes chers collègues de la majorité sénatoriale, de regretter vos positions sur un certain nombre d'enjeux-clés de ce projet de loi.

Ainsi, votre opposition idéologique au tiers payant généralisé – qui est pourtant une mesure de justice sociale –, empêche toute discussion constructive et tout accord avec le Gouvernement et l'Assemblée nationale sur ce texte. J'y reviendrai.

Je veux, dans un premier temps, insister sur les raisons du soutien des sénateurs socialistes à ce texte défendu avec conviction et détermination par vous, madame la ministre.

Moderniser notre système de santé pour le rendre plus juste et mieux adapté aux réalités d'aujourd'hui, tel est l'objet de ce projet de loi dans un contexte marqué par un paradoxe très prégnant : malgré son excellence, l'organisation de notre médecine se heurte aux inégalités sociales et territoriales.

La France peut s'enorgueillir de disposer d'un excellent système de santé. L'Organisation mondiale de la santé le considère comme l'un des meilleurs. Ce classement reflète la qualité des soins qu'offre la communauté soignante à nos concitoyens.

Le paradoxe réside donc dans le fait suivant : notre excellence médicale se heurte aux inégalités sociales qui perdurent ; à soixante ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de sept ans à celle d'un cadre. De plus, les inégalités territoriales se creusent – les déserts médicaux sont inégalement répartis sur notre territoire.

Garantir l'égalité de nos concitoyens au regard de la modernisation de notre système de santé et des progrès de la recherche, telle est la colonne vertébrale de ce texte.

Le premier pilier du projet de loi de modernisation de notre système de santé est celui de la prévention, laquelle constitue le socle de ce système : prévention des maladies évitables, des pratiques addictives, notamment l'alcoolisme et le tabagisme, des problèmes de nutrition se traduisant tant par l'obésité que par la très grande maigreur, ou encore prise en compte de la santé environnementale.

Je me félicite des dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse contenues dans ce projet de loi, votées en première lecture au Sénat.

Vis-à-vis des personnes handicapées, le projet de loi propose des solutions adaptées, pour elles ainsi que pour leurs familles, afin d'éviter les ruptures de soins.

Autre mesure très attendue et contenue dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé : l'expérimentation de l'organisation de la filière visuelle, ainsi que des propositions concernant les coopérations interprofessionnelles.

La lutte contre le tabac a beaucoup occupé nos débats. À côté de plusieurs dispositions permettant une meilleure prévention, en particulier l'introduction de mesures de lutte contre la fraude, nos débats passionnés ont porté sur la mise en place du paquet neutre.

Le groupe des sénateurs socialistes veut réaffirmer avec force que cette mesure trouve sa légitimité si la recherche d'une harmonisation fiscale du prix du tabac à l'échelon européen est voulue, ce qui permettra de lutter contre les marchés parallèles.

Nous connaissons l'engagement de Mme la ministre sur cette question importante de santé publique. Je veux ici redire avec force que le Gouvernement a également la responsabilité de traiter la question du maintien de la situation des buralistes, lesquels jouent un rôle important dans l'animation des territoires, en particulier dans les zones rurales.

Par ailleurs, toujours sur le volet prévention de ce projet de loi, je veux souligner l'importance, pour le groupe des sénateurs socialistes, de l'introduction du concept de prévention partagée, qui doit permettre aux non-spécialistes de la prévention et aux publics cibles d'être responsabilisés en tant qu'acteurs et force de proposition.

La prévention partagée a été introduite par amendement sénatorial, ce qui constitue une nouvelle illustration de l'utilité de nos travaux.

Je veux enfin souligner l'engagement de nos rapporteurs, qui avaient soutenu l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, engagement qui semble remis en cause dans la présentation de la question préalable.

Le deuxième pilier du projet de loi veut faire du citoyen un acteur de sa santé avec, comme premier correspondant, son médecin traitant.

Le projet de loi donne ainsi toute sa place aux soins primaires permettant, grâce à la mise en place de communautés professionnelles de territoires de santé, aux acteurs de la médecine d'être les initiateurs de leur organisation.

Ce dispositif lève d'emblée le reproche d'une organisation verticale, menée sur l'initiative des agences régionales de santé.

Sur ce sujet, je ne comprends toujours pas la position – voire le conservatisme – de notre président-rapporteur. En effet, il a dénigré la mise en place de ces communautés professionnelles territoriales de santé, alors que cette disposition entérine le rôle premier des médecins, des acteurs de santé de terrain, qui sont les promoteurs de leur organisation territoriale, les ARS ayant un rôle de validation.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé met en place le tiers payant généralisé. Le groupe socialiste du Sénat, comme toute la gauche et une grande majorité des Français, y est favorable. En effet, cette disposition technique est également une mesure de justice sociale. Le tiers payant doit garantir que l'argent n'est pas un obstacle à l'entrée dans le cabinet médical, quand bien même les médecins traitants savent déjà prendre en compte les difficultés financières de leurs patients.

Il est très important de rassurer les médecins : l'instauration du tiers payant doit se faire sans leur imposer de nouvelles contraintes de travail administratif. Madame la ministre, vous avez apporté lors des débats parlementaires toutes les garanties possibles sur ce point. Nous demeurerons néanmoins vigilants.

L'instauration du tiers payant généralisé est une mesure de justice sociale soutenue par une très large majorité de Français. Elle ne clôt pas pour autant, tant s'en faut, le débat fondamental et nécessaire quant à une nouvelle architecture de la protection sociale, à savoir la place que doit occuper le régime général au regard des systèmes complémentaires. C'est un débat que nous avons eu, à nouveau, à l'occasion du récent examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et, en particulier, de son article 21. Ce débat est pourtant loin d'être clos.

Les sénateurs socialistes soutiennent avec conviction la redéfinition, par le présent projet de loi, de la notion de service public hospitalier.

Ce service public donne toute sa force aux devoirs de notre nation envers ses concitoyens. Il permet de maintenir certaines garanties fondamentales : l'accessibilité financière des soins, leur permanence et l'égal accès de tous à ces soins. Rappelons que tous les établissements de santé sont éligibles au service public hospitalier dès lors qu'ils répondent aux garanties exigées.

Nous regrettons que la majorité sénatoriale ait souhaité rétablir la définition du service public issue de la loi HPST, qui substituait aux blocs de compétences des missions de service public. Le service public est un !

En revanche, je me réjouis de l'adoption, dans le cadre de ce projet de loi, du pacte territoire-santé, qui permet de proposer des solutions de rééquilibrage de l'implantation des médecins sur nos territoires. Madame la ministre, vous venez d'ailleurs d'annoncer une amplification des actions qui doivent permettre à chaque Français, partout sur le territoire, de se faire soigner facilement près de chez lui.

Les groupements hospitaliers de territoire doivent par ailleurs optimiser l'offre qualitative en soins pour nos concitoyens.

Le groupe socialiste se félicite également du troisième pilier du projet de loi, qui renforce la démocratie sanitaire.

Il s'agit d'offrir de nouveaux droits à tous les patients – donc à tous les citoyens – par la mise en œuvre des actions de groupe et la modernisation de l'*open data*, c'est-à-dire la possibilité d'accéder à des données anonymisées propices à la recherche et au progrès.

Dans ce troisième pilier figure également le droit à l'oubli, dont l'enjeu crucial est le respect des patients aujourd'hui guéris du cancer et, demain, d'autres maladies.

Le débat manqué que nous allons subir nous empêche de revenir sur l'article 46 *ter*, qui a trait au don d'organes. Même si je concède que sa rédaction est quelque peu sèche, je rappelle que nous avons eu à ce sujet en première lecture un débat de haute qualité, qui prenait en compte non seulement l'exigence éthique, mais aussi l'urgence de trouver des solutions alors que, chaque année, seules 5 000 greffes sont réalisées au regard de l'attente de 20 000 malades.

Pour toutes les raisons que je viens d'évoquer rapidement, le groupe des sénateurs socialistes soutient le projet de loi de modernisation de notre système de santé, que Mme la ministre a porté avec la détermination qu'on lui connaît et qui doit répondre aux défis auxquels se trouve confronté notre système de santé.

Je réitère mon regret du choix fait par la majorité sénatoriale de couper court au débat par le biais d'une question préalable. Je regrette d'autant plus ce choix que les travaux menés lors de la première lecture par les rapporteurs, sous la conduite de M. Alain Milon, avaient été de qualité, même si tout consensus avec le Gouvernement et la majorité de l'Assemblée nationale s'est révélé impossible.

Je veux terminer mon propos en rendant hommage aux différents acteurs de notre système de santé, qui font preuve dans leurs missions quotidiennes d'un investissement qui permet le maintien de l'excellence de notre pays dans le domaine de la santé.

Notre pays innove ainsi constamment et ouvre la voie sur le front des technologies nouvelles : il figure ainsi au troisième rang mondial pour les brevets de robotique médicale. Ces atouts forts doivent permettre le développement de notre économie.

Nous sommes fiers de la médecine en France et de celles et ceux qui la servent, quels que soient leurs fonctions, leur mode et leur lieu d'exercice. Ils sont mobilisés au quotidien auprès de nos concitoyens pour la prise en charge de leur santé. Cet engagement quotidien se double d'une mobilisation très forte lors de moments exceptionnels ou tragiques, tels que les attentats du 13 novembre dernier. Saluons les personnels hospitaliers de Paris et de la région parisienne, dont la compétence et l'humanité ont été remarquables auprès des blessés !

En conclusion, je veux réaffirmer que le groupe socialiste soutient votre projet de loi, madame la ministre, et souhaite le débat ; il a donc voté contre le rapport de nos rapporteurs et il votera contre la motion tendant à opposer la question préalable. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

[M. Yves Daudigny](#). Très précis et très convaincant !

[M. le président](#). La parole est à Mme Corinne Imbert.

[Mme Corinne Imbert](#). Madame la présidente, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, lors de la première lecture de ce projet de loi de modernisation de notre système de santé, le groupe Les Républicains a soutenu sans faille les propositions des rapporteurs, dont je tiens à saluer l'excellent travail. Le Sénat avait alors fait le choix de réécrire une bonne partie de ce texte quelque peu fourre-tout en se concentrant sur l'essentiel : l'organisation du système de santé sur notre territoire.

Lors de cette nouvelle lecture, nous ne pouvons que constater l'enfermement du Gouvernement et de sa majorité parlementaire dans une voie qui, à nos yeux, n'est pas la bonne.

[Mme Nicole Bricq](#). Quelle est la bonne, alors ?

[Mme Corinne Imbert](#). Avec un peu d'humour, je dirai que la seule mesure sénatoriale phare à avoir échappé au couperet de la majorité de l'Assemblée nationale est celle qui a trait à la promotion des régions viticoles, qui a été portée ici par notre collègue Gérard César et qui permettra de valoriser notre patrimoine et notre savoir-faire.

Plus sérieusement, puisque la santé est trop précieuse, à l'exception de quelques dispositifs que vous avez rappelés, madame la ministre, qui ont été sauvegardés par l'Assemblée nationale, nous retrouvons un projet de loi presque identique à celui que nous avons examiné en première lecture.

Ce texte, dont le Gouvernement prétend qu'il est une réforme de modernisation de notre système de soins, est en réalité une occasion manquée, et ce pour plusieurs raisons.

Moderniser, ce n'est pas traiter au détour d'un tel texte de sujets importants qui relèvent des lois de bioéthique ; je pense en particulier à la suppression du délai de réflexion pour une IVG et à la réforme du don d'organes.

Moderniser, ce n'est pas opposer les professionnels de santé ; c'est au contraire leur donner les moyens de renforcer leur collaboration.

Moderniser, ce n'est pas créer de nouveaux dispositifs alors qu'il en existe qui ont à peine eu le temps de se mettre en place. Je fais référence ici aux pôles de santé : cet outil a bien fonctionné jusqu'à présent et a permis de fédérer les professionnels de santé afin de rendre plus efficiente la prise en charge de leurs patients. Nous avons soutenu leur renforcement plutôt que la création des communautés professionnelles territoriales de santé.

Moderniser, ce n'est pas créer des inégalités de traitement entre les établissements de santé. En effet, les établissements privés souhaitant opter pour le service public hospitalier seront désormais soumis aux obligations de service public, ce qui signifie qu'ils ne pourront pas facturer de dépassements d'honoraires, et ce pour l'ensemble des actes pratiqués. Dans le même temps, les dépassements d'honoraires pourraient être autorisés pour les praticiens de l'hôpital public ayant une activité libérale en parallèle. Cela nous paraît être une erreur injustifiée.

Moderniser, enfin, ce n'est pas énoncer dans la loi des dispositions qui existent déjà. Je pense à l'article 12 *ter*, relatif au pacte territoire-santé. Vous avez annoncé ce pacte, madame la ministre, en 2012 ; depuis deux ans, il est mis en œuvre par voie réglementaire sans qu'aucun texte législatif ait été jusqu'à présent nécessaire.

En outre, avant même que le présent projet de loi ne soit adopté, vous avez fait l'annonce du pacte territoire-santé II, qui doit comprendre des mesures supplémentaires de lutte contre la désertification médicale. Je regrette que notre proposition d'organiser une concertation entre les syndicats de médecins et la CNAMTS sur l'installation des professionnels de santé en zones sous-denses n'ait pas été retenue.

Je souhaite maintenant aborder deux mesures qui, quoique totalement indépendantes l'une de l'autre, ont toutes deux cristallisé les oppositions contre ce texte.

La première est, bien sûr, la mise en place du paquet neutre. Sa présence, en nouvelle lecture, n'a tenu qu'à un fil, ou plutôt à deux, puisqu'il n'a été maintenu à l'Assemblée nationale qu'à deux voix près.

Cette « surtransposition » d'une directive européenne conduira inévitablement au développement d'un marché parallèle et clandestin et, par voie de conséquence, à la destruction brutale du réseau des buralistes en France, la concurrence des débitants frontaliers étant trop forte.

Bien évidemment, tout le monde est conscient de la dangerosité du tabac ; nul ne peut ignorer ses effets directs et néfastes sur la santé. Cependant, est-il réellement pertinent d'instaurer le paquet neutre alors même que la directive européenne encadre déjà les fabricants et leur impose de nouvelles normes concernant les emballages de cigarettes ? Cette première française aura des conséquences que le Gouvernement n'anticipe malheureusement pas.

L'exemple de l'Australie a souvent été évoqué pour justifier la mise en place du paquet neutre. Il est vrai que c'est le seul pays à l'avoir instauré, mais c'est surtout le seul pays à avoir fixé le prix du paquet de cigarettes à 14 euros !

Le vrai courage politique aurait été d'aborder la problématique de l'uniformisation européenne des tarifs du tabac. C'est également en menant une politique de prévention globale que nous pourrions obtenir des résultats tangibles, et non en sanctionnant à outrance à l'échelle nationale, ce qui n'endigera en rien la consommation de tabac.

Je me permets un aparté concernant la politique de prévention : si les intentions du Gouvernement sont louables, il n'en demeure pas moins que je ne peux partager ses orientations budgétaires. Dans mon rapport pour avis sur la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2016, j'ai eu l'occasion de souligner dans cet hémicycle la baisse importante des crédits dévolus à la prévention. Nous sommes donc en pleine contradiction entre les paroles et les actes.

La seconde mesure qui a cristallisé la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est le tiers payant généralisé et obligatoire.

Le Gouvernement ne tient pas compte du fait que de nombreux médecins pratiquent quotidiennement et spontanément le tiers payant pour leurs patients, en fonction de la situation personnelle de ces derniers. En imposant sa généralisation, vous privez le médecin de sa liberté et vous prenez le risque de dévaloriser les actes médicaux. Il est faux de dire que les médecins s'opposent à ce système : ils s'opposent seulement à sa généralisation obligatoire, mais ils y ont recours pour les populations fragiles. Le tiers payant, tel qu'il existe aujourd'hui, permet donc de répondre à la question du nonaccès aux soins pour motif financier.

En revanche, le dispositif qui est proposé entraînera *de facto* une surconsommation de l'acte médical. J'emploie volontairement un langage marchand, car cela induira de fait un phénomène de consommation, non pas d'un produit, mais d'un service qui semblera gratuit alors qu'il a un coût pour notre société.

Par ailleurs, la généralisation du tiers payant sera chronophage pour les médecins. Elle générera pour eux une surcharge de travail administratif, alors qu'il faut, au contraire, leur redonner du temps médical.

Le Gouvernement n'a pas précisé ses intentions quant aux sanctions qui seront prises à l'encontre des médecins qui refuseront de se soumettre à ce système, certains syndicats ayant d'ores et déjà appelé à la désobéissance civile.

Qu'en est-il, madame la ministre, de la demande de moratoire avant la conférence de santé programmée en février prochain ? Il semble légitime de pouvoir discuter et échanger avec les professionnels concernés avant d'imposer un quelconque dispositif.

Le groupe Les Républicains a d'ailleurs fait le choix de construire un système de santé avec les professionnels de santé et non pas contre eux, comme cela est le cas avec la généralisation obligatoire du tiers payant. Comme je l'ai rappelé au début de mon intervention, le texte dont nous débattons aujourd'hui n'a malheureusement pas intégré les principales

améliorations apportées par la majorité sénatoriale, dont l'objectif était de répondre aux inquiétudes de l'ensemble des professionnels de santé, et ce dans l'intérêt des patients.

Un débat nourri et de qualité a eu lieu lors de la première lecture de ce projet de loi. N'ayant pas été entendus, nous ne nous faisons aucune illusion quant au devenir d'un nouveau texte sénatorial ; c'est pourquoi notre groupe soutiendra la question préalable présentée par les rapporteurs au nom de la commission des affaires sociales. (Applaudissements au banc de la commission.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, nous voici réunis pour une nouvelle lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé, après l'échec de la commission mixte paritaire. Je regrette sincèrement cet échec, et en particulier sa brutalité.

Il me semble essentiel de rappeler qu'une commission mixte paritaire ne peut réussir que si trois éléments sont réunis. Il faut tout d'abord, bien entendu, y amener un texte équilibré, qui améliore le texte initial sans le dénaturer ; c'est la responsabilité du Sénat. Il faut aussi, en revanche, que l'Assemblée nationale fasse montre d'une écoute respectueuse et constructive. Enfin, et peut-être surtout, il faut que le Gouvernement ait la volonté de parvenir à un consensus.

Je ne veux pas lancer une chasse aux sorcières, chercher qui a tort et qui a raison. Certains disent le Sénat rétrograde ; il trouve plutôt sa vertu dans la prudence et la sagesse. Ainsi, quelle avancée de sa part que d'accepter les salles de shoot, quand bien même nous avons décidé de les faire encadrer par du personnel compétent, dans un cadre hospitalier !

Une commission mixte paritaire peut avoir un résultat positif : nous l'avons bien vu tout à l'heure lors de l'adoption, à l'unanimité, du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement dans le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire.

Cette issue positive nous a ravis, mon collègue corapporteur Georges Labazée et moi-même, comme l'ensemble de notre assemblée et vous-même, madame la ministre, je crois pouvoir le dire.

Pour en revenir au sujet de notre discussion, la commission des affaires sociales du Sénat, réunie le 9 décembre dernier, a majoritairement pris la décision de poser une question préalable. Nous avons adopté la même décision pour ce qui concerne le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Nous avons conçu en effet les mêmes regrets et la même amertume de ne pas pouvoir discuter de nouveau des sujets forts dont nous avons débattu lors de la première lecture du projet de loi santé, parmi lesquels, en particulier, la généralisation du tiers payant.

Nous connaissons les raisons qui nous poussaient à ne pas être favorables à cette généralisation, laquelle banalise la consultation médicale. Le tiers payant est indispensable aux patients les plus fragiles, mais sa généralisation risque d'avoir un effet pervers dans le contexte actuel, en décourageant plus encore les jeunes médecins de s'installer dans des zones où ils sont très attendus, aggravant ainsi le problème de la désertification médicale.

Sur le terrain, les discussions menées, en particulier avec des représentants du syndicat MG France, montrent que les médecins ont conscience qu'ils doivent s'organiser, comme cela a été le cas pour les infirmiers libéraux, afin d'être présents sur l'ensemble du territoire. Ils savent qu'ils doivent changer leurs habitudes et prendre leurs responsabilités, afin d'assurer la part du service public de santé qui leur est confiée. La publication de cette loi risque de compromettre ces pistes de discussion nouvelles et très intéressantes.

Nous aurions aimé discuter de nouveau de la présence des élus dans l'organisation des groupements hospitaliers territoriaux, les GHT, comme du recentrage de l'organisation des soins primaires autour des médecins généralistes, en nous appuyant sur les pôles de santé institués par la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ».

Je voudrais également mentionner la reconnaissance due aux établissements hospitaliers privés, qui exercent actuellement les missions du service public, tout en maintenant les garanties qui s'y attachent pour les patients, au premier rang desquels les tarifs opposables.

Le principal sujet qui aurait mérité que nous poursuivions nos échanges est peut-être le paquet neutre. Le tabac est un fléau sanitaire contre lequel nous ne pouvons absolument pas relâcher nos efforts. Pourquoi, cependant, madame la ministre, vouloir à tout prix aller au-delà de la directive européenne qui harmonise à l'ensemble des États membres la présentation des paquets, tout en assurant la mission de prévention à laquelle, à juste titre, vous tenez tant ? L'application de cette directive européenne, prônée par le Sénat, n'a été écartée qu'avec une majorité de deux voix à l'Assemblée nationale : n'aurait-on pu parvenir à un consensus sur le sujet ?

Il est inutile d'aller plus loin dans cette énumération, tant ces quelques exemples suffisent à exprimer notre déception.

Madame la ministre, en tant que médecin, je sais que, quand une personne est victime d'un grave problème de santé, tout le reste n'est que détail à ses yeux. C'est dire à quel point une grande loi sur la santé était si attendue et si importante. Nous reconnaissons, à ce titre, le travail mené par vous-même et par vos services. Ce sujet n'est ni de droite ni de gauche : il nous concerne tous et aurait mérité un dialogue constructif pour parvenir à un compromis que, tous, nous souhaitons.

C'est pourquoi l'échec de la commission mixte paritaire est une déception, dans un tel contexte. Certains d'entre nous y ont même perçu une forme de mépris, au vu de l'importance du blocage qui nous a été opposé.

Pour exprimer cette amertume, je ne peux que reprendre l'expression que j'ai prononcée en commission des affaires sociales la semaine dernière : si certains ont pensé avoir raison de faire la sourde oreille, notre profonde déception nous oblige à rester muets !

Vous l'aurez compris, madame la ministre, mes chers collègues, le groupe UDI-UC – à regret, j'y insiste – votera en faveur de la question préalable. (Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et du groupe Les Républicains.)

M. le président. La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion de la motion tendant à opposer la question préalable.

Question préalable

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 116 :

| | |
|------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Nombre de suffrages exprimés | 343 |
| Pour l'adoption | 188 |
| Contre | 155 |

Le Sénat a adopté.

En conséquence, le Sénat n'a pas adopté le projet de loi de modernisation de notre système de santé en nouvelle lecture.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, point n'est besoin de revenir sur le vote qui vient d'intervenir et qui met un terme à nos débats.

Comme c'est la dernière fois que je me trouve parmi vous – pour ce projet de loi, en tout cas ! (Sourires.) –, permettez-moi de vous remercier, malgré le sort funeste que vous venez de réserver à ce texte, de la part que vous avez prise, les uns et les autres, dans l'élaboration de ce projet de loi, en première lecture et lors des débats en commission.

J'adresse également mes remerciements aux services de la commission concernée, de la séance et des comptes rendus, et je veux vous souhaiter à tous, avec un peu d'avance, certes, d'excellentes fêtes de fin d'année. (Applaudissements.)

c. Projet de loi n° 54, rejeté par l'adoption d'une question préalable le 14 décembre 2015

D. Lecture définitive

RAS

Décision n° 2015 - 727 DC
**Loi de modernisation de notre système
de santé**

Article 23 de la loi Santé (ex art. 5 sexies)
Extension aux cigarettes électroniques de l'interdiction de la publicité

**Article, consolidation et travaux
parlementaires**

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|---|----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| II. Consolidation | 5 |
| III. Travaux parlementaires..... | 8 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| (AN NL) Article 23..... | 4 |
| II. Consolidation | 5 |
| A. Code de la santé publique..... | 5 |
| - Article L. 3511-3..... | 5 |
| - Article L. 3512-2..... | 6 |
| - Article L. 3512-3..... | 6 |
| B. Code général des impôts | 7 |
| - L'article 573..... | 7 |
| III. Travaux parlementaires..... | 8 |
| A. Première lecture..... | 8 |
| 1. Assemblée nationale | 8 |
| a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014..... | 8 |
| 1 - Exposé des motifs | 8 |
| b. Amendements adoptés en commission..... | 8 |
| - Amendement n° AS1404 présenté par le Gouvernement..... | 8 |
| - Amendement n° AS1405 présenté par le Gouvernement..... | 8 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 9h30..... | 9 |
| d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015 | 10 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 12 |
| f. Discussion en séances publiques | 12 |
| - Première séance du vendredi 3 avril 2015..... | 12 |
| - Deuxième séance du vendredi 3 avril 2015..... | 15 |
| g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture..... | 18 |
| 2. Sénat | 18 |
| a. Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale | 18 |
| a. Amendement adopté en commission..... | 19 |
| - Amendement n° COM-334, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, rapporteurs | 19 |
| b. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015 | 19 |
| c. Amendements présentés en séance publique..... | 21 |
| - Amendement n° 564 présenté par MM. Roche, Vanlerenghe..... | 21 |
| d. Séance publique du 16 septembre 2015 | 21 |
| - Article 5 <i>sexies</i> | 22 |
| e. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 32 |
| - Article 5 <i>sexies</i> | 32 |
| C. Commission mixte paritaire (désaccord)..... | 32 |
| D. Nouvelle lecture | 32 |
| 1. Assemblée nationale | 32 |
| a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015 | 32 |
| b. Amendements adoptés en commission..... | 33 |
| - Amendement n° AS380 présenté par M. Sebaoun, rapporteur..... | 33 |
| - Amendement n° AS381 présenté par M. Sebaoun, rapporteur..... | 33 |
| c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 16h00, compte rendu n° 12..... | 34 |
| a. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales | 34 |

| | |
|---|-----------------|
| a. Compte rendu intégral des débats, deuxième séance du mercredi 25 novembre 2015 | .35 |
| b. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618 | 39 |
| 2. Sénat | 39 |
| a. Séance publique du 14 décembre 2015 | 39 |
| b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015 | 40 |
| E. Lecture définitive | 40 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 23 5^{sexies}

I. – L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 » sont remplacés par les mots : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et les mots : « ou ces affichettes » sont supprimés ;

~~2° bis~~ A 3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharge qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur. » ;

~~2° bis~~ 4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « parrainage », sont insérés les mots : « ou de mécénat » ;

b) Après le mot : « interdite », sont insérés les mots : « lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou » ;

c) Après la seconde occurrence du mot : « tabac », la fin est ainsi rédigée : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés. » ;

~~3° Le 1° est ainsi modifié : a)~~ 5° Au 1°, après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés ».

~~b)~~ (Supprimé)

~~I bis~~ II. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3512-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 3512-3 du même code, les mots : « ou de publicité interdite » sont remplacés par les mots : « , de parrainage, de publicité ou de mécénat interdits ».

(AN1) III. – L'article 573 du code général des impôts est abrogé.

IV. – Les 1° et le ~~a~~ du 5° 3° du I entrent en vigueur le 20 mai 2016.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre V : Lutte contre le tabagisme et lutte contre le dopage

Titre Ier : Lutte contre le tabagisme

- Article L. 3511-3

Modifié par LOI n°2010-1658 du 29 décembre 2010 - art. 73 (V)

La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac, des produits du tabac ~~ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1~~ , **des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés**, ainsi que toute distribution gratuite ou vente d'un produit du tabac à un prix inférieur à celui mentionné à l'article 572 du code général des impôts sont interdites.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux enseignes des débits de tabac, ~~ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur~~, à condition que ces enseignes ~~ou ces affichettes~~ soient conformes à des caractéristiques définies par arrêté interministériel.

Elles ne s'appliquent pas non plus :

1° Aux publications et services de communication en ligne édités par les organisations professionnelles de producteurs, fabricants et distributeurs des produits du tabac **et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés**, réservés à leurs adhérents, ni aux publications professionnelles spécialisées dont la liste est établie par arrêté ministériel signé par les ministres chargés de la santé et de la communication ; ni aux services de communication en ligne édités à titre professionnel qui ne sont accessibles qu'aux professionnels de la production, de la fabrication et de la distribution des produits du tabac **et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés** ;

2° Aux publications imprimées et éditées et aux services de communication en ligne mis à disposition du public par des personnes établies dans un pays n'appartenant pas à l'Union européenne ou à l'Espace économique européen, lorsque ces publications et services de communication en ligne ne sont pas principalement destinés au marché communautaire.

Toute opération de parrainage **ou de mécénat** est interdite **lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac** ou lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, des produits du tabac ~~ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1~~ , **des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés**

3° Aux **affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharge qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur.**

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre V : Lutte contre le tabagisme et lutte contre le dopage

Titre Ier : Lutte contre le tabagisme

- Article L. 3512-2

Modifié par Ordonnance n°2006-596 du 23 mai 2006 - art. 5 JORF 25 mai 2006

Les infractions aux dispositions des articles L. 3511-2, L. 3511-3 et L. 3511-6 sont punies de 100 000 euros d'amende. En cas de propagande ~~ou de publicité interdite~~, **de parrainage, de publicité ou de mécénat interdits** le maximum de l'amende peut être porté à 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale.

En cas de récidive, le tribunal peut interdire pendant une durée de un à cinq ans la vente des produits qui ont fait l'objet de l'opération illégale.

Le tribunal ordonne, s'il y a lieu, la suppression, l'enlèvement ou la confiscation de la publicité interdite aux frais des délinquants.

Le tribunal peut, compte tenu des circonstances de fait, décider que les personnes morales sont en totalité ou en partie solidairement responsables du paiement des amendes et des frais de justice mis à la charge de leurs dirigeants ou de leurs préposés.

La cessation de la publicité peut être ordonnée soit sur réquisition du ministère public, soit d'office par le juge d'instruction ou le tribunal saisi des poursuites. La mesure ainsi prise est exécutoire nonobstant toutes voies de recours. Mainlevée peut en être donnée par la juridiction qui l'a ordonnée ou qui est saisie du dossier. La mesure cesse d'avoir effet en cas de décision de non-lieu ou de relaxe.

Les décisions statuant sur les demandes de mainlevée peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre de l'instruction ou devant la cour d'appel selon qu'elles ont été prononcées par un juge d'instruction ou par le tribunal saisi des poursuites.

La chambre de l'instruction ou la cour d'appel statue dans un délai de dix jours à compter de la réception des pièces.

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre V : Lutte contre le tabagisme et lutte contre le dopage

Titre Ier : Lutte contre le tabagisme

- Article L. 3512-3

Modifié par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 125

Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, des infractions prévues à l'article L. 3512-2.

En cas de propagande ~~ou de publicité interdite~~, **de parrainage, de publicité ou de mécénat interdits**, la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 3512-2 est applicable.

En outre, les deuxième, troisième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 3512-2 sont applicables, en cas de poursuites pénales engagées contre une personne morale ou de condamnation prononcée contre celle-ci.

B. Code général des impôts

- L'article 573

Modifié par LOI n°2013-1279 du 29 décembre 2013 — art. 68 (V)

~~Dans les débits de tabac et chez les acheteurs revendeurs mentionnés au douzième alinéa de l'article 568, la publicité pour les tabacs manufacturés est réglementée dans les conditions déterminées par décret en conseil d'Etat.~~

La publicité est interdite chez les revendeurs mentionnés au premier alinéa de l'article 568.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Néant

b. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° AS1404 présenté par le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 5, insérer l'article suivant:

I. – L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 3511-1 », sont insérés les mots : « , des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharges qui leur sont associés » ;
- b) Au 1°, après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou flacons de recharge qui leur sont associés » ;
- c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharges qui leur sont associés ».

II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La directive n° 2014/40/UE du 3 avril 2014 relative aux produits du tabac et aux produits connexes prévoit dans le cinquième point de son article 20 l'interdiction dans la majorité des médias (radio, télévision, internet, presse, parrainage) de la publicité directe et indirecte pour les dispositifs électroniques de vapotage et les flacons de recharge qui leur sont associés qui contiennent de la nicotine. Seul le support de l' « affichage », en ce qu'il relève de la seule compétence des Etats membres, et les supports destinés aux organisations professionnelles concernées, en ce qu'elles sont nécessaires à l'exercice de ce commerce et n'ont pas d'impact sur le grand public, ne sont pas concernés par ce texte européen. En outre, la publicité reste autorisée à l'intérieur des points de vente.

Le présent amendement a pour objet d'interdire la publicité pour ces produits conformément à la directive 2014/40/UE. Toutefois, afin que le dispositif soit cohérent, la publicité par affichage est ajoutée aux supports publicitaires concernés par l'interdiction, et le champ de l'interdiction est également élargi aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharge qui ne contiennent pas de la nicotine.

- Amendement n° AS1405 présenté par le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 5, insérer l'article suivant:

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, les mots : « , ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur, à condition que ces enseignes ou ces affichettes » sont remplacés par les mots « à condition que ces enseignes ».

II. – L'article 573 du code général des impôts est abrogé.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Avec 73 000 morts par an, le tabac est la première cause de mortalité évitable et la première cause de cancer en France.

Alors que le principe d'interdiction de la propagande ou de la publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac, des produits du tabac ou des ingrédients est inscrit à l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, le deuxième alinéa de ce même article prévoit que cette interdiction ne s'applique pas aux enseignes des débits de tabac ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements. Ainsi, dans les débits de tabac, la publicité pour les tabacs manufacturés n'est qu'encadrée par l'article 573 du code général des impôts et ses textes d'application (décret n° 76-1324 du 31 décembre 1976 relatif aux régimes économique et fiscal, dans les départements continentaux, des tabacs manufacturés, **décret n° 2010-720 du 28 juin 2010 relatif à l'exercice du monopole de la vente au détail des tabacs manufacturés** et arrêté modifié du 31 décembre 1992 fixant les caractéristiques des affichettes relatives à la publicité en faveur du tabac, des produits du tabac et des ingrédients dans les débits de tabac).

Or, la publicité pour les produits du tabac dans les débits (qui vendent d'autres produits et peuvent attirer un public beaucoup plus large que les seuls fumeurs) constituent un moyen essentiel de :

- promouvoir les produits et l'usage du tabac ;
- stimuler l'achat impulsif de produits du tabac ;
- donner l'impression que l'usage du tabac est socialement acceptable ;
- rendre plus difficile le sevrage tabagique.

Les jeunes sont particulièrement vulnérables aux effets promotionnels de la présentation des produits, qui cultivent également l'image de marque.

Aussi, le présent amendement a pour objet de modifier l'article L. 3511-3 du code de la santé publique et de supprimer l'article 573 du code général des impôts pour interdire la publicité des produits du tabac dans les points de vente. Cet amendement est une mesure qui fait partie du programme national de lutte contre le tabagisme 2014-2019.

Il est en cohérence avec l'article 13 de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte anti-tabac (CCLAT), ratifiée par la France en 2003, et la recommandation 22 du rapport d'évaluation relatif aux politiques de lutte contre le tabac de la Cour des comptes de décembre 2012.

c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 9h30

Elle en vient à l'amendement AS1404 du Gouvernement.

Mme la ministre. Une des propositions du programme national de réduction du tabagisme, qui transpose pour l'essentiel la directive européenne, propose d'interdire la publicité pour la cigarette électronique à l'intérieur et à l'extérieur des points de vente. Un encadrement, que j'ai mis en application l'année dernière, interdit d'ores et déjà toute comparaison entre la cigarette électronique et le tabac ; il s'agit maintenant d'aller plus loin.

M. Dominique Tian. Cette proposition me paraît étonnante : alors que le tabac fait des ravages, le corps médical voit dans la cigarette électronique une bonne solution pour les fumeurs. Pourquoi en interdire la publicité ? Si les chiffres du tabagisme sont si mauvais en France, essayons toutes les pistes susceptibles d'en favoriser l'arrêt.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis favorable. Il ne s'agit pas de statuer sur le caractère bénéfique ou nuisible du vapotage dans l'aide au sevrage, mais d'interdire des campagnes de publicité qui risquent d'en faire un mode d'entrée dans le tabagisme. On ne parle pas là d'un produit de consommation courante, mais d'une substance qui reste psychoactive, car la plupart des cigarettes électroniques contiennent de la nicotine. En autoriser la publicité pose un problème.

La Commission **adopte** l'amendement.

Elle examine, en discussion commune, les amendements AS1405 du Gouvernement et AS1149 de Mme Michèle Delaunay.

Mme la ministre. L'amendement AS1405 tend à interdire la publicité du tabac à l'intérieur des lieux de vente afin de lutter contre les achats impulsifs.

Pour revenir à la cigarette électronique, certains suggèrent en effet, puisqu'elle peut aider à sortir du tabac, de faire preuve d'une liberté totale à son égard. Cependant, si la plupart des experts français et internationaux considèrent qu'il faut en encourager l'utilisation par ceux qui souhaitent arrêter de fumer, ils pointent également la possibilité d'entrer dans le tabac par ce biais. Une étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est en cours sur le sujet. En somme, la cigarette électronique est certes meilleure que le tabac, mais mieux vaut encore ne rien utiliser. Qui plus est, on peut supposer que les fumeurs majeurs savent comment se procurer des cigarettes électroniques, qu'elles fassent ou non l'objet de publicité.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Les experts du Réseau français de réduction des risques soulignent que le geste compte beaucoup dans l'addiction. On parle ainsi d'injecteurs compulsifs pour les héroïnomanes qui s'administrent des substances de substitution : le geste est consubstantiel de leur comportement et de leur addiction chimique au produit, faisant partie d'un même cercle infernal. Dans cette perspective, le fait d'utiliser des cigarettes électroniques constitue déjà un pas vers un tabagisme plus nocif.

M. Bernard Accoyer. Nous voterons contre cet amendement en espérant ne pas être traités de suppôts d'un prétendu lobby du tabac ! En l'absence de résultats dans d'autres domaines, le Gouvernement veut faire croire qu'il lutte efficacement contre tel ou tel problème de santé publique. Or sa proposition d'interdire de communiquer à l'intérieur même des bureaux de tabac nous fait glisser vers une politique de prohibition. Si vous accordiez la même attention à la lutte contre les drogues dures ou le cannabis – dont le paquet est par définition neutre –, nous pourrions comprendre votre démarche. Mais tel n'est pas le cas, et nous ne nous laisserons pas abuser par ce semblant de politique sanitaire.

La Commission **adopte** l'amendement AS1405

d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015

Article 5 sexies

● **L'article 5 sexies apporte trois dispositions nouvelles, rassemblées pour des raisons légistiques en un article unique, car elles modifient toutes l'article L. 3511-3 du code de la santé publique.**

Le 1° et le a du 3° du I, introduits à l'initiative du Gouvernement, étendent l'interdiction générale de publicité et de distribution gratuite des produits du tabac à la cigarette électronique et à ses recharges, qu'elles contiennent ou non de la nicotine. Cette interdiction connaîtra les mêmes exceptions que les autres produits du tabac (publicité permise dans la presse spécialisée, notamment). S'agissant pour l'essentiel ⁽²⁴⁾ de la transposition du point 5 de l'article 20 de la directive, ces dispositions entreront en vigueur le 20 mai 2016 (III).

Le 2° du I, introduit à l'initiative du Gouvernement, modifie le deuxième alinéa de l'article L. 3511-3, qui autorise les affichettes à l'intérieur des débits de tabac, par exception au principe général d'interdiction de la publicité pour les produits du tabac. Il s'agit ici de supprimer cette dérogation, qui peut inciter à la consommation les clients des débits de tabac, potentiellement venus acheter d'autres produits (presse, confiserie, etc.). Par coordination, le II abroge l'article 573 du code général des impôts, qui fonde la réglementation de la publicité à l'intérieur des débits de tabac. **L'entrée en vigueur est immédiate, et non à la date du 20 mai 2016 ; cela résulte du fait que la réglementation de la publicité par affichage est laissée à l'appréciation des États membres, et donc non régie par la directive.**

Le b du 3° du I, introduit à l'initiative de notre collègue Michèle Delaunay et d'une trentaine de députés membres de la majorité (avec un avis de sagesse du rapporteur), modifie le 1° de l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, qui prévoit que l'interdiction générale de propagande en faveur du tabac ne s'applique pas aux publications professionnelles. Il s'agit ici de supprimer cette dérogation

pour les publications diffusées ou accessibles au-delà du réseau professionnel, ou ne respectant pas les avertissements sanitaires en vigueur. L'introduction de cette disposition est nourrie de l'expérience partagée des parlementaires, qui reçoivent régulièrement les publications des industries du tabac, bien que n'appartenant nullement à leur réseau professionnel.

*

La Commission en vient à l'amendement AS1404 du Gouvernement.

Mme la ministre. Une des propositions du programme national de réduction du tabagisme, qui transpose pour l'essentiel la directive européenne, propose d'interdire la publicité pour la cigarette électronique à l'intérieur et à l'extérieur des points de vente. Un encadrement, que j'ai mis en application l'année dernière, interdit d'ores et déjà toute comparaison entre la cigarette électronique et le tabac ; il s'agit maintenant d'aller plus loin.

M. Dominique Tian. Cette proposition me paraît étonnante : alors que le tabac fait des ravages, le corps médical voit dans la cigarette électronique une bonne solution pour les fumeurs. Pourquoi en interdire la publicité ? Si les chiffres du tabagisme sont si mauvais en France, essayons toutes les pistes susceptibles d'en favoriser l'arrêt.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis favorable. Il ne s'agit pas de statuer sur le caractère bénéfique ou nuisible du vapotage dans l'aide au sevrage, mais d'interdire des campagnes de publicité qui risquent d'en faire un mode d'entrée dans le tabagisme. On ne parle pas là d'un produit de consommation courante, mais d'une substance qui reste psychoactive, car la plupart des cigarettes électroniques contiennent de la nicotine. En autoriser la publicité pose un problème.

La Commission **adopte** l'amendement.

Elle examine, en discussion commune, les amendements AS1405 du Gouvernement et AS1149 de Mme Michèle Delaunay.

Mme la ministre. L'amendement AS1405 tend à interdire la publicité du tabac à l'intérieur des lieux de vente afin de lutter contre les achats impulsifs.

Pour revenir à la cigarette électronique, certains suggèrent en effet, puisqu'elle peut aider à sortir du tabac, de faire preuve d'une liberté totale à son égard. Cependant, si la plupart des experts français et internationaux considèrent qu'il faut en encourager l'utilisation par ceux qui souhaitent arrêter de fumer, ils pointent également la possibilité d'entrer dans le tabac par ce biais. Une étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est en cours sur le sujet. En somme, la cigarette électronique est certes meilleure que le tabac, mais mieux vaut encore ne rien utiliser. Qui plus est, on peut supposer que les fumeurs majeurs savent comment se procurer des cigarettes électroniques, qu'elles fassent ou non l'objet de publicité.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Les experts du Réseau français de réduction des risques soulignent que le geste compte beaucoup dans l'addiction. On parle ainsi d'injecteurs compulsifs pour les héroïnomanes qui s'administrent des substances de substitution : le geste est consubstantiel de leur comportement et de leur addiction chimique au produit, faisant partie d'un même cercle infernal. Dans cette perspective, le fait d'utiliser des cigarettes électroniques constitue déjà un pas vers un tabagisme plus nocif.

M. Bernard Accoyer. Nous voterons contre cet amendement en espérant ne pas être traités de suppôts d'un prétendu lobby du tabac ! En l'absence de résultats dans d'autres domaines, le Gouvernement veut faire croire qu'il lutte efficacement contre tel ou tel problème de santé publique. Or sa proposition d'interdire de communiquer à l'intérieur même des bureaux de tabac nous fait glisser vers une politique de prohibition. Si vous accordiez la même attention à la lutte contre les drogues dures ou le cannabis – dont le paquet est par définition neutre –, nous pourrions comprendre votre démarche. Mais tel n'est pas le cas, et nous ne nous laisserons pas abuser par ce semblant de politique sanitaire.

La Commission **adopte** l'amendement AS1405.

En conséquence, l'amendement AS1149 **tombe**.

La Commission est saisie de l'amendement AS1160 de Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Monsieur Accoyer, il n'est pas question de prohibition, mais il est important d'assumer d'ores et déjà un objectif de sortie du tabac.

L'amendement AS1160 part du constat que les revues et magazines spécialisés négligent régulièrement d'afficher les mentions sanitaires indispensables et qu'ils sont largement diffusés en dehors du milieu professionnel, en particulier auprès des parlementaires. Je suggère que cette diffusion soit désormais prohibée.

M. Dominique Tian. Interdire la publicité à l'intérieur même des débits de tabac est absurde ! Pourquoi ne pas bander les yeux au client ? Certes, les débitants n'arrivent plus à gagner leur vie, on leur a permis de vendre d'autres produits ; on peut donc craindre que des clients venant acheter autre chose ne s'aperçoivent qu'ils sont entrés dans un débit de tabac. Quel danger, en effet !

M. Olivier Véran, rapporteur. Replaçons le débat sur l'amendement de Mme Delaunay. Le code de la santé publique prévoit que l'interdiction générale de propagande en faveur du tabac ne s'applique pas aux publications professionnelles. L'amendement propose de supprimer cette dérogation pour les publications diffusées en dehors du réseau professionnel ou ne respectant pas les avertissements sanitaires en vigueur.

Cette précision me paraît redondante s'agissant des avertissements sanitaires. La loi est déjà très claire puisque leur non-respect constitue une infraction réprimée par le droit commun. En revanche, la mise à disposition des revues professionnelles du tabac en dehors du réseau de distribution professionnel classique est plus problématique. Il nous arrive, en effet, d'en recevoir au Parlement.

Par conséquent, je donne un avis de sagesse.

La Commission **adopte** l'amendement.

e. Amendements adoptés en séance publique

Amendements rédactionnels, RAS

f. Discussion en séances publiques

- Première séance du vendredi 3 avril 2015

Article 5 *sexies*

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, inscrit sur l'article.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, vous savez comme moi qu'il existe actuellement un débat de santé publique sur la cigarette électronique. Pour l'heure, ce débat n'est pas tranché sur le plan scientifique. Certains sont favorables à son autorisation, d'autres la recommandent même comme un moyen sûr de sortir du tabagisme. Je trouverais maladroit que le législateur et surtout l'exécutif prennent des décisions avant toute lecture scientifique par le corps médical.

D'autre part, il nous semble illogique d'interdire dans les bureaux de tabac la publicité non visible de l'extérieur. Comment quelqu'un qui entre dans un tel établissement serait-il incité à acheter du tabac en raison de ce qu'il y voit ?

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet article 5 *sexies*, introduit par voie d'amendement en commission, s'en prend au vapotage. Chacun sait que le vapotage est un moyen efficace de désintoxication, un moyen de rompre l'addiction des grands fumeurs pour la nicotine. Aussi, madame la ministre, il est quelque peu hâtif de vouloir le mettre de côté alors que nombre de tabacologues considèrent que, dans bien des cas, il est utile pour permettre à de grands fumeurs, exposés aux complications bien entendu gravissimes d'un tabagisme chronique, d'être ainsi protégés. C'est pour cette raison que cet article me paraît injustifié et aller à l'encontre de l'objectif que nous partageons, mes chers collègues : la lutte contre le tabagisme.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet article concerne en effet le vapotage, mais aussi la publicité à l'intérieur des bureaux de tabac. Madame la ministre, je ne parviens pas à comprendre pourquoi, à l'alinéa 3, vous voulez interdire les affiches et les affichettes disposées par les buralistes à l'intérieur des bureaux de tabac. Qu'elles soient interdites à l'extérieur, c'est compréhensible, mais quand on a fait la démarche d'y entrer pour acheter du tabac, je ne vois pas en quoi la publicité qui s'y trouve serait incitative à la consommation.

M. le président. La parole est à M. Olivier Marleix.

M. Olivier Marleix. Une fois encore, nous sommes devant une forme d'outrance, de lutte quelque peu extrême, qui se déroule maintenant à l'intérieur des bureaux de tabac. Madame la ministre, allez sur internet et vous verrez que la disposition que vous proposez va créer encore une distorsion de concurrence complètement grotesque. On est vraiment là dans la chasse aux buralistes, il s'agit de leur compliquer la vie en permanence. Je vous invite à lire l'excellent rapport de la Cour des comptes, fait à la demande de la commission d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, sur les fraudes dans notre pays. Les chiffres sont édifiants : chaque année transitent par Roissy trente-cinq millions d'envois postaux de moins de deux kilos, ce qui veut dire environ 300 tonnes de petits paquets par jour, pour une dizaine de douaniers seulement. Que trouvent-ils à chaque fois qu'ils font des contrôles – lesquels sont ciblés parce qu'ils ont l'œil – ? Ils trouvent évidemment des cigarettes de contrebande, plusieurs centaines de tonnes par an, c'est le constat de la direction générale des douanes.

M. Bernard Accoyer. En Haute-Savoie, c'est terrible !

M. Olivier Marleix. On est vraiment dans un système où il y a deux poids, deux mesures : vous consacrez toute votre énergie, toute votre intelligence et toute l'ingéniosité des services de votre ministère à enquiquiner la vie du petit buraliste (« *Eh oui !* » sur les bancs du groupe UMP) alors que vous ne proposez rien pour lutter contre la fraude provenant de l'étranger,...

M. Bernard Accoyer. Cela va même l'aggraver !

M. Olivier Marleix. ...à la différence de ce qu'ont proposé Jean-Pierre Door et plusieurs de mes collègues. Ce deux poids, deux mesures est complètement grotesque. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Vous voulez lutter contre la dépendance, mais dans celle-ci il y a le produit mais aussi le rituel de consommation dudit produit, madame la ministre. La cigarette électronique induit un clivage salutaire entre les deux : elle maintient le rituel tout en diminuant la consommation. Dans la majorité des cas, elle permet de sortir de l'esclavage de la dépendance et de retrouver sa liberté. Si on est pour la liberté, on devrait donc soutenir, même s'il est imparfait, le processus de la cigarette électronique. Quant aux études sur les substances qui sont alors inhalées, elles sont biaisées puisque basées sur les résultats de fortes doses de produits brûlés à de très hautes températures, ce qui n'est pas le cas dans la consommation réelle. L'immense majorité de mes confrères qui essaient d'aider des patients à sortir de l'esclavage du tabagisme, c'est-à-dire d'une dépendance au tabac, soutiennent la cigarette électronique.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr !

M. Nicolas Dhuicq. Nous verrons dans les années à venir si l'état de nos connaissances progresse à ce sujet, mais je rappelle à Mme Delaunay et à ceux qui tiennent ce type de raisonnement que si aujourd'hui un laboratoire inventait l'aspirine, il n'aurait pas le droit de la mettre sur le marché parce qu'elle a une très faible faculté anticoagulante, alors que l'aspirine sauve des vies humaines. Ce principe de précaution absolue est en train de tuer toute capacité d'innovation en France. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, vous allez porter atteinte avec cet article à un moyen technique qui permet à de nombreux Français de sortir de l'esclavage du tabagisme. Je ne comprends pas votre raisonnement.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 474.

Mme Valérie Boyer. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je vais me permettre, monsieur le président, de faire une réponse groupée s'agissant de l'ensemble des amendements de l'opposition (« *Non !* », « *Non !* » sur les bancs

du groupe UMP), qui visent à dépiauter l'article, alinéa par alinéa, parce que la commission a évidemment émis des avis défavorables.

Cet article propose d'interdire la publicité pour la cigarette au sein des bureaux de tabac. Un citoyen qui y entre et voit un affichage pour des produits tabagiques peut avoir un comportement d'achat impulsif (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*) qui participe d'une consommation contre laquelle nous souhaitons lutter. Cela va dans le sens du paquet neutre.

Deuxième point : l'article propose de supprimer la publicité pour le vapotage. Il ne s'agit pas d'une disposition contre le vapotage.

Mme Claude Greff. C'est la même chose !

M. Olivier Véran, rapporteur. Il ne faut pas confondre un produit de substitution au tabagisme avec un produit de consommation comme un autre. Je suis sûr que dans les villes de vos circonscriptions, vous avez, vous aussi, des échoppes qui vendent des produits pour des e-cigarettes avec des noms de marques en gros, des images affichées à même les vitrines. J'ai même vu qu'à Grenoble il y a une vitrine sur laquelle on promet un essai gratuit d'une e-cigarette ! Si celle-ci peut être un produit de substitution au tabac, il n'en reste pas moins que la plupart d'entre elles contiennent de la nicotine, ce qui, vous en conviendrez, mes chers collègues, est une substance psychoactive. Promettre sur une grande vitrine, à une centaine de mètres d'un lycée, un essai gratuit pour une substance psychoactive ne semble pas aller dans le sens de l'intérêt général et de l'amélioration de la santé des Français.

M. Arnaud Robinet. Et les patchs ?

M. Olivier Véran, rapporteur. Je le répète : il ne s'agit pas de lutter contre la e-cigarette mais d'encadrer la communication qui se développe autour.

Troisième et dernier point : l'article prévoit l'interdiction des publications, qu'elles émanent ou non de lobbies, qui traitent du tabac en dehors des réseaux du tabac, je pense notamment à celles que nous recevons en tant que parlementaires, ainsi que les fonctionnaires en responsabilité.

Mme Claude Greff. Ridicule !

M. Olivier Véran, rapporteur. J'ai encouragé ces mesures en commission et nous ne reviendrons pas dessus en séance. L'avis est donc défavorable pour cet amendement ainsi que pour les suivants.

Mme Claude Greff. Vous vivez dans un autre monde !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Si j'entends les arguments du rapporteur, il faudrait encore aller plus loin et supprimer tous les substituts nicotiques, je pense aux patchs, ainsi que la publicité qui s'y rapporte. Les cigarettes électroniques contiennent certes de la nicotine, mais aussi les patchs et certains chewing-gums. Je rappelle que ce n'est pas la nicotine qui est en cause dans le cancer du poumon ou de la vessie, mais le goudron et les autres substances contenues dans la cigarette.

M. Gérard Sebaoun. C'est la nicotine qui crée la dépendance !

M. Arnaud Robinet. Je reconnais que nous manquons encore de recul, mais les cigarettes électroniques peuvent être considérées à ce jour comme un substitut nicotinique, et je ne vois pas pourquoi on en interdirait la publicité alors qu'elles permettent à un grand nombre de nos concitoyens, beaucoup de tabacologues le reconnaissent, de se détacher de la cigarette et, pour certains, d'arrêter totalement la consommation du produit de substitution au bout d'un certain nombre de mois, et de retrouver une vie saine. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. Philippe Vitel. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Les arguments avancés par notre collègue Arnaud Robinet sont frappés au coin du bon sens, et je rappelle que c'est un spécialiste incontesté de la pharmacologie. Madame la

ministre, monsieur le rapporteur, il est évident que vous confondez nicotine et goudron comme vous avez confondu prévention et prohibition.

M. Gérard Sebaoun. Pas du tout ! C'est bien la nicotine qui entraîne la dépendance !

M. Bernard Accoyer. Cela pose tout de même un problème préoccupant à ce stade de nos débats.

Je note par ailleurs que cet article s'en prend exclusivement aux débitants de tabac. Loin de moi l'idée que le tabac soit une substance sans danger, mais votre fixation discriminatoire à leur encontre est en train d'ouvrir une autoroute au commerce de la cigarette sur internet. (*« Eh oui ! » sur plusieurs bancs du groupe UMP.*) Aujourd'hui, il est déjà florissant, et si on y ajoute la contrebande et les trafics en tout genre,...

Mme Claude Greff. Et on ne sait pas ce qu'on va trouver dans ces cigarettes !

M. Bernard Accoyer. ...vous êtes en train de créer des conditions sanitaires défavorables et des conditions économiques négatives. Vous vous en prenez à une profession dont l'un des membres a été condamné très lourdement il y a deux jours pour des faits qui ressemblent fort à de la légitime défense contre un cambrioleur. Le parquet avait d'ailleurs requis la relaxe.

Madame la ministre, nous vous demandons un peu de logique dans votre politique de prévention contre le tabagisme, de la cohérence, de l'efficacité et de la lucidité : il y a une différence entre goudron et nicotine, entre fumer des cigarettes et vapoter. Il faut aussi comprendre que si vous tuez les bureaux de tabac, ce sera un « booster » fantastique pour les trafics en tout genre, pour la contrebande et pour l'e-commerce. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

(*L'amendement n° 474 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement rédactionnel, n° 2054 rectifié, présenté à titre personnel par M. le rapporteur.

(*L'amendement n° 2054 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

- Deuxième séance du vendredi 3 avril 2015

Article 5 *sexies* (suite)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 27 et 423.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n° 27.

M. Philippe Vitel. Madame la ministre, le médecin que je suis fait confiance à la nature humaine. Nous pouvons avoir confiance dans les capacités de discernement des uns et des autres et, surtout, préserver le libre arbitre de chacun, notion qui nous est si chère.

J'ai été un fumeur dépendant pendant des années. Lorsque j'allais acheter mes cigarettes dans un bureau de tabac, je ne regardais pas s'il y avait des affichettes ou pas car une seule idée me préoccupait : pouvoir tenir le plus vite possible entre mes mains ce paquet de cigarettes pour lequel j'étais prêt à parcourir des kilomètres.

Nous devons avoir confiance dans l'humanité. Ce serait faire insulte aux hommes et aux femmes que de penser qu'ils sont totalement dépendants d'un système publicitaire, quel qu'il soit. Il pourrait en aller différemment, en revanche, des informations fournies sur ces produits ou de l'identification des lieux où ils se vendent, avec la bénédiction de l'État d'ailleurs qui s'enrichit fortement de ces ventes.

M. Arnaud Richard. Très bien !

M. Philippe Vitel. Je pense que la publicité sur les lieux de vente est déjà fortement encadrée par la loi et que nous pouvons continuer ainsi.

Cet amendement tend par conséquent à supprimer l'alinéa 3.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 423.

M. Jean-Pierre Door. Cette mesure est totalement illusoire. À multiplier les amendements en ce sens, j'ai le sentiment que l'on cherche à aggraver le métier de buraliste. Il faudrait revoir cette situation difficile plutôt que d'agir ainsi car ils ne font qu'exercer leur métier.

Monsieur le rapporteur, une meilleure solution serait de supprimer la carotte du bureau de tabac qui est présente dans les rues de toutes les villes et exerce un pouvoir d'attraction indéniable. Je pourrais vous proposer un amendement dans ce sens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

M. Olivier Véran, *rapporteur de la commission des affaires sociales.* Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.* Même avis.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Pourquoi n'essaierions-nous pas de parier sur l'intelligence ? Vous ne comprenez pas que votre message, au travers de ce texte de loi, est extrêmement confus. Vous attaquez des produits licites et encadrés. Je le répète : que cela déplaît ou non, aucune société humaine ne s'est jamais passée de l'usage encadré de psychotropes, d'une manière ou d'une autre. Surtout, vous prenez des gens pour des imbéciles en voulant supprimer la publicité dans le lieu même de consommation. Est-ce à dire que, rue de Solférino – pour le moment, nous sommes immunisés contre la tentation de pénétrer au siège du parti socialiste mais sait-on jamais, il pourrait arriver que l'on développe une dépendance au socialisme – vous allez supprimer le logo du parti socialiste ? Supprimez la rose tant que vous y êtes. C'est totalement absurde !

Mme Chaynesse Khirouni. C'est une obsession, le parti socialiste !

M. Nicolas Dhuicq. C'est une grande perversion que le socialisme, en effet.

Vous ne vous rendez pas compte qu'à force de poser des interdictions sur des éléments déjà encadrés, vous poussez les jeunes au désespoir et à la prise de risques toujours plus grande.

M. Xavier Breton. Tout à fait.

M. Nicolas Dhuicq. Nous y reviendrons avec le paquet blanc. Sur un plan psychologique, vous ne comprenez pas...

Mme Martine Pinville. Quel mépris !

M. Nicolas Dhuicq. ...la force magique de l'interdit que vous êtes en train de porter là où, justement il faudrait faire preuve de souplesse. Et de l'autre côté, vous laissez les portes grandes ouvertes pour les conduites les plus dangereuses qui soient.

M. Xavier Breton. C'est vrai.

M. Nicolas Dhuicq. De grâce, il serait bien, une fois pour toutes, de considérer que les gens peuvent avoir une once d'intelligence et de commencer à les entendre surtout quand ils vous envoient, comme la semaine dernière, plus qu'un avertissement, qui concerne tout le monde dans cet hémicycle. Cela s'appelle le peuple et la démocratie.

M. le président. La parole est à M. Olivier Marleix.

M. Olivier Marleix. Je voudrais à mon tour souligner l'immense et incroyable décalage qui persiste entre cette somme d'interdits que l'on impose aux buralistes et l'inaction complète face à internet. Nous légiférons dans ce pays comme si nous vivions dans un monde clos, comme si rien n'existait autour de nous, ni pays étrangers, ni frontières, ni trafic avec les pays frontaliers – je vous renvoie à la perte de chiffres d'affaires des bureaux de tabac dans les régions frontalières. Au passage, tant pis pour l'évasion fiscale qui pénalise les caisses de l'État.

Aujourd'hui, la publicité fleurit sur internet autour de tous les produits possible, et pas seulement ceux fabriqués en France. Aucun contrôle n'est exercé sur la nature de ces publicités ni sur la qualité des

produits concernés. Dans l'intérêt de la santé publique, madame la ministre, vous feriez mieux de vous intéresser à ce sujet plutôt que de vous préoccuper des petits bureaux de tabac dans nos campagnes. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

Il est dommage que l'on ne vous entende pas à ce propos car ce qu'il se passe sur internet mérite autant d'attention.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Cette mesure est absurde et disproportionnée. Nul ne met en doute la détermination de chacun à lutter contre l'addiction au tabac. Nous avons tous, au cours de ce mandat ou de mandats précédents, travaillé autour de ces questions. Malheureusement, la mesure que vous proposez aujourd'hui n'est ni proportionnée, ni cohérente. Rien n'est fait pour lutter contre les trafics aux frontières ou la publicité via internet.

La France devrait agir au niveau européen pour que tous les pays de l'Union adoptent la même politique. Plutôt que d'œuvrer en ce sens, vous préférez déstabiliser le marché intérieur français. Vous laissez faire le trafic aux frontières et vous ne vous préoccupez pas d'internet. Nous restons dans cette situation paradoxale faute d'avoir fait le choix entre prévention et prohibition, sans parler de l'absence de proportionnalité dans les mesures proposées.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet article marque votre acharnement contre les petits bureaux de tabac qui sont parfois les seuls commerces de proximité dans nos campagnes. J'avais eu l'occasion de saisir la ministre du commerce et de l'artisanat en décembre 2013 de ce sujet, laquelle m'avait répondu le 18 décembre 2013 : « Certains buralistes doivent faire face à une situation économique complexe, la confédération des buralistes signale la disparition de 6 000 bureaux de tabac sur 33 000 depuis 2004. Mon objectif est de permettre aux buralistes d'atteindre l'équilibre économique pour qu'ils continuent à former le premier des réseaux de commerces de proximité ». J'ai l'impression que nous faisons tout le contraire aujourd'hui.

(Les amendements identiques n^{os} 27 et 423 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 28 et 476.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n^o 28.

M. Philippe Vitel. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n^o 476.

Mme Valérie Boyer. Il est défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 28 et 476, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n^o 2055 rectifié de M. Richard Ferrand, rapporteur, est rédactionnel.

(L'amendement n^o 2055 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 35, 424 et 477.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n^o 35.

M. Philippe Vitel. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 424.

M. Jean-Pierre Door. Également défendu.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n^o 477.

Mme Valérie Boyer. Défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 35, 424 et 477, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(L'article 5 sexies, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 5 sexies (nouveau)

I. – L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 » sont remplacés par les mots : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et les mots : « ou ces affichettes » sont supprimés ;

2° bis (nouveau) Après la seconde occurrence du mot : « tabac », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés. » ;

3° Le 1° est ainsi modifié :

a) Après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le présent 1° ne s'applique pas aux publications diffusées ou accessibles en dehors du réseau professionnel ou ne comportant pas les avertissements sanitaires prévus par décret ; ».

II. – L'article 573 du code général des impôts est abrogé.

III. – Le 1° et le a du 3° du I entrent en vigueur le 20 mai 2016.

2. Sénat

a. Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale

Article 5 sexies (nouveau)

I. - L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 » sont remplacés par les mots : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et les mots : « ou ces affichettes » sont supprimés ;

2° bis (nouveau) Après la seconde occurrence du mot : « tabac », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés. » ;

3° Le 1° est ainsi modifié :

a) Après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le présent 1° ne s'applique pas aux publications diffusées ou accessibles en dehors du réseau professionnel ou ne comportant pas les avertissements sanitaires prévus par décret ; ».

II. - L'article 573 du code général des impôts est abrogé.

III. - Le 1° et le a du 3° du I entrent en vigueur le 20 mai 2016.

a. Amendement adopté en commission

- Amendement n° COM-334, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, rapporteurs

Article 5 *sexies* (nouveau)

I. - Alinéa 4

Rédiger comme suit cet alinéa :

2° *bis* (nouveau) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

- a) après le mot : « parrainage », sont insérés les mots : « ou de mécénat »,
- b) après le mot "interdite", sont insérés les mots : "lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou » ;
- c) après la seconde occurrence du mot "tabac" la fin de l'alinéa est ainsi rédigée: ", des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés.";

II. - Alinéas 7 et 8

Supprimer ces alinéas

Objet

Le texte adopté par l'Assemblée nationale modifie l'article L.3511-3 du code de la santé publique, en particulier son dernier alinéa, à deux articles différents : l'article 5 *sexies* (extension aux dispositifs de vapotage), et l'article 5 *octies* (interdiction du mécénat). Pour la clarté du texte, vos rapporteurs vous proposent de fusionner ces deux articles.

Pour les raisons exposées ci-après sur l'article 5 *octies*, elle ne juge pas opportun d'élargir le champ de la majoration de la sanction de « 50 % de l'opération » à l'interdiction à la vente de certains produits et à la teneur des cigarettes en divers ingrédients, qui ne constituent pas des « opérations » et pour lesquels elle paraît difficilement applicable. Ces dispositions ne sont donc pas reprises au présent article.

L'état du droit permet d'ores et déjà de n'autoriser la publicité que lorsque les publications professionnelles sont destinées à un public bien défini. Quant à la mention des avertissements sanitaires, elle correspond également à l'état du droit. L'article L. 3512-2 du code de la santé publique prévoit que les infractions à la législation sur la publicité sont punies de 100 000 euros d'amende et qu'en cas de récidive, le tribunal peut interdire pour une durée de un à cinq ans la vente des produits qui ont fait l'objet de l'opération illégale. C'est pourquoi vos rapporteurs vous proposent de supprimer cette disposition.

b. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015

Article 5 *sexies*

(art. L. 3511-3 du code de la santé publique
et art. 573 du code général des impôts)
Extension aux cigarettes électroniques de l'interdiction de la publicité,
suppression des affichettes et limitation de la publicité
dans les publications professionnelles

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, modifie les règles relatives à la publicité pour les produits du tabac en étendant l'interdiction générale aux dispositifs de vapotage ; il supprime les

autorisations dérogatoires des affichettes dans les débits de tabac et des publications professionnelles diffusées ou accessibles au-delà du réseau professionnel.

I - Le dispositif proposé

Une interdiction générale assortie de dérogations

L'article L. 3511-3 du code de la santé publique pose une interdiction générale de publicité pour le tabac, les produits du tabac et les ingrédients utilisés dans la fabrication ou la préparation d'un produit du tabac.

Il interdit également toute opération de parrainage lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, des produits du tabac ou des ingrédients.

Le même article prévoit deux exceptions à l'interdiction générale : les enseignes des débits de tabac et les affichettes qui sont disposées à l'intérieur ainsi que les publications et services de communication en ligne édités par les organisations professionnelles et destinés aux professionnels ou non principalement destinés au marché communautaire.

Une extension aux dispositifs de vapotage

Introduits à l'initiative du Gouvernement, le 1° et le a) du paragraphe I de l'article étendent l'interdiction générale de publicité et ses exceptions aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharge qui leur sont associés. Ils procèdent à la transposition du 5. de l'article 20 de la directive 2014/40/UE qui prescrit une telle interdiction aux États membres, à l'exception, déjà prévue par le code de la santé publique, des publications destinées aux professionnels et des publications imprimées et éditées dans des pays tiers et non principalement destinées au marché de l'Union.

Le 2° *bis* étend aux dispositifs de vapotage l'interdiction de toute opération de parrainage. Cette interdiction n'est visée par la directive que pour les opérations impliquant plusieurs États membres de l'Union européenne.

L'interdiction de la publicité dans les débits de tabac

Inséré à l'initiative du Gouvernement, le 2° du I supprime la référence aux affichettes disposées à l'intérieur des débits de tabac parmi les exceptions au principe général d'interdiction de la publicité en faveur des produits du tabac prévues au deuxième alinéa de l'article L. 3511-3.

En conséquence, le paragraphe II de l'article supprime l'article 573 du code général des impôts, qui renvoie à un décret le soin de fixer les règles applicables à la publicité pour les produits du tabac dans les débits de tabac. Cette publicité étant désormais interdite, l'article n'a en effet plus lieu d'être.

L'interdiction de la publicité dans les publications professionnelles

A l'initiative de notre collègue députée Michèle Delaunay et de plusieurs membres du groupe SRC, le b) du 3° complète le 1° de l'article L. 3511-3 prévoyant, pour les revues professionnelles, une exception à l'interdiction générale de la publicité pour les produits du tabac. Il s'agit de prévoir que cette exception ne s'applique pas « aux publications diffusées ou accessibles en dehors du réseau professionnel ou ne comportant pas les avertissements sanitaires prévus par décret ». La restriction apportée au champ de cette exception repose sur le constat que la presse professionnelle peut faire l'objet d'une diffusion plus large que les seuls professionnels et que les députés peuvent, par exemple, être destinataires de telles publications.

Le paragraphe III de l'article est relatif à l'entrée en vigueur de ses dispositions. Pour les dispositions qui relèvent de la transposition de la directive européenne 2014/40, l'entrée en vigueur est fixée à l'expiration du délai de transposition, le 20 mai 2016.

II - La position de la commission

Supprimer la disposition relative aux publications professionnelles

Le b) du 3° de l'article semble satisfait par l'actuelle rédaction du 1° de l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, qui prévoit une exception à l'interdiction générale de la publicité pour les publications et services de communication en ligne édités par les professionnels lorsqu'ils sont « réservés à leurs adhérents » et pour les services de communication en ligne édités à titre professionnel « qui ne sont accessibles qu'aux professionnels de la production, de la fabrication et de la distribution des produits du tabac ».

L'état du droit permet donc d'ores et déjà de n'autoriser la publicité que lorsque les publications sont destinées à un public bien défini. Quant à la mention des avertissements sanitaires, elle correspond également à l'état du droit. L'article L. 3512-2 du code de la santé publique prévoit que les infractions à la législation sur la publicité sont punies de 100 000 euros d'amende et qu'en cas de récidive, le tribunal peut interdire pour une durée de un à cinq ans la vente des produits qui ont fait l'objet de l'opération illégale.

C'est plutôt l'effectivité de ces dispositions qu'il convient de garantir, alors que le simple usage d'un moteur de recherche fait apparaître des images de publicité dont certaines sont de surcroît dépourvues d'avertissements sanitaires. C'est pourquoi votre commission a supprimé ces alinéas (amendement COM-334).

Rassembler dans cet article les dispositions relatives à la publicité et au mécénat

Le texte adopté par l'Assemblée nationale modifie l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, en particulier son dernier alinéa, à travers deux articles différents : l'article 5 *sexies* (extension aux dispositifs de vapotage), et l'article 5 *octies* (interdiction du mécénat). Dans un souci de clarté, votre commission a fusionné ces deux articles.

Pour les raisons exposées ci-après sur l'article 5 *octies*, elle ne juge pas opportun d'élargir le champ de la majoration de la sanction de « 50 % de l'opération » à l'interdiction à la vente de certains produits et à la teneur des cigarettes en divers ingrédients, qui ne constituent pas des « opérations » et pour lesquelles elle paraît difficilement applicable. Ces dispositions ne sont donc pas reprises au présent article.

A l'initiative de ses rapporteurs, votre commission a adopté un amendement rassemblant au même article les dispositions prévues à l'article 5 *sexies* (extension à la cigarette électronique des dispositions relatives à la publicité pour les produits du tabac) et 5 *octies* (interdiction du mécénat), ces deux articles modifiant le même article du code de la santé publique. Par le même amendement, elle a supprimé la modification relative aux publications professionnelles, jugée satisfaite par l'état du droit en vigueur (amendement COM-334).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

c. Amendements présentés en séance publique

- Amendement n° 564 présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe

Article 5 *sexies*

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 2°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharges qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur. » ;

Objet

L'objet de cet amendement est de permettre aux détaillants de dispositifs électroniques de vapotage, buralistes et commerçants spécialisés, de disposer d'affichettes publicitaires pour ces produits sur les lieux de vente.

d. Séance publique du 16 septembre 2015

- Article 5 *sexies*

I. – L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 » sont remplacés par les mots : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et les mots : « ou ces affichettes » sont supprimés ;

2° *bis (nouveau)* Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « parrainage », sont insérés les mots : « ou de mécénat » ;

b) Après le mot : « interdite », sont insérés les mots : « lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou » ;

c) Après la seconde occurrence du mot : « tabac », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés. » ;

3° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au 1°, après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés » ;

b) *Supprimé*

II. – L'article 573 du code général des impôts est abrogé.

III. – Le 1° et le a du 3° du I entrent en vigueur le 20 mai 2016.

[Mme la présidente](#). Je suis saisie de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 223 rectifié, présenté par MM. Gilles, de Nicolaÿ, B. Fournier, Commeinhes, Charon et Grand, Mme Hummel, M. Trillard et Mme Gruny, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Supprimer cet alinéa.

II. – Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

2° Après les mots : « débits de tabac », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « , ni aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharge qui leur sont associés, disposées à l'intérieur de ces établissements, à condition que ces enseignes ou ces affichettes ne soient pas visibles de l'extérieur et soient conformes à des caractéristiques définies par arrêté interministériel. » ;

La parole est à M. Bruno Gilles.

[M. Bruno Gilles](#). Cet amendement vise à autoriser la publicité pour la cigarette électronique dans les débits de tabac par affichettes non visibles de l'extérieur. En effet, de nombreux témoignages – dont ceux de médecins généralistes, de pneumologues ou d'addictologues – font état de l'efficacité de la cigarette électronique, notamment à l'égard des gros fumeurs ou des fumeurs de longue date, pour les amener à diminuer, voire à arrêter, leur consommation de tabac.

Par ailleurs, il a beaucoup été fait allusion à un rapport publié au mois d'août dernier par l'organisme britannique de santé publique, le Public Health England, qui est une agence du ministère de la santé du Royaume-Uni ; vous citez d'ailleurs précédemment, madame la ministre, ce pays comme plutôt l'un des bons élèves en la matière, puisque seulement 25 % de sa population fume. Cette agence tout à fait officielle estime dans ce rapport que les cigarettes électroniques sont moins dangereuses de 95 % que les cigarettes classiques et constitueraient sans doute un outil efficace dans la lutte contre le tabagisme.

En effet, selon ces experts, la cigarette électronique offre l'avantage de ne contenir aucun des éléments du tabac ni du papier de la cigarette – tels que carbone ou encore goudron ; elle contient seulement de la nicotine à des doses très réduites, de même que les patches, dont la vente est légale. Par ailleurs, elle provoque non pas de la fumée, mais une vapeur libérant de la nicotine à des doses infinitésimales sans

danger pour les personnes dans le voisinage immédiat du vapoteur ; cette évaporation de la nicotine a été jugée négligeable par les auteurs de l'étude.

Ces cigarettes électroniques ne constitueraient donc pas une menace pour les personnes entourant les utilisateurs. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle elles ont été autorisées dans les lieux publics de nombreux pays, notamment européens.

Aussi, afin d'offrir une information aux fumeurs qui souhaitent diminuer leur consommation ou tout simplement arrêter de fumer, cet amendement tend à autoriser la publicité de la cigarette électronique dans les débits de tabac, par des affichettes non visibles de l'extérieur. On pourrait ainsi espérer que certains fumeurs entrant dans ces commerces soient attirés par ces affichettes et, pourquoi pas ?, décident un jour, pour leur plus grand bien, de passer au vapotage, voire d'arrêter de fumer.

Mme la présidente. L'amendement n° 583, présenté par MM. P. Dominati et Lemoyne, est ainsi libellé :

Alinéas 2 et 7 à 9

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Si vous le permettez, madame la présidente, je présenterai en même temps les amendements n° 389 rectifié et 388 rectifié.

Mme la présidente. Je vous en prie, mon cher collègue.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Les deux premiers amendements n° 583 et 389 rectifié sont défendus, car ils ont un objet très similaire à celui que vient de présenter Bruno Gilles, qui a parfaitement résumé notre démarche. Ils visent à autoriser la publicité pour ces « vaporettes » à l'intérieur des lieux de vente ; en outre, un amendement de M. Roche va dans le même sens et il est peut-être mieux rédigé.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 388 rectifié, il vise la situation de l'affichage à l'intérieur des débits de tabac ; il s'agit ici de l'équilibre ancien issu de la loi Évin et de la décision du Conseil constitutionnel y afférente. Cette décision était claire et validait l'interdiction de la publicité « considérant que ces dispositions [de limitation] trouvent leur fondement dans le principe constitutionnel de protection de la santé publique [et.] qu'au demeurant, la loi réserve la possibilité de faire de la publicité à l'intérieur des débits de tabac ». En voulant revenir sur cette possibilité, le Gouvernement remet donc en cause un équilibre subtil retenu par le Conseil constitutionnel.

Dans cet hémicycle, nous sommes tous amenés à fréquenter des bars-tabacs dans les zones rurales ou urbaines de nos circonscriptions, et je ne crois pas que nous ayons jamais été agressés, si j'ose dire, par ces affichettes de publicité, qui restent relativement discrètes. Supprimer ce moyen de communication n'apporterait pas grand-chose selon moi et reviendrait sur un principe consacré par le Conseil constitutionnel.

Tel est l'objet de cet amendement, par ailleurs assez largement cosigné.

Mme la présidente. L'amendement n° 389 rectifié, présenté par M. Lemoyne, Mme Duchêne, MM. Commeinhes et Pellevat, Mme Imbert, MM. Grand, J.P. Fournier, Houel, Charon et Groperrin, Mme Des Esgaulx, MM. Falco, Longuet, de Raincourt et Revet, Mme Mélot, M. Chaize, Mme Duranton, MM. de Nicolaï, Bouchet, Saugey, Laménie, Vasselle et Lefèvre, Mmes Lamure, Lopez et Micouleau, M. Allizard et Mme Gruny, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 2

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des débits de tabac, non visibles de l'extérieur, à condition que ces affichettes soient conformes à des caractéristiques définies par arrêté interministériel. » ;

Cet amendement a déjà été défendu.

L'amendement n° 388 rectifié, présenté par M. Lemoyne, Mme Duchêne, MM. Commeinhes et Pellevat, Mme Imbert, MM. Grand, J.P. Fournier, Houel, Charon et Groperrin, Mme Des Esgaulx,

MM. Falco, Longuet, de Raincourt et Revet, Mme Mélot, M. Chaize, Mme Duranton, MM. de Nicolaÿ, Bouchet, Saugey, Laménie, Vasselle et Lefèvre, Mmes Lamure et Lopez, M. Allizard et Mme Gruny, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

Cet amendement a également été défendu.

L'amendement n° 564, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union des démocrates et indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 2°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharges qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur. » ;

La parole est à M. Gérard Roche.

[M. Gérard Roche.](#) Cet amendement a pour objet de permettre aux détaillants de dispositifs électroniques de vapotage— buralistes et commerçants spécialisés —de disposer d'affichettes publicitaires pour ces produits sur les lieux de vente.

En effet, l'article 5 *sexies* interdit la publicité des produits du tabac dans les débits, notamment au motif légitime de la vulnérabilité de certains publics aux effets promotionnels de la présentation des produits et de leur contribution à l'image de marque de ces produits.

Ce faisant, dans sa rédaction actuelle, cet article supprime également la possibilité pour les détaillants de dispositifs électroniques de vapotage de faire usage de ce type d'affichettes sur les lieux de vente. C'est un peu paradoxal dans la mesure où la cigarette électronique est beaucoup moins nocive que la cigarette ordinaire et surtout peut constituer un moyen d'arrêter de fumer.

La cigarette électronique peut être un moyen de substitution, mais elle peut être aussi un moyen de parvenir au sevrage tabagique, point, pour nous, le plus important.

De plus, dans un marché des dispositifs électroniques de vapotage très largement dominé par les produits d'importation, pour les usagers, la marque demeure, en plus du marquage CE, un moyen de contrôle supplémentaire des normes auxquelles répondent ces dispositifs.

Dans l'attente de la conclusion de travaux plus poussés de labellisation aux échelons nationaux et au plan européen, il convient donc de préserver ce moyen d'identification et de traçabilité pour les usagers de ces dispositifs.

Par ailleurs, l'affichette publicitaire peut être très incitative dans la lutte contre le tabagisme : elle peut conduire celui qui entre dans un bureau de tabac pour y acheter un paquet de cigarettes traditionnelles à essayer la cigarette électronique.

[M. Jean-Baptiste Lemoyne.](#) Très juste !

[Mme la présidente.](#) L'amendement n° 1184, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 5 et 6

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéa 9

Supprimer la référence :

Au 1°,

IV. – Alinéa 10

Rétablir le *b)* dans la rédaction suivante :

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le présent 1° ne s'applique pas aux publications diffusées ou accessibles en dehors du réseau professionnel ou ne comportant pas les avertissements sanitaires prévus par décret ; »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Cet amendement vise à rétablir la rédaction de l'article 5 *sexies* antérieure aux travaux menés en commission.

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

Mme Catherine Deroche, *corapporteur*. L'amendement n° 223 rectifié tend à supprimer l'alinéa 2 de l'article 5 *sexies*, et donc l'extension aux cigarettes électroniques et aux flacons de recharge de l'interdiction de publicité faite aux produits du tabac. Il tend *de facto* à autoriser la publicité pour les cigarettes électroniques.

La commission s'est beaucoup interrogée sur la cigarette électronique, dont les cancérologues assurent qu'elle peut constituer une aide au sevrage, mais qui reste tout même un produit nicotinique, à l'aspect proche de celui de la cigarette. Elle a finalement souhaité maintenir le principe de l'interdiction de la publicité et donc émet un avis défavorable sur cet amendement.

Elle est également défavorable à l'amendement n° 583, qui vise à supprimer l'interdiction de la publicité pour les cigarettes.

L'amendement n° 389 rectifié tend à prévoir une exception à l'interdiction de la publicité pour les cigarettes électroniques et à autoriser les affichettes à l'intérieur des bureaux de tabac. La commission émet un avis défavorable.

L'amendement n° 388 rectifié a suscité un débat en commission. Il est vrai que, dans sa décision sur la loi Évin, le Conseil constitutionnel avait considéré qu'une publicité était possible à l'intérieur des débits de tabac, à condition qu'elle ne soit pas visible de l'extérieur.

La commission a jugé que les débits de tabac étaient largement ouverts et que nombre de clients venaient y acheter autre chose que du tabac. D'ailleurs, l'objectif est d'ouvrir et de diversifier l'activité des buralistes, puisque, comme je l'ai indiqué lors de la discussion générale, soutenir la consommation du tabac pour soutenir les buralistes – au reste, personne n'est d'accord pour le faire – est contraire aux objectifs de santé publique. Nous voulons que les buralistes puissent continuer une activité de service comparable à celle qu'ils ont actuellement avec le monopole du tabac, mais qu'ils puissent surtout diversifier leur activité pour faire face à la diminution à terme de la consommation de tabac que nous appelons de nos vœux.

Aussi, nous n'avons pas souhaité que la dérogation autorisant la disposition d'affichettes à l'intérieur des établissements soit cantonnée aux débits de tabac. Nous considérons qu'une évolution doit avoir lieu. La commission est donc défavorable à l'amendement n° 388 rectifié.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 564, nous nous sommes beaucoup interrogés sur les affichettes publicitaires en faveur de la cigarette électronique.

Or, autant il ne nous semble pas souhaitable qu'il y ait des affichettes pour les produits du tabac – les consommateurs de tabac viennent acheter un paquet de cigarettes de telle marque et ne sont guère sensibles à la publicité qui peut être faite pour une marque concurrente –, autant nous considérons que la cigarette électronique est moins connue et peut servir de produit de substitution, voire d'aide au sevrage. La commission, après de nombreuses discussions, a donc émis un avis favorable sur l'amendement de M. Roche, estimant avec lui que les distributeurs des produits de la cigarette électronique, quels qu'ils soient, pourraient avoir la possibilité de disposer des affichettes, comme cela avait été possible par le passé pour les produits du tabac.

La commission n'a pas de désaccord de fond avec la rédaction de l'article que l'amendement du Gouvernement tend à rétablir. Néanmoins, au mois de juillet dernier, elle a rassemblé dans un même article l'ensemble des dispositions relatives à la publicité sur le tabac, alors que le texte initial du Gouvernement comportait plusieurs articles sur ce sujet. Elle souhaite en rester à cette clarification. Au reste, elle a considéré que les revues professionnelles dont la diffusion était très encadrée pouvaient comporter de la publicité. C'est la seule différence qu'il soit possible de noter.

Aussi, la commission est défavorable à l'amendement n° 1184.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. La cigarette électronique a donné lieu – c'est un peu moins vrai aujourd'hui – à de grands débats et à de grandes interrogations sur son utilité, son intérêt et l'opportunité d'encourager son utilisation.

La position que j'ai défendue depuis le début n'a pas varié ; elle est d'ailleurs confortée par toutes les études existantes.

Oui, la cigarette électronique peut aider au sevrage ; oui, la cigarette électronique est préférable à la cigarette traditionnelle en matière de santé publique. Mais, pour ceux qui ne fument pas encore – je pense en particulier aux jeunes –, il vaut mieux éviter la tentation de la cigarette électronique, que l'on présente comme ne comportant pas de caractère nocif et qui a toute l'allure et tous les attraits que peut avoir une cigarette classique – la façon de la tenir est la même. Ils pourraient effectivement estimer que la cigarette électronique leur permettra d'avoir les avantages de la cigarette ordinaire sans les inconvénients sur le plan de la santé publique.

En réalité, il faut encourager les fumeurs de tabac à utiliser la cigarette électronique – et, surtout, à arrêter de fumer –, tout en décourageant ceux qui ne fument pas encore de s'intéresser de trop près à cette cigarette électronique.

Tenir ce difficile équilibre, c'est tout l'enjeu de la démarche qui est la mienne et c'est pourquoi je ne suis pas favorable à la publicité pour la cigarette électronique. D'ailleurs, la directive européenne dite « anti-tabac » prévoit qu'il faut interdire la publicité sur ce que certains appellent la « vaporette », parce que celle-ci a des aspects attractifs.

J'émet donc un avis défavorable sur tous les amendements qui, sous une forme ou sous une autre, visent à permettre la publicité pour la cigarette électronique.

L'un des amendements en discussion a pour objet de revenir sur l'interdiction de la publicité pour le tabac dans les bureaux de tabac – à ce sujet, je remercie Mme la rapporteur de la position qu'elle a exprimée et sur laquelle je reviendrai dans un instant.

Cette interdiction est prévue non par la directive, mais par la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé que j'évoquais à l'instant en réponse à Mme Génisson et qui comporte également des dispositions pour lutter contre le commerce illicite des produits du tabac. On ne peut pas retenir que les aspects de la convention-cadre qui nous arrangent !

La situation a pu évoluer. L'environnement publicitaire n'est pas satisfaisant, y compris dans les bureaux de tabac. Comme l'expliquait Mme la rapporteur, pour quelqu'un qui, depuis vingt ans, achète le même paquet de la même marque, l'absence ou l'existence d'une publicité dans le bureau de tabac ne changera absolument rien à son acte d'achat. Mais, pour une personne qui entre dans un bureau de tabac pour acheter autre chose que du tabac, la publicité joue un rôle attractif. C'est un facteur négatif et je ne suis donc pas favorable à ce que l'on permette la publicité dans les bureaux de tabac.

Je termine en vous remerciant, madame la rapporteur, des propos que vous avez tenus sur l'avenir des buralistes. Vous avez dit que, si nous pensons tous que les enjeux de santé publique doivent nous amener à faire baisser la consommation de tabac, il est mensonger de prétendre que nous pouvons y parvenir en maintenant le niveau des ventes de tabac dans les bureaux de tabac. C'est une évidence, même si cela ne sonne pas ainsi aux oreilles de tout le monde. Par conséquent, la question est de savoir non pas si l'on maintient la vente de tabac dans les bureaux de tabac, mais comment nous faisons évoluer l'activité des buralistes pour faire subsister ces commerces de proximité dans nos territoires, urbains comme ruraux.

Dans ma démarche, je ne me positionne pas vis-à-vis des buralistes. Toutefois, je suis obligée de le constater, tout en recherchant un objectif de santé publique, je dois, dans le même temps, et même si cela ne relève pas de ma responsabilité ministérielle, m'interroger sur les produits autres que les buralistes pourront vendre. C'est tout le sens de la mission qui a été confiée au député Frédéric Barbier, qui travaille sur la rémunération des buralistes, sur la diversification de leur activité, sur la sécurité des commerces, sur la lutte contre la contrebande.

Je voulais insister sur ce point, car je constate que certains imaginent que l'on pourrait trouver la pierre philosophale qui permettrait de faire reculer la consommation de tabac dans notre pays tout en maintenant le niveau des ventes des bureaux de tabac. Il est évident que, si l'on souhaite que nos concitoyens fument moins, nous devons nous interroger sur l'avenir des activités des buralistes.

Aussi, madame la rapporteur, au-delà des positionnements que la commission a pris sur tel ou tel amendement relatif au tabac, je vous remercie d'avoir exprimé de façon très simple qu'il n'y a pas lieu, sur ce sujet, de faire preuve ni d'agressivité, ni de passion excessive, ni de violence. Nous sommes confrontés là à une contradiction, mais nous devons savoir si nous voulons effectivement diminuer la consommation de tabac pour réduire les méfaits de celui-ci en matière de santé publique dans notre pays. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain. – Mmes Aline Archimbaud et Annie David applaudissent également.*)

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour explication de vote.

[Mme Jacky Deromedi.](#) En réalité, deux sujets sont en cause : la survie des buralistes et la santé publique. Nous traiterons peut-être à un autre moment des buralistes.

Pour ce qui concerne la santé publique, je pense que la cigarette électronique est un bon moyen d'éviter les conséquences irréparables du tabac sur les gros fumeurs. Jusqu'à présent, elle se révèle un bon palliatif et il importe de ne pas décourager les personnes qui décident de passer du tabac à la cigarette électronique.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

[M. Daniel Chasseing.](#) Comme vous l'avez dit, madame la ministre, les débits de tabac sont vraiment des commerces de proximité essentiels. Ils sont souvent associés à un bar et jouent un rôle très important dans nos communes rurales. Je souscris donc à ces amendements.

De fait, il est absolument indéniable que la cigarette électronique est efficace et beaucoup moins nocive que le tabac et je pense qu'une affiche, qui relèverait non pas de la publicité, mais de l'information, pourrait inciter certains candidats tentés par l'abstinence tabagique à franchir le pas, comme Gérard Roche l'a dit tout à l'heure.

Cela pourrait aussi permettre aux buralistes de percevoir des recettes complémentaires, car le manque à gagner qui résultera de la diminution des ventes de tabac mettra parfois leur commerce en difficulté. Or j'estime qu'il est absolument indispensable de conserver les bureaux de tabac, quitte à confier à leurs exploitants, comme vous l'avez évoqué, madame la ministre, de nouvelles missions de service public – je pense, par exemple, à la vente de timbres.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Bruno Gilles, pour explication de vote.

[M. Bruno Gilles.](#) Madame la présidente, permettez-moi une petite remarque et un éclaircissement.

Au-delà de l'amendement du Gouvernement, nous examinons en discussion commune cinq amendements qui vont tous dans le même sens, puisqu'ils tendent à continuer à autoriser la publicité de la cigarette électronique et des flacons associés dans les débits de tabac par affiche non visible de l'extérieur.

Permettez-moi de faire part de mon étonnement : pourquoi la commission a-t-elle émis un avis favorable sur l'amendement de M. Roche – que je voterai avec grand plaisir – et défavorable sur le mien, alors que l'exposé des motifs est identique ? Je dis tout cela sans jalousie aucune... (*Sourires.*)

Nous poursuivons tous deux le même objectif, à savoir le maintien de cette publicité dans les débits de tabac – invisible depuis l'extérieur – de manière à réussir, de temps en temps, à faire d'un fumeur un vapoteur.

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

[Mme Catherine Deroche, corapporteur.](#) La commission n'a pas pris cette décision en raison du charme de M. Roche... (*Sourires.*)

Comme je vous l'ai dit, monsieur Gilles, la rédaction de l'amendement n° 223 rectifié ne se contente pas d'autoriser les affichettes dans les bureaux de tabac, mais revient surtout à supprimer l'interdiction de la publicité tous azimuts pour la cigarette électronique. Or, même si les effets d'aide au sevrage de la cigarette électronique sont connus, la commission reste sur sa position et ne souhaite pas en autoriser la publicité partout.

Elle a retenu l'amendement de M. Roche, car il correspond le mieux à la situation actuelle. L'autorisation d'apposer des affichettes pour l'information des consommateurs, non visibles depuis l'extérieur – comme ce fut un temps le cas pour les produits du tabac –, dans les débits de tabac, comme dans les magasins spécialisés d'ailleurs, doit être maintenue.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Patrick Abate, pour explication de vote.

[M. Patrick Abate.](#) Je voudrais relever quelques contradictions, voire même quelques naïvetés dans la manière dont nous avons abordé ces questions.

Tout d'abord, de deux choses l'une : soit la cigarette électronique est un produit à même de sevrer les fumeurs et, comme cela a été dit, 95 % moins dangereux que la cigarette classique, auquel cas la publicité doit en être autorisée non seulement dans les bureaux de tabac, mais aussi à l'extérieur ; soit la cigarette électronique, qui contient des produits nicotiques, est dangereuse. Dans ce dernier cas, pourquoi ne pas avoir proposé d'en réserver la vente aux buralistes ? Cela aurait pu constituer un début de réponse à la question de la diversification de l'activité de ces derniers.

Il me semble ensuite plutôt naïf de présenter la cigarette électronique comme la première étape vers la cigarette classique ; ce n'est, à ma connaissance, pas prouvé et aucune étude ne le démontre, me semble-t-il. Aucune personne ni autour de moi ni dont j'ai pu entendre parler n'est passée de la cigarette électronique à la cigarette classique. C'est faux ! Les personnes qui utilisent la cigarette électronique sont en général d'anciens fumeurs qui souhaitent diminuer leur consommation de tabac, voire ne plus fumer du tout.

Il en va de même de la fameuse cigarette à capsule : il est complètement faux de dire qu'il s'agit d'un produit d'appel vers la cigarette ordinaire, pour la simple raison qu'elle est beaucoup plus chère que cette dernière !

De surcroît, je n'ai jamais vu de gamin, dans une première tentative pour braver l'autorité, débarquer dans une cour d'école une cigarette électronique ou à capsule à la main. Il vient avec une cigarette classique !

Cela étant dit, l'interdiction de la publicité, y compris dans les lieux où l'on vend ces produits, est cohérente avec votre politique, madame la ministre. Il serait malvenu, avec l'arrivée du paquet neutre, de voir des linéaires de paquets présentant des images de pieds gangrénés et de foies complètement ratatinés cotoyer une belle affiche sur la cigarette électronique.

Je tiens encore une fois à attirer votre attention sur le fait – je viens d'une région frontalière – que notre législation est très en avance sur celle de nos voisins luxembourgeois, belges et allemands. Ainsi, les paquets de cigarettes commercialisés au Luxembourg ne comportent même pas une photographie démontrant les conséquences du tabac sur 65 % de leur surface extérieure.

[Mme la présidente.](#) Veuillez conclure, mon cher collègue.

[M. Patrick Abate.](#) Notre réglementation provoque une augmentation de la consommation de produits illicites et du trafic sans faire pour autant bonne œuvre en termes de prévention.

[Mme la présidente.](#) Mes chers collègues, je vous demande de bien vouloir respecter les nouveaux temps de parole.

La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

[M. Jean-Baptiste Lemoyne.](#) Après les explications de Mme la rapporteur, je retire les amendements n^{os} 583 et 389 rectifié au profit de l'amendement soit n^o 223 rectifié de M. Gilles, soit n^o 564 de M. Roche.

Madame la ministre, vous évoquiez à l'instant la diversification de l'activité des buralistes. Il s'agit en effet d'un enjeu majeur. J'ai entendu des paroles doucereuses, très gentilles à leur égard, expliquant tout ce qu'il faudrait faire. Cependant, les buralistes attendent non pas des paroles, mais des actes ! Or force est de constater que le Gouvernement n'a pour l'instant pas répondu aux attentes !

J'en veux pour preuve, par exemple, le dispositif des nouvelles maisons de services publics, annoncé par le Premier ministre dans l'Aisne, au mois de mars dernier, avant des échéances électorales départementales – on voit bien quelle était la manœuvre... Or les buralistes n'ont pas du tout été associés au déploiement de ces nouvelles maisons. Il s'agit pourtant de missions concrètes, complémentaires de leur activité, qu'ils auraient pu mener. Il ne s'agissait évidemment pas de leur donner les mille points de contact – on sait que La Poste était également intéressée –, mais de là à les écarter purement et simplement... Ces missions s'inscrivaient pourtant parfaitement dans le sens d'une diversification.

Je prendrai un autre exemple : le développement des nouvelles technologies induit la montée en puissance de dématérialisations, notamment celle des timbres-amendes. Un certain nombre de personnes ne vont plus acheter ces timbres chez les buralistes, lesquels ne disposent plus des revenus complémentaires qu'apportaient ces clients.

Nous devons avoir en tête cette nécessaire diversification. On ne peut se contenter de généralités, de paroles gentilles, parce qu'on est à trois mois des élections régionales : il faut du concret. Les buralistes, agents assermentés par l'État et chargés par lui de récolter un certain nombre de taxes, sont en grande détresse. Ils se sentent abandonnés par les pouvoirs publics.

Je fais un pas en retirant deux des amendements en discussion. En revanche, je maintiens l'amendement n° 388 rectifié, lequel vise au maintien de cette publicité à l'intérieur des débits de tabac tant que la diversification n'est pas effective. Le jour où le flux de clients aura été multiplié par deux grâce aux nouvelles activités, nous pourrions interdire cette publicité. En attendant, dans la mesure où le compte n'y est pas, je souhaite que nous en restions à la situation existante. C'est la raison pour laquelle j'appelle mes collègues à voter l'amendement n° 388 rectifié. (*M. Jean-François Husson applaudit.*)

[Mme la présidente.](#) Les amendements n°s 583 et 389 rectifié sont retirés.

La parole est à M. Marc Laménie, pour explication de vote.

[M. Marc Laménie.](#) Je soutiendrai l'amendement de M. Roche. Nous abordons là un problème de société. Les arguments de santé publique avancés par Mme la ministre sont très frappants : le tabac est responsable de plus de 70 000 morts chaque année !

Je voudrais toutefois rappeler que la prise de conscience sur la dangerosité du tabac ne date pas d'aujourd'hui. Il est, par exemple, interdit de fumer dans tous les lieux publics, jusque sur les quais des gares. On ne peut donc pas dire que rien n'a été fait auparavant.

J'ai encore en mémoire – certains d'entre vous, mes chers collègues, peuvent en témoigner – la façon dont les ravages du tabac ont été maintes fois dénoncés lorsque nous abordions chaque année le budget de la sécurité sociale ou lors de l'examen de la loi HPST.

Par ailleurs, nous sommes un certain nombre dans cet hémicycle à représenter des départements frontaliers où la situation des buralistes n'est pas simple. L'enjeu économique est réel. Dès lors, essayons de faire la part des choses, de nous montrer raisonnables. N'oublions pas qu'il s'agit également d'une question d'aménagement du territoire et de maintien de nos services et petits commerces qui ont tendance à disparaître dans les bourgs-centres et les petits villages.

L'amendement de M. Roche va dans le bon sens en tendant à trouver la moins mauvaise solution.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

[M. Alain Milon,](#) président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Je souhaite donner mon sentiment sur les cigarettes électroniques et la publicité.

Si, voilà plusieurs dizaines d'années, la question nous avait été posée, il est probable – faute d'information et d'études sur la nocivité du tabac – que nous aurions voté pour l'autorisation du tabac et de sa publicité.

Nous connaissons très bien aujourd'hui les conséquences plus que néfastes du tabac dans tous les domaines, en particulier celui de la santé. En revanche, nous ne savons pas encore, faute d'étude sérieuse – nous ne disposons pas du recul nécessaire – si la cigarette électronique est dangereuse ou non.

Je ne connais pas très bien le sujet, n'étant pas fumeur, mais on me dit que certaines de ces cigarettes contiennent de la nicotine. Certes, les médecins spécialisés expliquent que la cigarette électronique est préférable à la cigarette classique en ce qu'elle permet un sevrage. Cependant, si le risque de cancer a disparu avec l'absence de goudrons, il n'en reste pas moins que la présence de nicotine pousse les fumeurs vers une addiction et non un sevrage.

Nous connaissons les produits qui contiennent les cigarettes électroniques mais ignorons tout des conséquences de leur utilisation. Dès lors, mes chers collègues, soyez prudents au moment d'organiser la commercialisation de ces produits.

[M. Bruno Sido.](#) Principe de précaution !

[M. Alain Milon](#), *corapporteur*. Si, dans cent ans, nous avons l'occasion de revenir sur ces questions – ce dont je doute fort (*Sourires.*) –, nous risquons d'être déçus des autorisations que nous pourrions donner aujourd'hui en découvrant quels dangers et maladies recelait cette cigarette électronique.

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je voudrais simplement répondre à certains propos définitifs que j'ai pu entendre.

Il irait de soi que personne n'a envie d'utiliser la cigarette électronique sans avoir déjà fumé auparavant et que tous les fumeurs, ou tous les consommateurs de cigarettes électroniques, sont des fumeurs qui souhaitent arrêter.

Vous avez des certitudes, monsieur Abate, que je n'ai pas. Je ne fais pas état de vérités absolues : le recours à la cigarette électronique a explosé au cours des dernières années. On entend beaucoup de choses et diverses études ont été publiées, allant dans un sens ou un autre. La dernière étude en date, publiée au mois d'août dans le *Journal of the American Medical Association*, ou JAMA, a été menée auprès d'élèves du secondaire, en Californie. Elle montre que ceux qui ont déjà utilisé des cigarettes électroniques sont plus susceptibles de s'engager dans l'usage de la cigarette classique que les autres. Je ne dis pas qu'il s'agit d'une vérité absolue. C'est simplement le résultat d'une étude menée par l'un des grands journaux médicaux internationaux. Par conséquent, pour autant que le doute soit encore permis dans ce cadre, affirmer de manière aussi définitive, comme j'ai pu l'entendre, que l'usage de la cigarette électronique ne mène pas à la consommation de tabac me semble osé et risqué.

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Hermeline Malherbe, pour explication de vote.

[Mme Hermeline Malherbe](#). Madame la ministre, je souhaite prendre la parole en cet instant, car ma réaction est la même que la vôtre. Les certitudes exprimées tout à l'heure m'ont également fortement choquée. À partir du moment où la cigarette électronique contient de la nicotine, produit addictif, comment peut-on affirmer qu'elle n'incitera pas les jeunes générations à fumer ?

Il s'agit sans doute d'un facilitateur du sevrage plus efficace que le patch ou le bonbon, car il ne supprime pas la gestuelle du fumeur. Bien que je ne fume pas moi-même, je connais un certain nombre de fumeurs. Pour certains d'entre eux, la cigarette électronique n'a pas constitué une aide et ils continuent malheureusement de fumer.

Très sincèrement, les personnes qui fument depuis longtemps n'ont pas besoin de publicité pour continuer à acheter leur marque de cigarettes habituelle ou pour acquérir des cigarettes électroniques. En effet, à partir du moment où elles sont volontaires pour arrêter de fumer, différentes formes d'aide sont à leur disposition, qu'il s'agisse d'un soutien médical ou de la cigarette électronique. Ces gens-là n'ont pas besoin de la publicité, à laquelle les jeunes sont la population la plus réceptive. Il faut donc d'abord penser aux jeunes et les protéger de la publicité pour la cigarette électronique.

Ne nous voilons pas la face ! La publicité pour des substances contenant de la nicotine doit être interdite purement et simplement ! Tout à l'heure, nous examinerons un amendement concernant le papier à cigarettes, lequel ne contient aucune nicotine ni aucun addictif. Pourtant, on veut faire peser sur ce produit les mêmes interdictions !

[Mme la présidente](#). La parole est à M. François Fortassin, pour explication de vote.

[M. François Fortassin](#). Ma réaction sera celle d'un béotien, qui ne fume pas et n'a jamais fumé. (*Exclamations amusées.*) Simplement, je crois peu à l'intérêt de la publicité pour la cigarette électronique. C'est comme si on me disait que les bières sans alcool connaissent un grand succès auprès des consommateurs de bière. On le sait très bien, ce sont des palliatifs sans grand intérêt. Toutefois, si on estime qu'ils peuvent avoir un effet positif, on ne s'y opposera pas !

Mais ne nous faisons pas trop d'illusions, et soyons très mesurés en la matière, car les publicités en faveur de produits dérivés n'ont pas beaucoup d'intérêt pour les vrais fumeurs.

De mon point de vue, fumer une cigarette est un plaisir. Or la réglementation du plaisir n'est jamais très efficace ! (*Sourires et applaudissements sur certaines travées.*)

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

[M. Alain Vasselle](#). Le sujet du tabac et de la cigarette électronique pose un double problème.

Premièrement, Alain Milon et Mme la ministre en ont fait état, personne n'est aujourd'hui capable de dire quel est le taux de nuisance lié à l'utilisation de la cigarette électronique. Nous n'avons donc que des incertitudes à ce sujet. En revanche, ce qui est certain, selon les professionnels, c'est que la cigarette électronique offre la possibilité, à ceux qui veulent se sevrer, d'aboutir au résultat recherché.

La question qui se pose est la suivante : si les jeunes se mettent à la cigarette électronique, vont-ils en devenir dépendants ? Cela nuira-t-il à leur santé ? La dose de nicotine présente dans la cigarette électronique étant infinitésimale, beaucoup disent que le danger est quasi nul. Dans ce cas, pourquoi vouloir aujourd'hui interdire la publicité en la matière qui peut justement permettre d'augmenter le pourcentage des hommes et des femmes susceptibles de réussir leur sevrage ?

Deuxièmement, on le constate bien, il s'agit d'un problème économique lié à la situation des buralistes, auquel vient s'ajouter un problème de santé publique. Quand nous mettrons-nous autour d'une table, pour trouver la réponse économique qui s'impose ? Si nous arrivions à trouver une solution économique pour les buralistes, peut-être n'en serions-nous pas à examiner des amendements de ce type !

Au demeurant, je ne vois pas en quoi on prendrait un risque en acceptant l'amendement de notre collègue Bruno Gilles.

Mme la présidente. La parole est à M. Vincent Delahaye, pour explication de vote.

M. Vincent Delahaye. Comme François Fortassin, je suis moi aussi un bétotien en matière de cigarettes. Je ne fume pas, n'ai jamais fumé, et suis pour la lutte contre le tabac.

Mme la ministre a cité une étude, à propos de laquelle je me suis laissé dire qu'elle avait été financée par l'industrie du tabac. (*Mme la ministre proteste.*)

À l'heure actuelle, il n'y a pas d'industrie de la cigarette électronique. C'est un produit nouveau, qui, pour ce que j'en connais, n'est utilisé que par d'anciens fumeurs. Je n'ai pas encore rencontré, dans mon entourage ou à l'occasion de contacts occasionnels, de personnes ayant commencé à fumer avec des cigarettes électroniques.

Aujourd'hui, un certain nombre d'études montrent que la cigarette électronique est 95 % moins nocive que la cigarette classique. La question est donc la suivante : veut-on favoriser le passage à la cigarette électronique ou laisser les gens continuer à fumer des cigarettes classiques ?

J'ai le sentiment que l'amendement présenté par Gérard Roche, que j'ai cosigné, va dans la bonne direction. Je me félicite que la commission y soit favorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je ne peux pas laisser planer une ambiguïté en laissant dire que l'étude que j'ai citée a été financée par l'industrie du tabac. Au contraire, elle remet en cause les conclusions d'une autre étude, qui, elle, avait été financée par l'industrie du tabac et des fabricants de cigarettes électroniques. Publiée par le Public Health England, à savoir l'institut anglais de santé publique, elle avait provoqué des controverses.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Ces amendements ayant fait l'objet de plusieurs interventions, je souhaite clarifier leurs dispositions.

L'amendement n° 223 rectifié, défendu par M. Gilles, vise à lever l'interdiction prévue de la publicité pour la cigarette électronique.

L'amendement n° 388 rectifié tend à autoriser, à l'intérieur des bureaux de tabac, les affichettes pour les produits du tabac.

Quant à l'amendement n° 564, il a pour objet d'autoriser les affichettes, mais uniquement pour la cigarette électronique.

Pour être tout à fait claire, la commission ne souhaite pas une généralisation de la publicité pour le tabac ou pour la cigarette électronique. Elle ne souhaite ni affichettes ni publicité pour le tabac à l'intérieur des débits de tabac. En revanche, elle est favorable à une dérogation pour ce qui concerne les affichettes vantant la cigarette électronique, disposées à l'intérieur des lieux qui en vendent.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 223 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 388 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 564.

(L'amendement est adopté.)

[M. Jean Desessard.](#) À gauche, on ne fume pas ! (*Sourires.*)

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 1184.

(L'amendement n'est pas adopté.)

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'article 5 *sexies*, modifié.

*(L'article 5 *sexies* est adopté.)*



e. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

- Article 5 *sexies*

I. - L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 » sont remplacés par les mots : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et les mots : « ou ces affichettes » sont supprimés ;

2° *bis* A (*nouveau*)Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharges qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur. » ;

2° *bis* Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a (*nouveau*) Après le mot : « parrainage », sont insérés les mots : « ou de mécénat » ;

b (*nouveau*) Après le mot : « interdite », sont insérés les mots : « lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou » ;

c) Après la seconde occurrence du mot : « tabac », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés. » ;

3° Le 1° est ainsi modifié :

a) Après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés » ;

b) (*Supprimé*)

II et III. - (*Non modifiés*)

C. Commission mixte paritaire (désaccord)

D. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 5 *sexies*

I. – L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 » sont remplacés par les mots : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et les mots : « ou ces affichettes » sont supprimés ;

2° *bis A (nouveau)* Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharges qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur. » ;

2° *bis* Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) (*nouveau*) Après le mot : « parrainage », sont insérés les mots : « ou de mécénat » ;

b) (*nouveau*) Après le mot : « interdite », sont insérés les mots : « lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou » ;

c) Après la seconde occurrence du mot : « tabac », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés. » ;

3° Le 1° est ainsi modifié :

a) Après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés » ;

b) (*Supprimé*)

II et III. – (*Non modifiés*)

b. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° AS380 présenté par M. Sebaoun, rapporteur

ARTICLE 5 SEXIES

À l'alinéa 9, substituer au mot :

« et »

le mot :

« ou ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle

- Amendement n° AS381 présenté par M. Sebaoun, rapporteur

ARTICLE 5 SEXIES

Après l'alinéa 12, insérer l'alinéa suivant :

« I *bis*. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 3512-2 du code de la santé publique et au deuxième alinéa de l'article L. 3512-3 du même code, substituer aux mots : « ou de publicité interdite », les mots : « , de parrainage, de publicité ou de mécénat interdits ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à aligner le régime de sanction applicable au mécénat, désormais interdit, sur celui de la publicité.

c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 16h00, compte rendu n° 12

Article 5 sexies : Extension aux cigarettes électroniques de l'interdiction de la publicité, suppression des affichettes et limitation de la publicité dans les publications professionnelles

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

Elle examine ensuite l'amendement AS381 du même auteur.

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

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 sexies ainsi modifié.

a. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales

Article 5 sexies

(art. L. 3511-3 du code de la santé publique et art. 573 du code général des impôts)
Extension aux cigarettes électroniques de l'interdiction de la publicité, suppression des affichettes et limitation de la publicité dans les publications professionnelles

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

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

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

- les enseignes des débits de tabac et les affichettes qui sont disposées à l'intérieur des débits ;
- les publications et services de communication en ligne édités par les organisations professionnelles et destinés aux professionnels ou non principalement destinés au marché communautaire.

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

- l'extension au vapotage de l'interdiction de publicité et de parrainage (amendement du Gouvernement) ;
- la suppression de l'exception dont bénéficient les affichettes dans les débits de tabac (amendement du Gouvernement) ;
- l'interdiction de la publicité dans les publications professionnelles (amendement de Mme Michèle Delaunay).

2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a substantiellement modifié cet article. Concernant l'interdiction de la publicité dans les publications professionnelles, elle a considéré que le droit

existant permettait d'atteindre les objectifs visés par l'amendement de Mme Michèle Delaunay pour peu que son effectivité soit assurée. Elle a donc supprimé le b) du 3° du I.

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

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

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

3. La position de la commission

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

*

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

Elle examine ensuite l'amendement AS381 du même auteur.

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

La commission adopte l'amendement.

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

a. Compte rendu intégral des débats, deuxième séance du mercredi 25 novembre 2015

Article 5 *sexies*

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 5 *sexies*.

La parole est à M. Jean-Louis Dumont.

M. Jean-Louis Dumont. Cet article traite d'un produit qui aide certains fumeurs à fumer moins. Les cigarettes électroniques peuvent être achetées dans le réseau de distribution légal, où elles peuvent faire l'objet d'un contrôle. Cependant, de plus en plus de vapoteurs s'en procurent sur internet ou sur des marchés parallèles, qui ne sont pas toujours légaux. Dans ce cas, les produits ne sont pas contrôlés.

Je suppose que sur le marché légal, les experts du ministère de la santé se préoccupent de la qualité des produits. Sur le marché parallèle, rien n'est moins sûr. Des critiques ont déjà été formulées. Des craintes se sont exprimées. Les vapoteurs eux-mêmes s'inquiètent, même s'ils peuvent se laisser tenter, quand ils passent une ancienne frontière dans l'espace européen.

Qui se préoccupe du danger qu'ils courent ? Qui procède à des analyses ? Ce sont des questions qu'il est bon de poser.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Nous le savons tous : le corps médical essaie de trouver des solutions de substitution au tabac. Vous savez comme moi, monsieur le rapporteur, madame la ministre, que la cigarette électronique en fait partie. Il va de soi que tout n'est pas parfait, et que les enquêtes continuent, mais, grâce à ce dispositif, 400 000 personnes ont arrêté de fumer – ce sont les chiffres du Baromètre santé

de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES, pour 2014 –, sans compter les personnes qui ont réussi à diminuer leur consommation en vapotant, dont on ne peut savoir le nombre.

Et, alors même que l'on cherche partout des solutions de substitution, le législateur interdirait la promotion de l'une d'elles ? Voilà qui pose problème. Nous défendrons donc des amendements tendant à annuler cette disposition.

Enfin, je comprends qu'on interdise les publicités à l'extérieur des bureaux de tabac, mais il ne faut pas être hypocrite : à l'intérieur de ces bureaux, interdire aux buralistes d'afficher une marque ou une autre est une vue de l'esprit.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 176.

M. Dominique Tian. L'amendement vise à supprimer l'alinéa 2 qui, si incroyable que cela paraisse, prévoit d'interdire la publicité pour la cigarette électronique. J'avoue avoir du mal à comprendre une telle mesure. La cigarette électronique est pour beaucoup de fumeurs un moyen de renoncer au tabac ou de réduire progressivement leur consommation. Chacun reconnaît son efficacité dans ce domaine.

M. Bernard Accoyer. Tous les tabacologues en conviennent !

M. Dominique Tian. D'ailleurs, les magasins qui vendent les cigarettes électroniques se développent. Ils sont devenus très nombreux. C'est bien le signe que celles-ci servent à quelque chose. Et, puisqu'il vaut mieux avoir au bec une cigarette électronique qu'une cigarette réelle, interdire la publicité pour ces produits paraît absurde.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. L'article comporte plusieurs dispositions. M. Tian conteste qu'on ajoute à l'interdiction de la publicité pour le tabac, qui figure déjà dans la loi, celle de la publicité, directe ou indirecte, pour les dispositifs de vapotage. Mais il faut lire l'article dans son entier.

L'alinéa 3 de l'article interdit les affichettes en faveur du tabac à l'intérieur des débits de tabac, mais l'alinéa 5 autorise les affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage à l'intérieur des établissements les commercialisant. Le dispositif reste donc mesuré.

Un mot de la cigarette électronique. Les opinions sont diverses : pour certains, elle peut constituer une voie d'entrée dans le tabagisme ; pour d'autres, elle est au contraire un moyen d'en sortir. Mais la réalité, c'est que les cigarettiers, un temps pris de court par la cigarette électronique, sont en train d'entrer sur ce marché. Or ils proposent des produits qui contiennent de la nicotine.

M. Dominique Tian. Bien sûr !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Vous savez parfaitement que c'est une manière d'entretenir la dépendance à la nicotine, avec les risques que cela entraîne. Il y a là un dévoiement. Je reste donc extrêmement méfiant, et j'attends des preuves scientifiques pour conclure que nous sommes face à un moyen utile à la santé publique ou, au contraire, à quelque chose qui va être dévoyé par les grands industriels du tabac. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis. La position que j'ai défendue sur la cigarette électronique est constante : mieux vaut la cigarette électronique que la cigarette classique, mais mieux vaut rien du tout que la cigarette électronique.

Le sujet n'est pas de savoir si l'on autorise ou non la cigarette électronique : les chiffres très élevés que vous avez cités montrent qu'elle s'est largement répandue, même si on a observé un coup d'arrêt cette année, avec une reprise de la consommation de tabac classique. Ce qui est en jeu, c'est la publicité : nous avons vu des publicités qui assimilaient la cigarette électronique à une cigarette classique et valorisaient le geste de la cigarette classique, alors même qu'on ne fume pas la cigarette électronique de la même manière. Il y a là un risque d'incitation à la consommation de tabac.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Vous dites que la publicité pour la cigarette électronique montre que l'on peut fumer de la même manière qu'avec une cigarette classique, madame la ministre. Il s'agit bien de

montrer aux fumeurs que fumer une cigarette électronique est meilleur pour leur santé, sans rien changer à leurs habitudes et notamment au geste, si important dans l'addiction.

M. Dominique Tian. Exactement.

M. Arnaud Robinet. Ces publicités s'adressent bien aux fumeurs, afin de les inciter à passer à la cigarette électronique. Elles n'ont pas pour objet d'inciter les jeunes à commencer de consommer du tabac.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Nous savons bien que le tabagisme ne commence jamais par la cigarette électronique, monsieur le rapporteur. Aujourd'hui, les médecins nous demandent de promouvoir ce dispositif ; or nous sommes en train de lui porter un coup d'arrêt.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun, rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je n'ai pas dit, monsieur Aboud, que la cigarette électronique était systématiquement une voie d'entrée dans le tabagisme.

M. Dominique Tian. C'est plutôt une voie de sortie !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je me suis borné à dire que c'était un risque que certains avaient noté. Mais tout le monde n'est pas égal face à la nicotine – nous avons ici un pharmacologue qui pourrait nous le dire. La réalité, c'est que sortir du tabac s'apparente souvent à un parcours du combattant, presque initiatique, avec l'ensemble des substituts qui contiennent de la nicotine, qu'il s'agisse des patchs, des gommes ou autres. Or la cigarette électronique contient de la nicotine. Tout dépend donc de la manière dont on s'en sert pour tracer un parcours permettant d'aller vers l'abstinence. Je dis simplement que la cigarette électronique doit être regardée pour ce qu'elle est. En outre, quand je m'aperçois que les cigarettiers, lesquels ont une grande expérience du marketing et de la publicité, s'intéressent de près au sujet, je me dis qu'il faut agir rapidement, et cette loi le permet. Je réitère donc mon avis défavorable à cet amendement.

(L'amendement n° 176 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 8, 63 et 177, qui visent à supprimer l'alinéa 3 de l'article.

La parole est à M. Thierry Lazaro, pour soutenir l'amendement n° 8.

M. Thierry Lazaro. Dans sa décision n° 90-283, le Conseil constitutionnel validait l'interdiction de toute promotion visible à l'extérieur des commerces, à condition que la publicité sur le lieu de vente reste autorisée à l'intérieur des commerces, cela afin de préserver un équilibre entre le droit de propriété et la protection de la santé publique. Aujourd'hui, on se trompe visiblement de priorité : cette énième interdiction rompt l'équilibre trouvé par la loi Évin. En outre, elle n'aura aucun impact sur la consommation, puisque les publicités ne sont vues que par des clients qui ont déjà fait la démarche d'aller au comptoir.

Faudra-t-il faire pareil avec les vendeurs automobiles, qui prônent la vitesse avec des véhicules puissants pour vendre des véhicules moins puissants ? On peut aller très loin avec de tels raisonnements. Bref, cet alinéa n'a aucun sens. C'est pourquoi nous proposons de le supprimer.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement identique n° 63.

M. Gilles Lurton. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement identique n° 177.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n°s 8, 63 et 177 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 59 et 721.

La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n^o 59.

M. Élie Aboud. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Dumont, pour soutenir l'amendement identique n^o 721.

M. Jean-Louis Dumont. Il est défendu.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 59 et 721 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 60 et 719.

La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n^o 60.

M. Élie Aboud. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Dumont, pour soutenir l'amendement identique n^o 719.

M. Jean-Louis Dumont. Dès lors que la présomption de nocivité réduite de la cigarette électronique aura pu être scientifiquement confirmée, il apparaît souhaitable que le consommateur adulte puisse recevoir une information précise au sujet de ces nouveaux produits. À titre d'exemple, il s'agirait de l'informer des principes physiques et techniques de leur fonctionnement et de lui communiquer une analyse des risques et bénéfices liés à son utilisation.

Cet amendement vise ainsi à s'assurer que les produits vendus ont été analysés et que le ministère de la santé a la capacité de dire au consommateur qu'il peut les utiliser sans danger. Refuser une telle information serait admettre qu'on ne se préoccupe pas de la nocivité éventuelle de ces produits et qu'on ne cherche pas à la réduire. Il est plus facile d'interdire ou de cacher que d'expliquer...

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Ces nouveaux produits du tabac, qu'évoque M. Dumont, nous montrent que l'industrie du tabac ne cesse de chercher de nouveaux produits marketing, voire de véritables nouveaux produits, pour conquérir de nouveaux consommateurs. C'est son rôle, mais le nôtre est d'adopter une loi de santé publique.

Ces produits contiennent du tabac, mais ils ne sont ni fumés, ni vapotés. Quelques-uns sont portés par de grands industriels – je pense à la cigarette Ploom, qui fonctionne avec des capsules type Nespresso, ou à un produit de tabac chauffé développé par Marlboro. En clair, on invente aujourd'hui de nouveaux produits qui contiennent toujours la même substance néfaste que nous combattons dans ce texte. Je ne peux donc être favorable à des amendements qui assurent la promotion de ces produits. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis, pour les mêmes raisons. J'ajoute que des études scientifiques sont régulièrement publiées sur les différents produits existants. Elles ne sont pas cachées. Si d'aventure un produit assimilé à du tabac mais sans aucune nocivité arrivait, les choses seraient dites.

C'est précisément à ce stade du débat que nous nous trouvons en ce qui concerne la cigarette électronique. Il y a des interrogations sur sa nocivité éventuelle, mais aucune étude scientifique n'a encore tranché. Le débat reste donc ouvert, mais encore une fois, tout est publié et accessible.

(Les amendements identiques n^{os} 60 et 719 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Lazaro, pour soutenir l'amendement n^o 10.

M. Thierry Lazaro. Nous ne pouvons qu'adhérer à l'objectif de promouvoir la santé publique. Néanmoins, je ne vois pas le rapport avec l'interdiction de la publicité dans les revues professionnelles

agrées. Ces dernières sont réservées exclusivement aux 26 000 buralistes, à quelques fonctionnaires et à la représentation nationale. La mesure n'aura donc aucune incidence sur les fumeurs.

Les revues professionnelles des pâtisseries seront-elles à leur tour attaquées au nom de la lutte contre le diabète, celles des restaurateurs au nom de la lutte contre le cholestérol ?

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cet amendement pose problème, car la disposition en question a été supprimée par le Sénat et la commission ne l'a pas rétablie. Avis défavorable, à moins que vous ne préféreriez retirer l'amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 10 n'est pas adopté.)

(L'article 5 sexies est adopté.)

b. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618

Article 5 sexies

I. – L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 » sont remplacés par les mots : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharge qui leur sont associés, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et les mots : « ou ces affichettes » sont supprimés ;

2° bis A Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Aux affichettes relatives aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharge qui leur sont associés, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur. » ;

2° bis Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « parrainage », sont insérés les mots : « ou de mécénat » ;

b) Après le mot : « interdite », sont insérés les mots : « lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou » ;

c) Après la seconde occurrence du mot : « tabac », la fin est ainsi rédigée : « , des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1, des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés. » ;

3° Le 1° est ainsi modifié :

a) Après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés » ;

b) *(Supprimé)*

I bis *(nouveau)*. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3512-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 3512-3 du même code, les mots : « ou de publicité interdite » sont remplacés par les mots : « , de parrainage, de publicité ou de mécénat interdits ».

II et III. – *(Non modifiés)*

2. Sénat

a. Séance publique du 14 décembre 2015

Néant

b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015

Néant

E. Lecture définitive

RAS

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 27 de la loi Santé (ex art. 5 *decies*)

Paquet neutre

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|---|----------|
| I. Texte adopté | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| III. Travaux parlementaires..... | 5 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté | 3 |
| (AN NL) Article 27..... | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| A. Code de la santé publique..... | 4 |
| - Article L. 3511-6-1 (nouveau) | 4 |
| - L. 3511-6-1..... | 4 |
| III. Travaux parlementaires..... | 5 |
| A. Première lecture | 5 |
| 1. Assemblée nationale | 5 |
| a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014..... | 5 |
| 1 - Exposé des motifs | 5 |
| b. Amendement adopté en commission..... | 5 |
| - Amendement n° AS1408 présenté par le Gouvernement..... | 5 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 9h30..... | 6 |
| d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015 | 7 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 8 |
| f. Discussion en séances publiques | 8 |
| - Deuxième séance du vendredi 3 avril 2015..... | 8 |
| g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture..... | 23 |
| 2. Sénat | 23 |
| a. Amendement adopté en commission..... | 23 |
| - Amendement n° COM-136, présenté par M. Yung, Mme Khiari et a..... | 23 |
| b. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015 | 23 |
| c. Séance publique du 16 septembre 2015 | 27 |
| d. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 39 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord)..... | 39 |
| C. Nouvelle lecture | 39 |
| 1. Assemblée nationale | 39 |
| a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015 | 39 |
| b. Amendements adoptés en commission..... | 39 |
| - Amendement n° AS 236 présenté par M. Sirugue, M. Le Roux, M. Aylagas et a..... | 40 |
| - Amendement n° AS 384 présenté par M. Sebaoun..... | 40 |
| c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 16h00, compte rendu n° 12..... | 41 |
| d. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales | 47 |
| e. Compte rendu intégral des débats, deuxième séance du mercredi 25 novembre 2015 | 53 |
| f. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618 | 75 |
| 2. Sénat | 75 |
| a. Séance publique du 14 décembre 2015 | 76 |
| b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015 | 76 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 27 ~~5-decies~~

I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-6-1.* – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports. »

(AN1) II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

- Article L. 3511-6-1 (nouveau)

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre V : Lutte contre le tabagisme et lutte contre le dopage

Titre Ier : Lutte contre le tabagisme

- L. 3511-6-1

Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Néant

b. Amendement adopté en commission

- Amendement n° AS1408 présenté par le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 5, insérer l'article suivant:

I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-6-1.* – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et dénominations commerciales sur ces supports. »

II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le tabac est la première cause de cancer et de mortalité évitable en France avec

73 000 morts par an, soit 200 décès par jour. La part des fumeuses quotidiennes a augmenté de quatre points entre 2005 et 2010 pour atteindre 27%, tandis que chez les jeunes de 17 ans, on a constaté une augmentation de dix points entre 2008 et 2011, qui porte la prévalence de consommateurs à 31,5%.

La lutte contre le tabac nécessite de renforcer la dénormalisation sociale du tabac et la réduction de l'attractivité de ces produits, ce qui passe par l'instauration du paquet générique.

Actuellement, les industriels du tabac rivalisent d'ingéniosité commerciale pour contourner le principe général d'interdiction de la publicité directe et indirecte à travers le conditionnement du tabac.

Dès lors, le présent amendement a pour objet, sur la base de l'article 24 de la directive 2014/40/UE, d'uniformiser la présentation des paquets de cigarettes et de tabac à rouler pour faire échec aux stratégies des industriels.

Le paquet neutre de cigarettes ou de tabac à rouler, sous une forme harmonisée (dans sa couleur, sa forme, ses dimensions et l'inscription de sa marque et de sa dénomination, sans logos ni autres signes distinctifs), dépouillera le conditionnement de son attrait et ne pourra plus atteindre ses populations cibles que sont en particulier les femmes et les jeunes.

De plus, la neutralisation de l'image véhiculée par la marque renforcera la force préventive les avertissements sanitaires et, à long terme, devrait permettre de modifier les intentions comportementales.

En outre, le paquet neutre a vocation à neutraliser les emballages laissant supposer au consommateur un effet moins nocif du produit de tabac utilisé.

Au-delà des effets escomptés sur la consommation du tabac et sur le recours à des aides à l'arrêt du tabac, l'adoption de cette mesure, rendue possible par la directive 2014/40/UE et emblématique du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, marquera l'entrée de la France dans un mouvement amorcé par l'Australie en 2012, et que l'Irlande et le Royaume-Uni ont récemment décidé de poursuivre, ainsi que la Norvège.

Cet amendement a été notifié le 5 mars à la Commission européenne au titre de la directive 98/34/CE.

c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 9h30

Après l'article 5

La Commission examine, en présentation commune, les amendements AS1402, AS1406 et AS1408 du Gouvernement.

Mme la ministre. La lutte contre le tabagisme est l'une de nos priorités de santé publique, et j'ai présenté au mois de septembre dernier le programme national de réduction du tabagisme (PNRT).

Je ne reviens pas ici sur les chiffres, même s'ils justifieraient que l'on s'y arrête. Mais je veux insister sur le fait que la France est l'un des plus mauvais élèves de l'Europe en matière de lutte contre le tabagisme. Les arguments que j'entends aujourd'hui reviennent pourtant à laisser perdurer une situation à laquelle nous ne pouvons pas nous résoudre. De fait, 73 000 morts par an, cela peut paraître abstrait. Disons alors très concrètement que ce sont 200 personnes qui meurent chaque jour : si, chaque matin, la radio et la télévision annonçaient la mort de 200 personnes dans un accident quelconque, l'émotion serait immense. C'est exactement ce qui se passe.

Le paquet neutre, que nous voulons introduire en France, entraînera des changements significatifs. Il s'inscrit dans le cadre d'une politique d'ensemble : nous ne lutterons pas contre le tabac par une seule mesure, mais nous devons changer de braquet.

L'Australie a lancé le paquet neutre avec, contrairement à ce que j'entends, des résultats tout à fait significatifs. En Grande-Bretagne, le Parlement a adopté hier le paquet neutre, et la notification européenne a été faite. L'Irlande a également notifié aux institutions européennes sa volonté de passer au paquet neutre. D'autres pays qui ne sont pas membres de l'Union, comme la Norvège, vont adopter la même démarche. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) devrait faire connaître dans les tout prochains jours son intérêt.

Je suis évidemment prête à répondre à des questions précises sur les résultats de l'introduction du paquet neutre, notamment en Australie.

M. Denis Jacquat. Pourquoi, madame la ministre, introduire cette mesure par amendement plutôt que par des articles du projet de loi ? Le sujet est important.

Nous souhaitons, pour notre part, une transposition des directives européennes : pourquoi aller plus loin quand la loi Évin est encore mal appliquée dans notre pays ? Il est interdit de fumer dans les gares, et l'on y voit pourtant des employés de la SNCF même fumer...

On peut également s'étonner que les excellentes propositions des deux rapports que Jean-Louis Touraine et moi-même avons rédigés, et qui ont été adoptés à l'unanimité, ne soient pas reprises par le Gouvernement. En particulier, notre pays détient le record d'Europe de femmes enceintes qui fument, surtout au dernier trimestre de grossesse, alors que l'on sait parfaitement que des pathologies graves peuvent en découler.

S'agissant enfin du paquet neutre, le second de ces rapports estimait qu'il fallait plus de recul, afin d'analyser cette mesure et ses conséquences de la façon la plus objective possible.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Si je puis me permettre, si ces amendements sont votés, ils deviendront des articles de la loi.

M. Olivier Véran, rapporteur. Mme la ministre a donné toutes les explications nécessaires. Avis favorable aux trois amendements.

M. Élie Aboud. Nous sommes tous pour la santé publique. Mais il existe une directive européenne : respectons-la. Nous manquons de recul sur l'expérience australienne : pourquoi nous différencier des autres pays européens ?

Nous estimons même, pour notre part, que les surtaxes sur le tabac devraient être fléchées et leur recette aller à la prévention en matière de santé publique, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

La Commission adopte successivement les amendements.

d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015

Article 5 decies

● L'**article 5 decies**, introduit à l'initiative du Gouvernement, instaure ce qu'il est convenu d'appeler le « paquet neutre », par la création dans le code de la santé publique d'un nouvel article L. 3511-6-1.

La France ne serait pas le premier pays à instaurer le paquet neutre, déjà en vigueur en Australie depuis le 1^{er} décembre 2012. Les premiers résultats, évoqués dans le PNRT, sont encourageants, la prévalence du tabac étant passée de 15,1 % en 2010 à 12,8 % en 2013. La même source relève également qu'« une étude observationnelle avant/après a montré qu'après l'introduction du paquet neutre, les clients fumeurs des cafés avaient moins tendance à fumer en extérieur et à laisser leurs paquets en évidence à la vue de tous ». L'un des objectifs du paquet neutre est en effet d'ôter le caractère « identitaire » aux conditionnements des produits du tabac, que l'industrie tend à renforcer depuis l'interdiction générale de la publicité. En effet, comme le souligne encore le PNRT, « à travers ses logos, ses couleurs (rose, blanche, noire etc.), ses visuels (paquet phosphorescent, paquets collector...), sa forme (d'étui à rouge à lèvres ou de cigarettes « slim »), les mentions qui y sont écrites, le paquet véhicule une image attractive qui incite à fumer, en particulier les jeunes et les femmes très sensibles au design du produit, induit en erreur les consommateurs sur la nocivité des produits, et entretient l'image de la marque de tabac »⁽²⁷⁾.

Ce nouvel encadrement des produits du tabac impose en fait, comme le montre le texte, non seulement la neutralité (pas de signe distinctif autre que la marque), mais aussi l'uniformité (identité de taille, de forme et de texture). Seront concernés toutes les unités de conditionnement des cigarettes et du tabac à rouler, mais également le papier lui-même. La définition précise des notions de neutralité et d'uniformité est renvoyée à un décret en Conseil d'État.

Si la directive du 3 avril 2014 n'impose pas le paquet neutre, elle en permet néanmoins l'instauration. Le point 2 de son article 24 permet en effet aux États membres d'« instaurer de nouvelles exigences [...] en ce qui concerne la standardisation des conditionnements des produits du tabac, lorsque cela est justifié pour des motifs de santé publique ». Le dispositif prévu va donc au-delà des stipulations de la directive, qui exige des mesures d'uniformisation – par exemple l'interdiction des paquets de cigarettes imitant des produits cosmétiques – sans aller jusqu'à la neutralité. À ce titre, le dispositif a été notifié à la Commission européenne, comme le prévoit le droit de l'Union. Il entrera en vigueur le 20 mai 2016.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS4 de M. Dino Cinieri.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement propose que, « dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur l'efficacité du paquet neutre sur la prévalence tabagique ».

M. Olivier Véran, rapporteur pour le titre I. Les amendements tabac, c'est tabou, et nous en viendrons à bout dans les délais. Il existe déjà une dizaine de rapports sur l'évaluation du plan tabac et il n'est pas nécessaire d'en prévoir d'autres. Le dispositif présenté par le Gouvernement en matière de lutte contre le tabac prévoit une évaluation à laquelle le Parlement pourra participer. Avis défavorable.

La Commission **rejette** l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS15 de M. Dino Cinieri et AS338 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Bérengère Poletti. Il s'agit aussi d'une demande de rapport au Gouvernement, cette fois-ci pour établir « un bilan des effets induits par l'interdiction d'achat de tabac sur internet et des moyens qui pourraient être mis en place pour lutter contre la vente et l'achat de tabac en ligne ».

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit de lutter contre le développement du marché parallèle, c'est-à-dire les achats frontaliers ou sur internet et la contrebande. La vente et l'achat de tabac sur internet sont interdits en France, mais la réaffirmation de ce principe, à l'occasion des débats budgétaires en 2014, n'a pas été suivie d'effets.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** les amendements.

Puis, elle examine les amendements AS195 et AS160 de M. Jean-Louis Roumegas, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

M. Jean-Louis Roumegas. Ces amendements de repli demandent des rapports relatifs au commerce illicite des produits du tabac, l'un sur l'amélioration de la traçabilité et l'autre sur les soupçons d'entente illicite entre fabricants.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** successivement les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS13 de M. Dino Cinieri et AS335 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Bérengère Poletti. Par l'amendement AS13, nous demandons que, dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur l'opportunité de modifier les modes de calcul de la richesse nationale par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), afin qu'ils intègrent le commerce illicite de tabac et définisse les modalités selon lesquelles ces informations pourraient être prises en compte.

M. Élie Aboud. Notre amendement AS335 est défendu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS556 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Des prix élevés permettent d'obtenir une baisse significative de la consommation de tabac, mais il faut compter avec une concurrence qui joue sur les différences de fiscalités entre pays. C'est pourquoi nous demandons un rapport sur les différences de fiscalités appliquées au tabac dans l'Union européenne et sur les initiatives que la France pourrait prendre afin de tendre vers une harmonisation fiscale.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement.

e. Amendements adoptés en séance publique

RAS

f. Discussion en séances publiques

- Deuxième séance du vendredi 3 avril 2015

Article 5 *decies*

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet article concerne l'instauration du paquet neutre. Je suis parfaitement conscient des ravages que peut provoquer le tabac sur la santé publique et des coûts que sa consommation fait peser sur la sécurité sociale en provoquant – hélas trop souvent – des maladies graves telles que les cancers, l'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux et bien d'autres.

Pour tenter de réduire la consommation excessive de tabac, vous proposez d'imposer par cet article le

paquet de cigarettes neutre. Désormais, les buralistes devront remplir leur étal de paquets tous identiques, comportant des images à mon avis particulièrement violentes. Une telle mesure ne peut être efficace que si elle est accompagnée de mesures identiques dans tous les pays frontaliers. Aujourd'hui, 25 % du tabac consommé provient déjà du marché parallèle – achats frontaliers, contrebande et tous types de marchés parallèles. Il s'agit d'une concurrence déloyale, qui frappe directement les points de vente – c'est-à-dire tous ces petits commerces de proximité dont nous avons beaucoup parlé depuis ce matin et qui maillent notre territoire – mettant ainsi en péril leur existence.

Vous m'avez objecté en commission, ainsi qu'à l'occasion des auditions auxquelles j'ai participé sur le sujet, que le paquet neutre permettrait une lutte plus facile contre la contrebande, parce que les paquets venant de l'étranger seraient plus facilement identifiables. Je n'en crois pas un mot : vous ne disposerez pas des moyens nécessaires à ces actions et à ces contrôles – nous savons déjà ce qu'il en est actuellement.

Je vous demande donc de renoncer à ce paquet neutre et d'engager une concertation sur le sujet avec nos voisins européens. Encore une fois, nous ne pouvons pas tout faire tout seuls, sauf à mettre en péril une économie des buralistes déjà fortement fragilisée.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Nous sommes tous d'accord, madame la ministre, pour dire que le tabagisme est un fléau, et que la lutte contre le tabagisme doit être une priorité. Cependant, les membres du groupe RRDP ne sont pas unanimes quant à la pertinence du paquet neutre, d'autant plus que les images rebutantes de lésions que nous pouvons y voir ne peuvent être liées au seul tabagisme. Le paquet de cigarettes correspondant aux dispositions européennes semble donc préférable – tout au moins pour certains membres de notre groupe.

M. Bernard Accoyer. Elle a raison !

Mme Dominique Orliac. Nous souhaiterions surtout que les actions contre le trafic et les ventes illicites – en particulier dans les zones frontalières – soient renforcées.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Encore une fois cet après-midi, la dérive sémantique qui consiste à associer d'emblée tabac à tabagisme aura des effets délétères. Le summum est atteint avec l'affaire du paquet neutre.

Il existe en médecine un principe appelé l'anosognosie, méconnaissance de l'état clinique et des effets pervers d'un comportement qui s'observe en particulier chez les patients éthyliques chroniques, mais existe aussi pour le tabagisme. L'idée simpliste des somaticiens, qui consiste à dire que pour guérir quelqu'un de sa dépendance, il suffit de lui montrer les ravages de l'alcool ou du tabac, ne fonctionne pas. Ce serait tellement plus simple si l'esprit humain était moins compliqué ! Hélas, il est bien plus complexe.

Vous souhaitez à juste titre orienter la lutte contre le tabac vers les adolescents et les préadolescents. Mais avant de consommer du tabac, ces derniers commencent hélas souvent par consommer du cannabis – dont d'anciens ministres ont vanté les mérites il y a quelques années. Toute une génération a ainsi expliqué aux élèves infirmières et aux étudiants en médecine que le tabac était très mauvais et le cannabis très bon. Or les études montrent que le risque d'entrer dans un processus dissociatif est six fois plus important lorsqu'on consomme du cannabis que lorsque l'on n'en prend pas.

M. Bernard Accoyer. Très juste !

M. Nicolas Dhuicq. La nicotine n'a pas les mêmes effets psychotropiques que le delta 9-tétrahydrocannabinol. Celui-ci rend imbécile, touche la mémoire, alors que la nicotine est un psychostimulant.

Les tests psychologiques de mémoire des patients qui ont pris une dose de nicotine sont nettement meilleurs que ceux de ceux qui n'en ont pas pris. Certes, la nicotine à haute dose est un toxique pour

les neurones, mais imaginer qu'avec un simple paquet neutre on va dissuader de consommer du tabac, c'est vraiment avoir une conception simpliste de l'esprit humain.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le vôtre est très complexe !

M. Nicolas Dhuicq. Nous sommes des êtres infiniment plus complexes que cela. Vous allez frapper à côté et, au contraire,...

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Nicolas Dhuicq. ...pousser les jeunes à consommer encore plus d'autres produits. À force de faire l'ange, on fait la bête : vous allez les entraîner vers des conduites beaucoup plus dangereuses.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Votre cas est désespéré, monsieur Dhuicq !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Avec cet article 5 *decies*, nous en arrivons donc à la volonté du Gouvernement de mettre en place le paquet neutre. Une nouvelle fois, madame le ministre, on peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles nous ne nous conformons pas aux dispositions européennes, qui s'imposent à nous, d'autant que l'ensemble des pays frontaliers de la France – qui sont tous, à l'exception de la Suisse, membres de l'Union européenne – s'en tiennent, quant à eux, au calendrier et au contenu de la directive européenne applicable.

L'efficacité de cette mesure est pour le moins discutée ; de fait, elle est loin d'être évidente. Elle placerait la France dans une situation certaine d'isolement quant au respect d'un certain nombre de dispositions du droit international ou même, d'ailleurs, de notre droit national.

Par ailleurs, les trafics, notamment la contrebande ou les trafics illicites, vont évidemment exploser.

Enfin, je veux insister sur un dernier point qui me paraît important : à partir du moment où vous mettez en place le paquet neutre, les cigarettiers n'auront plus qu'un outil pour faire jouer la concurrence, à savoir la guerre des prix, qui va s'exercer au détriment des tabaculteurs qui, vous le savez, sont encore nombreux en France.

Bref, madame le ministre, une nouvelle fois, nous nous plaçons en décalage par rapport aux autres pays européens. Compte tenu de la situation économique et sociale de notre pays, compte tenu du fait que nous partageons avec tous nos partenaires européens la volonté de lutter contre le tabac, il nous faut mettre en pratique l'adage selon lequel « l'union fait la force ». Il faut éviter de susciter la division. Trop souvent, en France, des membres du gouvernement ou des personnalités diverses souhaitent donner des leçons au monde entier, ce qui est très coûteux pour notre pays.

Tenons-nous en donc aux dispositions européennes et conduisons une politique communautaire volontariste de lutte contre le tabac ; à défaut, il faut que nos compatriotes le sachent, on arrivera à la bouteille de vin ou de spiritueux neutre, au paquet de fromage neutre,...

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Bernard Accoyer. ...au paquet de biscuit neutre.

M. Olivier Véran, rapporteur. À la clepsydre !

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre, restons raisonnables !

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, vous avez fait de cet article, de ce sujet, un vrai problème de santé publique. Je fais confiance à votre bonne foi. Toutefois, ce que l'on essaie de vous dire – je l'avais déjà affirmé hier – c'est que, lorsque l'on parle vrai sur une basse fausse, tout devient faux, hélas. Vous avez cité des comparaisons avec l'Australie, mais la France n'est pas l'Australie : elle n'est pas une île déconnectée, elle a des frontières. Aujourd'hui, un paquet neutre est facile à fabriquer, à imiter, à contrefaire.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr !

M. Élie Aboud. Avec cette décision, nous allons mécaniquement encourager la vente illégale de ce que l'on appelle les « cigarettes de marque ».

M. Bernard Accoyer. Exactement !

M. Élie Aboud. Cela va entraîner de façon automatique ce que j'appelle les contrebandes et, ce qui est encore plus grave, les contrefaçons avec des produits toxiques qu'on ne connaît pas, donc qu'on ne maîtrise pas.

On veut aller très loin, beaucoup plus vite que la directive européenne et, malheureusement, on s'expose à des risques. On va pénaliser les buralistes dans leur quotidien et, surtout, les consommateurs, avec des produits qu'on ne maîtrise pas.

M. le président. La parole est à M. Olivier Marleix.

M. Olivier Marleix. Madame le ministre, avec ce paquet neutre, on légifère véritablement comme si l'on était au XIX^e siècle. Comme on l'a abondamment dit tout à l'heure, on fait totalement abstraction de ce qui se passe sur internet, de l'*e-commerce*. Une fois encore, vous préférez taper sur le petit buraliste plutôt que de vous attaquer à ce qui se passe sur internet : vous êtes totalement à côté de la plaque. Évidemment, vous allez faire exploser un peu plus les ventes hors bureaux de tabac. Une étude de KPMG...

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Commandée par Philip Morris !

M. Olivier Marleix. ...a expliqué que les ventes hors bureaux de tabac avaient représenté 25 % des ventes en 2012, chiffre extrêmement important qui traduit une augmentation de plus de 10 % par an des ventes hors bureaux de tabac. Ce sont autant de recettes fiscales qui échappent à l'État. Les ventes transfrontalières ont déjà explosé – elles ont augmenté de 36 % au cours de l'année 2012 – et cela va continuer, sous l'effet d'approvisionnements frontaliers, notamment en provenance de la Belgique ou de l'Algérie. Les ventes en provenance d'Algérie ont augmenté, si je ne me trompe, de 85 % entre 2012 et 2013. Voilà des chiffres éloquentes.

Selon les chiffres communiqués par la confédération des buralistes – ce sont à mes yeux des gens extrêmement respectables et j'espère que j'ai encore le droit de les citer dans cette assemblée sans être suspecté de quoi que ce soit – l'essor des marchés parallèles a privé l'État de trois milliards de recettes fiscales.

Surtout, cette mesure va entraîner la disparition de centaines de bureaux de tabac supplémentaires dans notre pays. Madame la ministre, je voudrais vous rappeler – mais je ne peux pas croire que vous ne l'ayez pas à l'esprit – que le bureau de tabac, le bar-tabac est souvent, dans beaucoup de nos communes rurales, le dernier commerce, sur lequel peuvent se greffer d'autres activités, comme le dépôt de pain. Monsieur le président du groupe socialiste, vous nous avez dit tout à l'heure que vous pensiez aux buralistes, mais que proposez-vous ? Pour l'instant, vous ne proposez rien, si ce n'est les condamner à la misère, à la fermeture, parce que vous les livrez à une concurrence sauvage et totalement déloyale.

Dans votre texte, il n'y a pas non plus de mesure contre la fraude et puis, une fois encore, madame la ministre, on aimerait constater la même énergie, le même génie, la même intelligence, la même détermination contre les produits stupéfiants, notamment le cannabis. Pardon de vous le rappeler, mais, comme l'a dit Nicolas Dhuicq, la consommation de cannabis fait des ravages dans notre pays. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*) C'est la santé mentale de ces jeunes qui est en cause et vous ne faites visiblement pas preuve, ici, de la même détermination.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr !

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Je répète que la volonté de lutter contre le tabagisme est partagée sur l'ensemble de ces bancs, mais la bien-pensance, la pensée unique, ne permettra pas d'engager une lutte efficace. Le paquet neutre est le symbole de cette pensée unique. On peut nous donner l'exemple de l'Australie, mais de nombreuses études, quoiqu'assez contradictoires entre elles, nous montrent que les résultats du paquet neutre ne sont pas à la hauteur des attentes. Je crois qu'il faut donc aller plus loin. Si vous voulez vraiment lutter contre le tabac et le tabagisme, ayez le courage d'aller jusqu'au bout, et, comme le proposait notre collègue Touraine de façon quelque peu insidieuse, interdisez la vente de tabac. Taxons un peu plus les industries du tabac, comme on le fait malheureusement pour les industries de santé.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Nous nous heurtons, sur les bancs de la droite, à une contradiction entre ceux qui disent que le paquet neutre ne sera pas efficace et ceux qui affirment qu'il faut faire attention à nos buralistes, qui vont voir leurs revenus plombés.

M. Philippe Vitel. Ce n'est pas contradictoire !

Mme Michèle Delaunay. Je me permets de signaler que l'Observatoire français contre les drogues et les toxicomanies a montré que les revenus des buralistes ont augmenté de 54 %.

M. Bernard Accoyer. Sur quelle période ?

Mme Michèle Delaunay. Quelle profession peut se prévaloir de ces chiffres ? (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Gilles Lurton. Ce que vous dites est scandaleux !

Mme Michèle Delaunay. Renseignez-vous ! Par ailleurs, je me permets de rappeler que nous donnons chaque année 400 millions aux buralistes. Je reconnais que la distribution de cette somme est certainement faite de manière très injuste et que les buralistes frontaliers devraient être les plus et les premiers servis. Mais la distribution appartient aux buralistes eux-mêmes. Vous les considérez quelque peu comme des agents électoraux, ce qui n'est pas acceptable. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Élie Aboud. Ce n'est pas vrai !

M. Olivier Marleix. En zone rurale, c'est souvent le dernier commerce ! Tout le monde ne vit pas dans les beaux quartiers de Bordeaux !

Mme Michèle Delaunay. Je vous remercie de ne pas m'interrompre !

M. le président. Seule Mme Delaunay a la parole !

Mme Michèle Delaunay. Je soutiens comme vous le rôle social des buralistes mais je souhaite qu'ils soient accompagnés et que leurs compétences soient élargies, pour qu'ils puissent assumer une diminution des ventes, qui est notre objectif commun.

M. Michel Pouzol. Très bien !

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq, pour un rappel au règlement.

M. Nicolas Dhuicq. Monsieur le président, nous ne pouvons laisser accroire à ceux qui nous écoutent que les élus de la nation que nous sommes, qui défendons une certaine idée de la responsabilité, de la confiance en l'homme...

M. le président. Monsieur Dhuicq, vous ne faites pas référence au règlement !

M. Nicolas Dhuicq. Monsieur le président, mon rappel au règlement se fonde sur l'article 58 alinéa 1, et fait suite à la mise en cause de nos travaux et de notre groupe par les propos de Mme Delaunay, qui laisse entendre que nous serions les agents de personnes qui nous contrôlèrent. Aussi je propose au responsable de notre groupe qu'il demande une suspension de séance.

M. le président. La parole est à M. Bruno Le Roux.

M. Bruno Le Roux. Monsieur Dhuicq devrait être plus calme s'agissant des mises en cause : il en est que nous ne relevons pas pour laisser avancer le débat. Je sais que l'immunité fait certainement obstacle à toutes les procédures d'internement d'office mais il y a des moments où l'on se demande si l'on ne devrait pas aller plus loin. (*Applaudissements et rires sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

M. le président. Mes chers collègues, un peu de tenue, s'il vous plaît !

M. Bruno Le Roux. Pour ceux qui sont arrivés en cours de séance, je veux dire que le fait de qualifier le président du groupe majoritaire de « camarade Souslov » est insupportable, au regard de ce que cela représente en termes de purges et de déportations. Je me suis pourtant abstenu de faire une remarque sur le moment, donc je souhaiterais que vous vous calmez. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Véronique Massonneau. Très bien !

M. Bruno Le Roux. En effet, les choses qui doivent arriver finissent toujours par arriver.

Pour dire les choses plus calmement, s'agissant du paquet neutre et des buralistes, je pense que l'on peut aller dans la même voie, d'une part celle de la protection et de la lutte contre le tabagisme, d'autre part celle de la lutte sans merci contre le commerce parallèle. D'où vient le commerce parallèle ? Non pas des buralistes, mais, pour une grande partie – presque 80 % – des cigarettiers. Il doit donc y avoir, aujourd'hui, des contreparties au paquet neutre, à savoir d'une part la lutte effrénée contre le commerce parallèle, d'autre part la traçabilité, qui permettra d'ailleurs d'établir le circuit des paquets de cigarettes et, en même temps, d'assurer la sécurité dans les officines mêmes de ceux qui les vendent.

Madame la ministre, nous vous suivrons bien entendu sur le paquet neutre, mais en pensant aussi à ceux qui les vendent. Nous souhaitons faire en sorte que l'on lutte sans merci contre le commerce parallèle, qui n'est pas organisé par les buralistes de notre pays mais à un autre niveau.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Monsieur le président, jusqu'à cette heure, les débats étaient sereins mais j'ai le sentiment qu'à présent ils s'emballent. Nous demandons donc une suspension de séance pour que chacun puisse reprendre ses esprits.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures trente, est reprise à seize heures quarante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Nous continuons d'entendre les orateurs inscrits sur l'article 5 *decies*.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je doute que le paquet neutre donne les résultats merveilleux qu'on nous promet et soit l'alpha et l'oméga de la lutte contre le tabagisme, qui est notre objectif. Les résultats de ce dispositif – si tant est qu'ils soient fiables – en Australie, où il est en vigueur depuis deux ans, montrent qu'il ne permet de réduire que de 3 à 4 % le tabagisme, alors qu'on nous promet une diminution de 12 % à 15 %. Rapporté au nombre de fumeurs, c'est tout de même relativement faible.

Il est en revanche une mesure que les Australiens ont prise et que nous n'avons pas jugé utile de retenir : l'augmentation significative du prix du tabac.

Mme Michèle Delaunay. Bravo !

M. Jean-Pierre Door. En Australie, le paquet coûte en effet 19 dollars australiens, soit plus de 13 euros, alors qu'il est beaucoup moins cher en France.

Mme Michèle Delaunay. Très bien !

M. Jean-Pierre Door. Ce prix a probablement eu un effet considérablement dissuasif.

Par ailleurs, une directive européenne récente a instauré une mesure à peu près équivalente, même si le logo et la marque des cigarettes peuvent toujours figurer sur le paquet. La Belgique a refusé l'instauration du paquet neutre, et l'Italie vient il y a quelques jours de repousser cette solution. Tous ces éléments suscitent tout de même des interrogations.

Alors que vous voulez instaurer le paquet neutre, nous préférons nous référer au paquet « directive » – c'est ce que nous proposerons dans certains de nos amendements – et aller dans le sens de la Commission européenne et des États membres qui ont décidé d'appliquer cette disposition. La seule différence, c'est que le paquet neutre n'a ni couleur distinctive ni marque.

La conséquence sera que dans les bureaux de tabac, on ne trouvera plus que des paquets de la même couleur, sans marque ni aucun autre signe distinctif. Le risque est que le client ne sache même plus ce qu'il achète, car un fumeur est prêt à fumer n'importe quoi. Mais il est aussi probable que le buraliste inscrira la marque sur le rayonnage. On assistera sans doute à des dérives.

Pour notre part, donc, nous souhaitons que l'on s'oriente vers le paquet « directive ». Tant que nous ne connaissons pas l'impact du paquet neutre dans les pays qui l'ont instauré – et il ne pourra pas être évalué avant quelques années –, nous n'avons pas le recul suffisant pour savoir s'il est bien l'alpha et l'oméga.

M. le président. La parole est à M. Christian Hutin.

M. Christian Hutin. Mon intervention contrastera un peu avec celles de mes collègues de la majorité, mais je suis sûr que notre excellent président de groupe, dans un esprit de tolérance et de *perestroïka*, n'y verra pas d'inconvénient.

Je soutiens Mme la ministre et son projet de loi, et j'ai beaucoup d'estime pour le combat de Mme Delaunay et de M. Touraine, mais, comme Mme Orliac, je dirai que tous les députés de gauche ne voteront pas en faveur du paquet neutre. Je crois beaucoup plus aux vertus de la pédagogie qu'à celles de la peur et des mesures coercitives, qui auraient tendance à m'inquiéter. Je pense que le jansénisme, lorsqu'il se veut trop vertueux, nous éloigne de la vérité.

M. Nicolas Dhuicq et M. Olivier Marleix. Bravo !

Mme Valérie Boyer. Qui veut faire l'ange fait la bête...

M. Christian Hutin. C'est ma philosophie personnelle, et je ne sais pas si elle est de gauche ou de droite.

Je suis aussi Dunkerquois. Environ 50 % du tabac qui y est consommé vient de Belgique et je pense que la proportion va encore augmenter. La seule politique qui vaille à mes yeux, c'est le réalisme, cher à Clemenceau, et c'est pourquoi je ne crois pas du tout au paquet neutre.

M. Bernard Accoyer. Écoutez votre majorité, madame la ministre !

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n^{os} 70, 140, 199 et 587.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n^o 70.

M. Philippe Vitel. Cette mesure est le type même de la fausse bonne idée, comme mes collègues l'ont bien montré. Certes l'intention est louable, mais le paquet neutre n'aura, j'en suis convaincu, aucune influence sur la consommation globale de tabac. Par contre, cela va fragiliser une profession structurante dans nos territoires, en particulier dans les villages et les bourgs, celle des buralistes. Plus de mille d'entre eux ont mis la clé sous la porte en 2014. Soit dit en passant, s'ils réalisaient le chiffre d'affaires que vous prétendez, on serait bien en peine d'expliquer ce phénomène !

Aujourd'hui, dans notre pays, plus d'une cigarette sur quatre est achetée en dehors du réseau légal : 25,8 % pour l'année 2014. Cela représente un manque à gagner pour les caisses de l'État de trois milliards d'euros. En Australie, pays novateur en matière de paquet neutre, le marché parallèle représente aujourd'hui 14,1 % des ventes alors qu'il était quasi inexistant avant l'adoption de la mesure. La raison en est simple : ce paquet neutre est tellement facile à contrefaire que les malfaiteurs qui mettent ces produits sur le marché s'en donnent à cœur joie. Croyez bien qu'ils feront de même en France lorsque la possibilité leur en sera donnée !

Pour toutes ces raisons, nous proposons de supprimer cet article.

M. le président. L'amendement n^o 140 est défendu.

L'amendement n^o 199 l'est-il également, monsieur Door ?

M. Jean-Pierre Door. Oui, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq, pour soutenir l'amendement n^o 587.

M. Nicolas Dhuicq. Ce n'est pas une injure, monsieur Le Roux, que de citer les grands hommes d'un pays où la Seconde Guerre mondiale a fait vingt millions de morts.

Je voudrais vous mettre en garde contre les effets paradoxaux du paquet neutre, madame la ministre, car plus on érige en totem absolu le paquet de cigarettes, plus on le rendra attractif pour des jeunes qui y verront l'occasion de transgresser un interdit. Les sessions d'information sur les substances toxiques organisées dans les collèges provoquent parfois une recrudescence de la consommation. Voilà ce qui arrive quand on ne cesse de décrier aux jeunes le monde comme dangereux, redoutable et de vouloir de la neutralité partout.

Récemment, le prince de Galles prenait la défense des fromages français contre la réglementation européenne. Il faut que ce soit un Anglais, un « Godon », comme on disait, qui nous exhorte à défendre notre exception alimentaire ! Bien sûr, le sujet est différent et il n'est pas douteux que des décès dus au tabagisme pourraient être évités. Mais affirmer que toute personne qui consommera un produit toxique en deviendra automatiquement dépendante est une erreur majeure. La suppression systématique des marques détruira les commerces de proximité et stimulera la contrebande. Vous allez enrichir les trafiquants !

Si les revenus des buralistes ont augmenté, comme l'affirme ma consœur Michèle Delaunay, cela est due à la concentration du capital à laquelle on assiste dans ce secteur : quand des bureaux disparaissent, d'autres – pas les frontaliers, évidemment – récupèrent le marché. Un établissement gagnera d'autant plus d'argent qu'il est éloigné des frontières, situé dans une grande ville, et qu'il est lui-même de taille importante. Un revenu moyen qui augmente, cela peut être aussi le signe qu'une profession est en train de disparaître. Pour les zones rurales, nous devons lutter contre la contrebande et pour le maintien des commerces de proximité.

Vous ne lutterez pas contre le tabagisme avec le paquet neutre, qui n'aura aucun effet positif.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements de suppression, monsieur le rapporteur ?

M. Olivier Véran, rapporteur. Si un jour vous publiez vos chroniques, mon cher collègue, je vous saurai gré de m'en offrir un volume. Ce sera un magnifique cadeau de départ ! (*Sourires.*)

M. Nicolas Dhuicq. Avec grand plaisir !

M. Olivier Véran, rapporteur. Tout à l'heure, vous associez le paquet neutre au terrorisme au Moyen-Orient, maintenant c'est le prince de Galles que vous mettez à contribution. Vraiment, je serai heureux de recevoir le recueil complet, et dédié !

La France compte quinze millions de fumeurs, qui consomment en moyenne treize cigarettes par jour. Cela signifie que 200 millions de fois par jour, à chaque fois qu'un fumeur sort son paquet pour y prendre une cigarette, fumeurs et non-fumeurs sont exposés à des marques de cigarettes. En faisant disparaître la marque et en assurant la diffusion de messages de prévention, le paquet neutre mettra fin à cette exposition quasi-permanente de notre société à la publicité. Cela seul sera déjà une victoire.

Vous indiquez, monsieur Door, que la mesure se traduisait par 3 ou 4 % de fumeurs en moins en Australie. Sachant que le tabac fait plus de 70 000 morts par an en France, ces 3 à 4 % représentent tout de même 2 000 à 3 000 morts en moins. Rapportez ce chiffre à la mortalité routière et vous serez convaincu qu'il justifie pleinement le paquet neutre.

Mme la ministre indiquera sans doute le cheminement qui a conduit à cette proposition, et pourquoi la France pourra s'enorgueillir d'être, sinon le premier, du moins un des premiers pays au monde à innover en la matière. Cette mesure de protection sanitaire s'adresse aux plus fragiles, mais aussi aux fumeurs qui souhaitent ardemment arrêter et qui trouveront dans le paquet neutre un moyen supplémentaire d'y parvenir.

C'est pourquoi la commission a donné un avis défavorable à ces amendements de suppression.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je n'ai pas pour habitude d'abuser de mon temps de parole, mais je voudrais m'exprimer un peu plus longuement au sujet du paquet neutre car c'est une des mesures emblématiques du projet de loi et du Programme national de réduction du tabagisme voulu par le Président de la République dans le cadre du plan cancer.

Le paquet neutre est un emballage débarrassé de tout signe de marketing. On sait que les fabricants élaborent certains types de *packaging* pour cibler certaines catégories, tels que les jeunes, auxquels je porte une attention particulière, ou les femmes – les hommes aussi sont sensibles à ce type de publicité. Ce n'est pas pour rien que sont inscrits sur certains paquets de cigarettes des mots comme *ultra cool*, plutôt attractifs pour des jeunes.

M. Yannick Moreau. Plutôt ringards, oui !

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce n'est pas pour rien que d'autres ont l'aspect d'un tube de rouge à lèvres.

M. Philippe Vitel. C'est excessif !

M. le président. S'il vous plaît ! Seule la ministre à la parole.

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce n'est pas excessif, monsieur le député : je me contente de rapporter des faits. Il existe des paquets de cigarettes qui empruntent l'aspect d'étui de rouge à lèvres ; d'autres sont phosphorescents, ou font référence à la minceur, d'autres encore vantent ce que d'aucuns appellent la *cool attitude*. Notre but est précisément de faire disparaître ces signes de marketing : le paquet devra être entièrement recouvert d'un avertissement sanitaire.

Sur celui que j'ai apporté ici, vous pouvez voir une image assez désagréable, celle d'un bébé sous couveuse parce que sa mère a fumé pendant sa grossesse – mais toutes sortes d'autres images peuvent être envisagées. Comme il s'agit d'un paquet australien, la forme est différente de celle des paquets commercialisés en France et la marque est banalisée.

L'Australie est certes une île, messieurs les députés de l'opposition, mais c'est aussi un grand pays et les résultats y sont encourageants. On observe tout d'abord une diminution de l'ordre de 3 % du nombre de fumeurs au bout d'un an.

M. Philippe Vitel. Et le marché parallèle ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous trouvez que ce n'est pas beaucoup, monsieur Door...

M. Jean-Pierre Door. Je n'ai pas dit cela : j'ai dit qu'il fallait attendre l'évaluation.

M. le président. Monsieur Door, s'il vous plaît !

Mme Marisol Touraine, ministre. ..., mais je vous fais observer que la Grande-Bretagne a obtenu par d'autres mesures une baisse du nombre de fumeurs de 10 % en dix ans. Ces 3 % sont donc loin d'être négligeables. La France compte, je le rappelle, près de 30 % de fumeurs, contre moins de 20 % en Grande-Bretagne. Si vous voulez me faire dire que le paquet neutre ne nous permettra pas de passer de 30 % de fumeurs à 0 % en un an, je vous l'accorde bien volontiers ! Mais ces caricatures n'ont aucun sens : il s'agit d'engager un processus qui doit nous permettre, en quelques années, de faire reculer le tabagisme en agissant sur l'image du tabac, notamment chez les jeunes.

On constate aussi en Australie une très forte augmentation du nombre d'appels aux plateformes d'information et d'aide à l'arrêt du tabagisme. L'âge d'entrée dans la consommation de tabac a reculé, ce qui démontre l'efficacité de la mesure auprès des jeunes.

Enfin, le nombre d'Australiens favorables au paquet neutre a presque doublé depuis sa mise en place. La mesure a donc convaincu la population, y compris des personnes qui s'interrogeaient auparavant sur son impact.

Mais, je le répète, le paquet neutre n'est pas la panacée : cette mesure ne suffira pas à elle seule à faire reculer le tabagisme, empêcher les jeunes d'entrer dans le tabagisme et aider les fumeurs à arrêter. Il s'agit néanmoins d'une démarche forte qui structure un programme d'ensemble et qui envoie un signal clair quant au caractère décisif des enjeux de santé publique : on ne peut se résoudre à ce que le tabac tue 73 000 personnes par an en France. Ce chiffre, il faut le répéter sans cesse. On ne peut pas considérer d'un côté que les enjeux de santé publique sont majeurs et, de l'autre, ne pas s'engager avec volontarisme et détermination et prendre les mesures les plus fortes, comme le fait le Gouvernement en proposant l'adoption du paquet neutre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. Je veux d'abord remercier mes collègues qui, ce matin, se sont manifestés en opposition à la réserve sur l'article 9 pour me laisser l'opportunité de participer au débat.

Vous avez raison, madame la ministre, de dire que le paquet neutre est une mesure emblématique du Gouvernement ! C'est même un symbole de votre projet de loi, puisqu'il s'agit d'une proposition cosmétique, en rien d'une proposition de santé publique. Nous sommes dans l'affichage, dans l'apparence, pas dans l'action concrète pour la santé publique des Français.

Son effet sera seulement de porter préjudice à une activité économique qui existe en France, quoi que

vous en pensiez. Avec le paquet neutre, vous allez donner une bouffée d'oxygène aux réseaux parallèles et aux trafiquants, sans, d'aucune façon, résoudre un problème de santé publique.

M. Olivier Marleix. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Si on peut entendre certains des arguments avancés contre le paquet neutre, d'autres sont difficilement acceptables.

Il faut resituer le débat dans son contexte, qui est celui d'un regain de la consommation de tabac, notamment chez les jeunes et les femmes. Globalement, la consommation n'est plus en baisse et des publics fragiles, les jeunes en particulier, sont touchés. Il faut donc agir. Or ce que je comprends en écoutant les députés de l'opposition, c'est qu'ils ne veulent rien faire.

La consommation est repartie à la hausse à cause des stratégies adoptées par l'industrie pour contrer la réglementation qui interdit la promotion du tabac, et c'est contre cela que nous voulons lutter. Il ne s'agit pas d'aller vers la prohibition, mais de lutter contre les contournements de la loi. Les mesures proposées par le Gouvernement, et celles que le groupe de travail contre l'ingérence de l'industrie du tabac défend vont dans ce sens.

L'un des arguments contre le paquet neutre est que la France n'est pas une île. J'avoue ne pas voir en quoi cela peut remettre en cause la pertinence du paquet neutre. On pourrait même dire à l'inverse que le fait que le paquet neutre ne soit pas en vigueur dans les pays voisins rendra beaucoup plus visibles les paquets d'importation illégale.

M. Michel Pouzol. Bien sûr !

M. Jean-Louis Roumegas. Il faut savoir que la contrefaçon n'existe pratiquement pas dans ce domaine : il s'agit surtout de vente illégale de paquets achetés dans un pays voisin, parfois avec la complicité de l'industrie du tabac. En payant des arriérés fiscaux à l'ensemble des pays européens, les cigarettiers ont d'ailleurs reconnu qu'ils trouvaient avantage à la vente illégale et qu'ils ne la combattaient pas.

Vous doutez de l'utilité du paquet neutre. Pourtant, les sondages d'opinion montrent que 68 % des Français pensent qu'il s'agit d'une bonne mesure. Les personnes interrogées reconnaissent que le paquet de marque est très attractif pour les jeunes. C'est précisément l'objectif que l'industrie poursuit en développant un marketing ciblant cette catégorie.

M. Olivier Véran, rapporteur. Bien sûr !

M. Jean-Louis Roumegas. Je ne comprends pas pourquoi vous refusez ainsi de laisser la moindre chance au paquet neutre.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, en durcissant ainsi la législation, vous ne ferez malheureusement qu'encourager les hors-la-loi. Les buralistes se sentent d'autant plus trahis que François Hollande, quand il était candidat à la présidentielle, s'était prononcé contre cette mesure, dont il disait alors qu'elle n'avait pas donné de résultats ailleurs. Vous pourrez vérifier.

Surtout, je ne peux pas accepter que des députés disent des buralistes qu'ils s'enrichissent, quand, chaque semaine, partout en France, des centaines de commerçants ferment boutique !

(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)

M. Michel Pouzol. Et des dizaines de personnes meurent du cancer chaque jour !

M. Élie Aboud. Mais ils n'y sont pour rien ! Arrêtez de parler de ce que vous ne connaissez pas ! Entre le paquet neutre, qui encouragera la contrebande, la délinquance urbaine et la contrefaçon, et la dématérialisation du timbre fiscal, cette profession se sent trahie.

M. le président. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Effectivement, il y a une recrudescence de la consommation de tabac, en particulier chez les préadolescents et les adolescents. C'est bien la preuve que la pédagogie de la peur, que vous prônez, ne fonctionne pas ! Pour ma part, je préfère parier sur l'intelligence.

M. Olivier Véran, rapporteur. Nous en reparlerons à l'article 9 !

M. Nicolas Dhuicq. Plus vous pratiquerez la pédagogie de la peur, plus vous engendrez des comportements paradoxaux chez les adolescents. Mine de rien, vous les avez déjà érigés en juges des comportements alimentaires de leurs parents. Vous rendez-vous compte du renversement de valeurs que vous êtes en train d'opérer ? Nous allons entrer dans un monde totalement paranoïaque !

Je le redis : il faudra, à la tête du parti socialiste, des champions de l'idéologie et de la manœuvre intellectuelle ! Bon courage, monsieur Le Roux, pour faire l'exégèse des propos de l'ancien candidat, aujourd'hui chef de l'État. Il est vrai que vous êtes très doué en la matière – c'était un compliment que je vous faisais tout à l'heure.

Nous savons bien que ce paquet blanc favorisera l'économie parallèle et entraînera la disparition des buralistes, qui sont aussi des agents de l'État, puisqu'ils collectent de l'argent pour son compte. Que va-t-on leur proposer à la place ? Que va-t-on proposer à ces commerces qui sont en train de disparaître en zone rurale ? Quelle solution magique comptez-vous leur proposer, alors qu'ils se meurent ? Et aux familles qui dépendent de ces métiers ?

Vous voulez lutter contre le tabagisme ? Eh bien, de grâce, cessez d'associer alcool et alcoolisme, tabac et tabagisme, cessez de rêver d'un monde pur, net, sans tabac ! Du reste, ce sont toujours les convertis qui sont les plus fanatiques. J'aimerais bien que l'on réalise ici un sondage pour savoir lesquels, parmi les défenseurs de cette mesure, sont d'anciens fumeurs.

Mme Bernadette Laclais. C'est parce qu'ils savent combien il est difficile de s'arrêter qu'ils défendent cette mesure.

M. Nicolas Dhuicq. Pour ma part, je n'ai même pas commencé à fumer...

M. Olivier Véran, rapporteur. La moquette, un peu ?

M. Nicolas Dhuicq. Sinon un bon havane de temps en temps, ce qui m'amène à poser une question incidente. Madame la ministre, le paquet de Cohibas – si l'on peut citer une marque – deviendra-t-il également un paquet neutre ? Faudra-t-il que nous nous expatriions tous dans un pays civilisé comme Cuba ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Le pays de votre camarade Castro ?

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je signale à mon excellent collègue Dhuicq que si le Gouvernement poursuit sa politique, la boîte de havanes deviendra effectivement neutre !

Il vaudrait mieux en effet s'inscrire dans une démarche collective au niveau européen, notamment pour harmoniser les taux de fiscalité. Vous vous inspirez d'expériences étrangères, mais je ne suis pas certain qu'on achète des cigarettes en Australie comme on le fait en France. Notre histoire n'est pas la même : nos cafés ont une fonction historique, ils nourrissent le lien social. En outre, quand nos buralistes vendent des cigarettes, c'est aussi pour le compte de l'État. Madame la ministre, chers collègues, il est un peu facile de leur taper dessus. (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*), alors qu'ils sont, en l'espèce, des opérateurs publics. Je pense que Mme Delaunay me soutiendra sur ce point : on ne peut pas soutenir une politique qui rapporte à l'État en tapant sur les buralistes !

Si le groupe UDI n'a pas déposé d'amendement de suppression de l'article, nous pensons cependant qu'il faut se limiter à la directive. L'ennemi du paquet neutre, ce sera le « cache-paquet » neutre : toute une industrie du « cache-paquet neutre » va se développer et cette mesure sera, malheureusement, sans effet.

M. le président. La parole est à M. Bruno Le Roux.

M. Bruno Le Roux. Je voudrais, de façon très claire, m'inscrire en faux contre l'idée selon laquelle voter cette mesure reviendrait à taper sur les buralistes.

Plusieurs députés du groupe UMP. Bien sûr que si !

M. Bruno Le Roux. Je n'ignore pas que le paquet neutre amènera un changement dans la façon dont ils ont l'habitude de travailler, mais cette mesure s'accompagnera d'autres initiatives. D'abord, la ratification du protocole de l'OMS par notre pays permettra une véritable traçabilité des produits du tabac, ce qui améliorera la situation des buralistes. Il faudra aussi aggraver les peines sanctionnant le commerce illicite, le vol et le recel de tabac, ce qui améliorera aussi leur situation. En outre le prochain projet de loi de finances devra comporter une modification de la rémunération des cigarettiers au profit de celle des buralistes, ce qui, là encore, améliorera leur situation. Enfin, il nous faudra mener une réflexion sur le rôle global des buralistes dans nos territoires, qui ne se limite pas à la vente de tabac.

Cessons de faire peur aux buralistes ! Nous sommes conscients que cette mesure de santé publique aura un impact sur la façon dont ils fonctionnent et que cela appelle des réponses, mais celles-ci doivent s'inscrire dans le cadre de la lutte contre le tabagisme.

M. le président. La parole est à Mme Florence Delaunay.

Mme Florence Delaunay. Monsieur Richard, vous avez raison, les buralistes vendent le tabac au nom de l'État. Notre responsabilité est d'autant plus grande, et je voudrais à ce propos vous rapporter une anecdote.

Une femme m'a interpellée dans une rue de Bordeaux, me demandant s'il était vrai que le tabac tuait un fumeur sur deux, ainsi que l'affirment les messages d'information. Et à ma réponse positive, elle a rétorqué : « Mais vous, les politiques, qu'avez-vous fait ? Que faites-vous ? »

Un jour on dira à l'État, et à nous qui d'une certaine façon le représentons : « Vous saviez, et vous n'avez rien fait ! », et notre responsabilité sera engagée.

Plusieurs députés du groupe SRC. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Olivier Marleix.

M. Olivier Marleix. Il est très regrettable qu'on oppose en permanence les vertueux défenseurs de la lutte contre le tabagisme et nous, qui ferions du clientélisme – ce doit être le mot qu'a employé Mme Delaunay – en défendant les buralistes. J'aurais aimé que votre texte nous permette de dépasser cette contradiction tout apparente.

Madame la ministre, je vous ai écoutée avec attention. Vous ne pouvez pas nous dire que les consommateurs sont à la recherche de la marque, que le logo a un effet d'appel et ne pas reconnaître que ces mêmes consommateurs continueront à donner leur préférence à des paquets qui porteront cette marque et ce logo, en les achetant en contrebande. Mais vous préférez ignorer ce fait et vous contenter de taper sur une profession qui a déjà beaucoup souffert. Je regrette d'ailleurs de ne pas avoir entendu dans votre bouche le mot de « buraliste », comme si c'était un gros mot.

M. Élie Aboud. Très bien !

M. Olivier Marleix. Ce sont pourtant des milliers de professionnels dont vous ne tenez aucun compte, alors que leur sort dépend de ce que nous allons voter.

On voit bien combien le président Le Roux, qui ne manque pas de sens politique, est embêté. Mais en dehors de ses bonnes paroles, vous ne leur proposez rien, alors qu'ils sont souvent, dans les territoires ruraux, le dernier commerce, la dernière activité. C'est une carence de votre texte. Pourtant, il y a quelques jours, le Premier ministre a évoqué dans cet hémicycle le sentiment d'abandon du monde rural – c'est une des leçons qu'il semble avoir tirées des élections cantonales. Je regrette qu'avec cette disposition, vous alimentiez ce qui n'est pas qu'un sentiment mais une réalité.

M. Élie Aboud. Le Gouvernement a fait une proposition : la dématérialisation du timbre fiscal !

(Les amendements de suppression n^{os} 70, 140, 199 et 587 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements, n^{os} 26, 479, 1193, 215 et 1758, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 26, 479 et 1193 sont identiques.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n° 26.

M. Philippe Vitel. Il est normal de s'alarmer du nombre très important de cancers dans notre pays, et on ne peut pas nier que le tabac joue un rôle, non exclusif toutefois, car souvent plusieurs intoxications s'additionnent, mais votre discours tend à faire croire aux vingt millions de fumeurs de notre pays qu'ils sont tous des cancéreux en puissance.

M. Gérard Bapt. C'est le cas !

M. Jean-Louis Touraine. Eh oui !

M. Philippe Vitel. Je crois qu'il faut raison garder. Mon papa a fumé jusqu'à l'âge de quatre-vingt-onze ans et il est mort d'une fracture du col du fémur qui n'avait rien à voir avec sa consommation de tabac ! (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. Un médecin ne devrait pas parler comme vous le faites !

M. Philippe Vitel. Il faut relativiser : s'il faut se battre pour sauver ceux qui, comme j'en ai vu, sont arrivés à un stade d'addiction majeure, le fumeur occasionnel doit pouvoir continuer à profiter de la vie comme il le veut. On peut boire un verre de rouge ou de pastis de temps en temps sans être pour autant un ivrogne.

En défendant cet amendement n° 26, je défendrai aussi mon amendement n° 63 qui viendra plus tard en discussion.

La directive européenne du 29 avril 2014, qui impose qu'à compter du 20 mai 2016 65 % des deux côtés des paquets de cigarettes soient recouverts de messages ou de photos d'avertissement sanitaire est d'application obligatoire dans notre pays. Pourquoi, madame la ministre, voulez-vous aller au-delà en imposant ce paquet blanc, qui n'a rien à voir avec cet acte communautaire ?

C'est pourquoi nous demandons par cet amendement que les alinéas 2 et 3 de l'article soient remplacés par un alinéa calqué sur le texte de la directive européenne.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 479.

Mme Valérie Boyer. Je veux d'abord rappeler qu'en France la vente du tabac est un monopole et que le public n'est pas en contact direct avec le produit, contrairement à ce qui se passe dans les autres pays européens, où le tabac est vendu en grandes surfaces.

S'agissant de l'amendement n° 479, je souscris à ce qui vient d'être dit, parce que je crois en l'Europe et en la nécessité d'une harmonisation européenne. Nous nous honorerions en faisant en sorte que tous les pays de l'Union aient la même réglementation sanitaire en ce qui concerne le tabac.

Je voudrais surtout, madame la ministre, monsieur le rapporteur, vous appeler à la cohérence. Je suis d'accord avec ce que vous avez dit tout à l'heure quant à la sensibilité des jeunes aux marques, mais pourquoi ce qui vaut pour le tabac ne vaudrait pas pour le reste ? Pourquoi avez-vous refusé les amendements qui visaient à protéger les enfants les plus jeunes, ceux qui n'ont même pas l'âge d'acheter des cigarettes, et qui sont les plus fragiles, de la publicité pour les produits trop gras, trop sucrés, trop salés ?

M. Michel Pouzol. Ce n'est pas la même chose !

Mme Valérie Boyer. Ignorez-vous que lorsqu'on souffre de surpoids très jeune, on en souffrira toute sa vie, alors qu'on commence rarement à fumer à six ans ?

Pourquoi avez-vous refusé de donner des moyens supplémentaires à l'INPES, qui a pour mission de diffuser des messages de santé publique, notamment dans le domaine de la lutte contre le tabagisme ?

C'est cette incohérence qui m'inquiète le plus. Je ne vois pas pourquoi votre raisonnement à propos du tabac ne vaudrait pas pour les autres produits dont la consommation, ou l'excès de consommation, est dangereuse pour la santé. Je fais certes la différence entre le tabac et les produits alimentaires, mais on

sait parfaitement que les produits trop sucrés sont très dangereux pour la santé. Pourquoi autorise-t-on alors la publicité en leur faveur ? Pourquoi n'interdit-on pas sa diffusion sur les écrans jeunesse ? Aucune mesure n'a été prise dans ce sens, malgré les demandes que j'ai formulées, avec certains de mes collègues, parce que vous avez cédé au lobby de l'agroalimentaire.

Je trouve dommage que ce texte de santé publique, qui était attendu depuis des années, n'ait aucune cohérence globale.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 1193.

M. Arnaud Richard. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Quéré, pour soutenir l'amendement n° 215.

Mme Catherine Quéré. Il est retiré.

(L'amendement n° 215 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Quéré, pour soutenir l'amendement n° 1758.

Mme Catherine Quéré. Il est retiré également.

(L'amendement n° 1758 est retiré.)

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. L'instauration du paquet neutre est conforme à la directive européenne, qui permet aux États membres de choisir entre des avertissements sanitaires sur 65 % du paquet ou le paquet neutre. Par ailleurs, l'instauration du paquet neutre est préconisée par l'Organisation mondiale de la santé.

Je ne peux pas laisser dire que le Gouvernement ne prend pas de mesures pour lutter contre les trafics illicites. Je vous ai rappelé que le projet de loi de finances rectificative pour 2014 comportait des dispositions visant à renforcer la lutte contre les importations illégales de tabac en interdisant la vente et l'achat à distance et il vous sera proposé tout à l'heure des amendements visant à renforcer les sanctions en cas de trafic.

Mais ce n'est pas parce qu'il y a des trafics que nous ne devons pas avancer. Je n'ai aucun problème pour reconnaître la place des buralistes dans notre pays, mais en matière de santé publique nous devons nous engager de manière résolue. Je rappelle d'ailleurs qu'il y a quelques mois, nous avons limité à trois le nombre de cartouches que les particuliers sont autorisés à rapporter des pays frontaliers pour leur consommation personnelle, alors qu'il était de dix. Là encore, le Gouvernement s'est fortement engagé pour réduire la consommation de tabac.

Enfin, la meilleure manière de lutter contre les lobbies, c'est d'imposer la transparence. Si vous vouliez lutter contre les lobbies de l'industrie agroalimentaire, qui ont l'air de vous préoccuper, madame la députée, il fallait voter l'amendement instaurant le logo nutritionnel. Je regrette que vous ne l'ayez pas fait.

M. Olivier Véran, rapporteur. Eh oui !

Mme Valérie Boyer. J'en ai proposé un, que vous avez refusé.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Il y a quelque temps, nous avons débattu d'un texte tendant à harmoniser les taux de sucre autorisés dans les produits alimentaires en métropole et en outre-mer. De la même façon, la lutte contre le tabagisme doit aussi se déployer dans les territoires d'outre-mer. Or le paquet de cigarettes y est beaucoup moins cher qu'en métropole.

Mme Michèle Delaunay. Et la Corse ?

M. Arnaud Robinet. En outre, il est vendu dans les supermarchés, où on le trouve près des caisses, à côté des friandises pour enfants. Y a-t-il des dispositions pour que la lutte contre le tabagisme soit aussi résolue outre-mer qu'en métropole ?

(Les amendements identiques n^{os} 26, 479 et 1193 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 480.

Mme Valérie Boyer. Cet amendement déposé par M. Tian tend à exclure de la liste prévue à cet article le papier à cigarette et le papier à rouler : il est à craindre sinon que le marché parallèle se développe de façon importante. Par ailleurs, le papier vendu dans ces conditions sera de mauvaise qualité, ce qui aura nécessairement un impact sur la santé.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

M. Philippe Vitel. Pourquoi ?

M. Arnaud Robinet. Nous n'avons pas non plus de réponse sur l'outre-mer !

(L'amendement n° 480 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n° 63.

M. Philippe Vitel. Je l'ai défendu tout à l'heure.

(L'amendement n° 63, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n° 72.

M. Philippe Vitel. Il est défendu.

(L'amendement n° 72, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n° 1413.

M. Philippe Vitel. Il est défendu.

(L'amendement n° 1413, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Sur l'article 5 *decies*, je suis saisi par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Notre collègue Marleix a dit à Mme la ministre que le Gouvernement n'avait rien proposé à la profession. C'est faux : il lui a retiré la délivrance du timbre fiscal, revenant sur un contrat signé il y a des années avec l'État.

J'ai évoqué tout à l'heure la promesse faite par le Président de la République quand il était candidat. De la même façon, M. le Premier ministre s'était prononcé contre le paquet neutre en février 2014, alors qu'il assistait, en tant que ministre de l'intérieur, au séminaire des buralistes – je n'ai pas honte pour ma part d'employer ce mot.

M. Michel Pouzol. Nous non plus !

M. Élie Aboud. Alors que deux des plus hauts responsables de l'État s'étaient engagés à ne pas faire adopter le paquet neutre, nous voilà aujourd'hui en train de le voter !

M. le président. Je mets aux voix l'article 5 *decies*.

(Il est procédé au scrutin.)

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------|----|
| Nombre de votants | 31 |
| Nombre de suffrages exprimés | 30 |
| Majorité absolue | 16 |
| Pour l'adoption | 19 |

contre

11

(L'article 5 *decies* est adopté.)

g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 5 *decies* (nouveau)

I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3511-6-1. – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports. »

II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

2. Sénat

a. Amendement adopté en commission

- Amendement n° COM-136, présenté par M. Yung, Mme Khiari et a.

Article 5 *decies* (nouveau)

Alinéas 1 à 3

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

I.- Le sixième alinéa de l'article L. 3511-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les unités de conditionnement et les emballages extérieurs des cigarettes, du tabac à rouler, du papier à cigarette et du papier à rouler les cigarettes portent, dans des conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé, des avertissements sanitaires associant un message d'avertissement et une photo ou une illustration correspondante qui recouvrent 65% de leur surface extérieure avant et arrière. »

Objet

Le présent amendement tend à transposer dans la loi française l'article 10 de la directive du 3 avril 2014 relative aux produits du tabac, qui prévoit que les avertissements sanitaires « recouvrent 65% de la surface extérieure avant et arrière de l'unité de conditionnement et de tout emballage extérieur », au lieu de 30% et 40% actuellement. Ce pourcentage est compatible avec le droit de la propriété intellectuelle.

b. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015

Article 5 *decies*

(art. L. 3511-6-1 [nouveau] du code de la santé publique)
Neutralité des emballages de produits du tabac

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaure la neutralité et l'uniformisation des emballages de cigarettes et de tabac à rouler.

I - Le dispositif proposé

Le chapitre II de la directive 2014/40^{15(*)} comporte un grand nombre de dispositions très précises sur l'étiquetage et le conditionnement des produits du tabac, et régit en particulier le format et la présentation des avertissements sanitaires. Il prévoit notamment la présence de photos « choc » sur 65 % des surfaces avant et arrière des paquets de cigarettes, ainsi que l'apposition de messages sanitaires sur les faces latérales des paquets.

Ce chapitre de la directive ne prévoit pas l'instauration d'un paquet neutre.

En revanche, le 2. de l'article 24 de la directive 2014/40, relatif à la libre circulation, le permet en prévoyant que *«la présente directive n'affecte pas le droit d'un État membre de maintenir ou d'instaurer de nouvelles exigences, applicables à tous les produits mis sur son marché, en ce qui concerne la standardisation des conditionnements des produits du tabac, lorsque cela est justifié par des motifs de santé publique, compte tenu du niveau élevé de protection de la santé humaine qu'assure la présente directive ».*

Introduit à l'initiative du Gouvernement en commission à l'Assemblée nationale, le nouvel article L. 3511-6-1 du code de la santé publique prévoit que les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont *« neutres et uniformisés ».*

Pour proposer cette mesure, le Gouvernement se fonde sur l'exemple de l'Australie qui a instauré le paquet neutre depuis le 1^{er} décembre 2012, en accompagnement d'autres mesures, dont une forte hausse des prix (+25 %) en janvier 2014. Fin 2016, il sera en outre interdit de fumer dans tous les lieux publics en Australie, y compris dans la rue.

Le paquet neutre dans sa version australienne, dont la couleur vert-brun a été choisie pour son défaut d'attractivité et est protégée par un brevet, revêt la forme suivante, avec des variantes tant pour les photos que pour les messages sanitaires :



Au verso, le message sanitaire est accompagné du numéro de téléphone du service d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac.

L'efficacité de ce dispositif a donné lieu à des interprétations aussi diverses que tranchées chez les adversaires et les partisans du paquet neutre, sans qu'il soit de fait possible d'isoler précisément les effets de cette seule mesure au sein d'un ensemble de mesures simultanées. Selon les bilans officiels, le

nombre de fumeurs, et notamment chez les plus jeunes, a diminué, passant de 15,1 % à 12,8 % de la population entre 2010 et 2013.

La France serait le premier pays européen à s'engager dans cette voie, le Royaume-Uni et l'Irlande ayant annoncé leur intention de mettre en oeuvre le paquet neutre et adopté des textes en ce sens.

La date d'entrée en vigueur de l'article est celle prévue pour la directive 2014/40, soit le 20 mai 2016.

II - La position de la commission

Ainsi que vos rapporteurs ont pu le constater, **le paquet neutre a donné lieu à une littérature abondante, tant de la part de ses partisans que de ses détracteurs**. Pour ces derniers, il serait à la fois inefficace, destructeur d'emplois et de recettes fiscales en raison de l'augmentation des achats effectués hors du réseau des buralistes, et il exposerait la France à des contentieux internationaux ainsi qu'à des mesures de rétorsion. Selon ses partisans, il permettrait de réduire l'attractivité du paquet de cigarettes en augmentant la visibilité des messages sanitaires, en supprimant le dernier espace laissé au *marketing* et à la publicité, et en prévenant ainsi l'entrée dans le tabagisme.

Un impact sur la consommation difficile à apprécier de façon isolée

La mise en place du paquet neutre s'inscrit dans le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) auquel des objectifs chiffrés sont assignés : passer de 28,2 % de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans à 25,4 %, soit une baisse de 10 % entre 2014 et 2019. A moyen terme, l'objectif est que la prévalence de fumeurs quotidiens s'établisse à moins de 20 % en 2024.

L'impact que pourrait avoir le seul paquet neutre est difficile à apprécier alors que l'unique méthode véritablement éprouvée en matière de baisse de la consommation est une augmentation importante des prix, telle que réalisée dans le cadre de la mise en oeuvre du premier plan Cancer.

Un impact sur les ventes hors réseau des buralistes tout aussi incertain

Les principales craintes qui se sont exprimées à l'occasion du débat à l'Assemblée nationale concernent **ledéveloppement des ventes sur le marché parallèle** et son impact sur le réseau des buralistes.

Depuis 2002, le réseau des buralistes s'est resserré, en particulier en zone rurale et dans les zones frontalières. Le nombre de débits de tabac est passé de 32 850 en 2002 à 27 359 en 2011, tandis que le chiffre d'affaires moyen passait de 447 238 euros à 644 610 euros.

La hausse des prix se traduit par deux conséquences contradictoires : la baisse de la consommation, mais aussi la hausse de la rémunération, qui est indexée sur les prix. En banalisant la marque dans l'esprit du consommateur, le paquet neutre pourrait avoir un effet sur la structure du marché, en l'incitant à privilégier les marques les moins chères. Dans ce cas, le paquet aurait un effet sur les revenus des buralistes, le chiffre d'affaires des industriels du tabac positionnés sur les marques les plus chères mais aussi sur les recettes fiscales.

La crainte d'un effet majeur sur les achats hors réseau des buralistes est, là encore, difficile à apprécier : si le paquet neutre n'a aucun effet sur les fumeurs, son effet sur les ventes hors réseau des buralistes devrait être, lui aussi, limité. Les ventes hors réseau, en particulier les achats transfrontaliers, s'expliquent avant tout par un différentiel de prix qui ne joue pas sur le paquet neutre.

Un risque contentieux avéré mais dont l'issue n'est pas déterminée

L'Australie s'est trouvée confrontée à trois types de contentieux : un contentieux des industriels du tabac devant sa Cour suprême et des contentieux internationaux engagés, d'une part, par les industriels au titre de la protection des investissements devant les instances arbitrales de règlement des différends prévues par les conventions internationales et, d'autre part, par les États producteurs de tabac comme la République dominicaine, le Honduras, Cuba et l'Ukraine devant l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur le motif que les mesures empêchent l'exploitation normale et donc la jouissance des droits de brevet pour les produits du tabac.

Au cours des auditions conduites par vos rapporteurs, certains industriels du tabac ont d'ores et déjà indiqué qu'ils engageraient des procédures similaires contre la France. Les chiffres qu'ils avancent sur le montant des dommages et intérêts demandés sont de l'ordre de 20 milliards d'euros.

Enfin, des manifestations de paysans indonésiens producteurs de tabac, particulièrement au fait du contenu des débats en cours au sein du Parlement français et dûment équipés de T-shirts à messages et

de banderoles, ont eu lieu devant l'ambassade de France à Jakarta, appelant à des mesures de rétorsions à l'encontre de produits français.



Source : *Le Figaro*, 10 juin 2015

Le risque de contentieux attaché à cette mesure est donc très élevé. Leur issue n'est pour autant pas déterminée. La Cour suprême australienne a ainsi tranché le 5 octobre 2012 en faveur de la constitutionnalité du paquet neutre pour des raisons de santé publique. Dans sa décision n° 90-283-DC du 8 janvier 1991, relative à la loi Evin, le Conseil constitutionnel a invoqué un principe constitutionnel de protection de la santé publique, permettant d'apporter des restrictions au droit de propriété d'une marque.

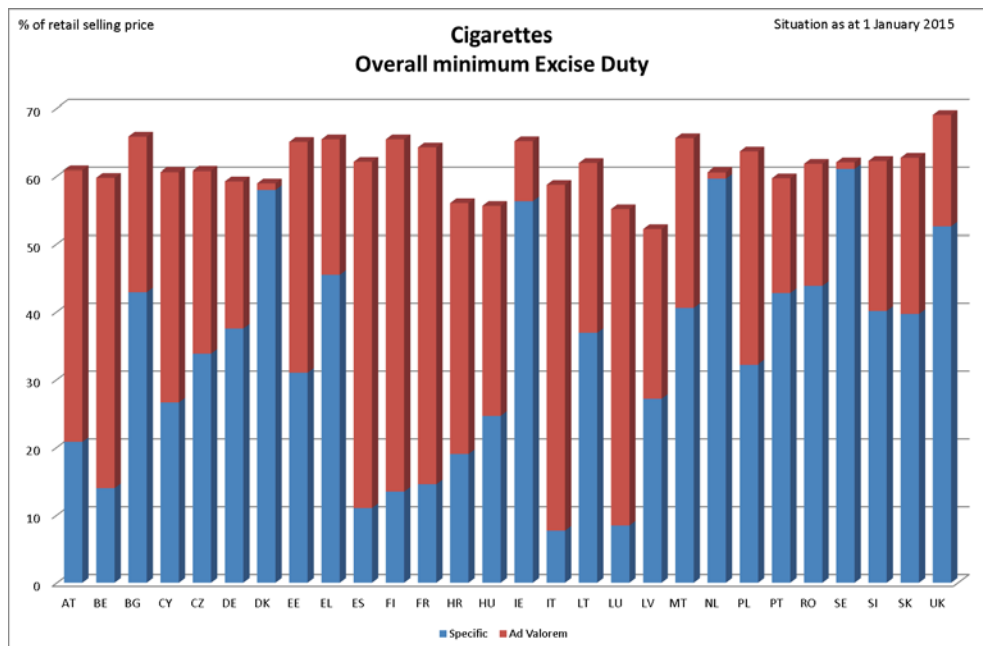
Dans le cadre de l'OMC, la déclaration sur l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique rappelle le droit pour un gouvernement de prendre, à des fins de santé publique, des mesures limitant les droits de propriété intellectuelle.

Les instances devant les tribunaux arbitraux ne permettront pas de savoir, à très brève échéance, la façon dont est considéré l'équilibre entre santé publique et droit de propriété intellectuelle.

Une plus grande difficulté à lutter contre les comportements non-coopératifs au sein de l'Union européenne

Au total, il semble que, sur les effets du paquet neutre, il n'y ait pas de quantification possible, que ce soit sur la consommation ou sur les achats hors réseau.

Dans l'immédiat, votre commission considère que l'harmonisation opérée par la directive dans la présentation des paquets et des avertissements sanitaires est une première marche dans la lutte contre la concurrence, en particulier fiscale, entre États membres de l'Union européenne. La directive sur les droits d'accises est insuffisante pour assurer la convergence de la fiscalité du tabac, qui seule permettrait une lutte coordonnée et efficace contre le tabagisme. Comme l'illustre le graphique suivant, elle autorise des modes de taxation très divers.



Source : Commission européenne, DG Taxud

Dans un tel contexte, votre commission considère que l'introduction du paquet neutre constitue une mesure intéressante mais prématurée, et qu'elle devrait être précédée d'un travail de coopération et de rapprochement avec nos voisins européens.

A l'initiative de notre collègue Richard Yung et de plusieurs membres du groupe socialiste et républicain, votre commission a adopté un amendement transposant l'article 10 de la directive européenne du 3 avril 2014, qui prévoit que les avertissements sanitaires recouvrent 65 % de la surface extérieure avant et arrière de l'unité de conditionnement et de tout emballage extérieur (**amendement COM-136**).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

c. Séance publique du 16 septembre 2015

Article 5*decies*

I. – Le sixième alinéa de l'article L. 3511-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les unités de conditionnement et les emballages extérieurs des cigarettes, du tabac à rouler, du papier à cigarette et du papier à rouler les cigarettes portent, dans des conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé, des avertissements sanitaires associant un message d'avertissement et une photo ou une illustration correspondante qui recouvrent 65 % de leur surface extérieure avant et arrière. »

II (*Non modifié*). – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

[Mme la présidente](#). Je suis saisie de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers amendements n^{os} 639 et 1046 sont identiques.

L'amendement n^o 639 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n^o 1046 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 1 et 2

Remplacer ces alinéas par trois alinéas ainsi rédigés :

I. - Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3511-6-1 - Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et dénominations commerciales sur ces supports. »

La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 639.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. J'ai annoncé, lors de la discussion générale, que je présenterais, au nom du Gouvernement, des amendements de rétablissement des dispositions les plus importantes pour l'équilibre de ce texte.

J'ai déjà eu l'occasion au cours des dernières heures, puisque cela fait maintenant quelques heures que nous débattons des enjeux liés au tabac, de rappeler que le Gouvernement fait de la lutte contre le tabagisme l'une de ses priorités de santé publique.

J'ai évoqué les chiffres, j'ai évoqué les drames, j'ai évoqué le caractère préoccupant de la situation de la France au regard de ce que nous constatons dans d'autres pays.

Cela exige de nous que nous soyons capables de prendre des mesures fortes et audacieuses. À l'évidence, nous ne pouvons pas laisser aller la législation telle qu'elle est, puisqu'elle ne suffit plus à enrayer la progression du tabagisme dans notre pays.

En leur temps, des hommes – en l'occurrence, il s'agissait d'hommes – eurent le courage de prendre des décisions fortes en matière de santé ou d'accidents. Ce fut le cas pour le tabac en particulier, avec la loi Evin. Son auteur, le premier, a dit qu'il fallait marquer un coup d'arrêt face à la situation que l'on connaissait.

Ce fut ensuite, bien des années plus tard, le cas du président Jacques Chirac. À son tour, il a décidé de faire de la lutte contre le cancer l'un des axes forts de ses deux mandats ; il a lancé des plans cancer et a constaté, comme tout un chacun, que, pour faire reculer le cancer, il fallait se donner les moyens de faire aussi reculer des maladies évitables, et donc des comportements à risque.

Voilà pourquoi il a fait prendre par ses gouvernements successifs un certain nombre de mesures fiscales importantes, puis pris l'initiative de l'interdiction de fumer dans des espaces publics où, en France, on fumait naturellement. À cette époque aussi, on s'est dit que c'était là heurter des habitudes françaises, alors même que, dans les pays anglo-saxons, on ne fumait plus depuis bien longtemps dans ces espaces publics, qu'il s'agisse des bureaux, des restaurants ou des gares.

Eh bien, aujourd'hui, il est temps de prendre d'autres mesures qui nous permettent d'aller de l'avant. Non, mesdames et messieurs les sénateurs, il n'y a absolument aucune raison de baisser les bras face aux risques que fait courir le tabac, en particulier aux plus jeunes.

Il n'y a par ailleurs aucune raison de se dire que ce qui a été tenté par le passé ne doit pas être reproduit avec de nouvelles mesures. En effet, nous arrivons au bout de ce que la législation existante a rendu possible.

Cependant, permettez-moi de vous dire qu'il n'y a pas une seule mesure qui, à elle seule, permettrait de faire reculer le tabagisme. Ce qui compte, c'est d'affirmer fortement une stratégie volontariste et de prendre toute une série de mesures.

Le paquet neutre, puisque c'est de cela qu'il est question à cet article, est un élément d'une stratégie d'ensemble. Celle-ci comprend des mesures d'interdiction de fumer dans un certain nombre de lieux, tels que les voitures transportant des enfants ou les aires de jeux réservées aux enfants dans les parcs de nos communes, qui se multiplient, sans oublier d'autres interdictions prises par certaines municipalités, concernant par exemple les plages.

Cette stratégie inclut aussi la volonté de lutter résolument contre les trafics : je ne rappellerai pas les mesures prises par le Gouvernement que j'ai déjà annoncées.

Pour revenir précisément au paquet neutre, nous savons que, chez les plus jeunes notamment, l'attrance pour la marque et la capacité des marques à susciter des phénomènes d'adhésion collective sont autant de dangers pour la santé publique.

Alors, on me dit parfois que tout cela ne servira à rien, que rien de cela ne sera efficace. Mais si cette initiative n'est pas efficace, mesdames, messieurs les sénateurs, pourquoi certains d'entre vous déploient-ils des trésors d'imagination à essayer de la contrer ?

[M. Alain Joyandet](#). Ce n'est pas un argument !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. À ceux qui tirent argument de l'inefficacité du paquet neutre pour nous dissuader de le décider, je répondrai qu'un pays l'a imposé, il y a maintenant trois ans : l'Australie. Et les études montrent une forte baisse de la prévalence du tabac dans ce pays dès l'année qui a suivi l'adoption de cette mesure.

Il est vrai que l'Australie partait d'un taux de tabagisme beaucoup plus bas que celui qui est constaté en France. L'Australie, lorsqu'elle a mis en place le paquet neutre, comptait 16 % de fumeurs ; il y en a désormais moins de 13 %. Nous constatons que l'âge de la première cigarette y a reculé et que le nombre d'appels à l'équivalent australien de Tabac Info Service a augmenté. Cette mesure a donc eu un impact ; elle est structurante dans un plan de réduction du tabagisme.

Évidemment, nous devons convaincre le plus de pays possible de s'engager dans cette démarche : l'Australie l'a fait, l'Irlande et la Grande-Bretagne ont engagé le processus, d'autres pays le font, et j'ai réuni à Paris une dizaine d'États qui choisissent cette voie-là.

Mais il y a un moment où il faut savoir prendre ses responsabilités. Vous allez donc maintenant vous exprimer ; je vous écouterai avec intérêt et avec attention. J'ai suivi les débats de la commission ; j'ai lu ses travaux, je sais que cette mesure a été supprimée et je n'ignore pas qu'il y a peu de chances qu'elle soit rétablie à l'occasion de ce débat.

Cela étant dit, mesdames, messieurs les sénateurs, je porterai à nouveau cette mesure devant l'Assemblée nationale. Il me semble en effet qu'il y a là un enjeu important, et j'assume ma responsabilité de ministre chargée de la santé : je n'ai pas encore entendu de stratégie alternative forte pour faire baisser le tabac dans notre pays.

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1046.

[Mme Aline Archimbaud](#). Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, l'amendement déposé par notre groupe vise lui aussi à rétablir l'article 5 *decies* tel qu'il a été adopté à l'Assemblée nationale, donc le paquet neutre.

J'ajouterai aux arguments de Mme la ministre, tout d'abord, que je suis assez perplexe de voir certains brandir comme argument contre le paquet neutre des chiffres émanant d'études payées – cela a été établi – par de grands groupes cigarettiers.

Une étude indépendante, elle, est consacrée à la mise en œuvre de cette mesure en Australie depuis 2012. Cela a déjà été évoqué, mais je voudrais donner des précisions sur les conclusions de cette étude indépendante.

Depuis l'introduction des paquets neutres, en comparaison avec la période de commercialisation des paquets marqués, les fumeurs adultes interrogés ont davantage arrêté de fumer, sont plus motivés à arrêter de fumer et ont plus fréquemment écrasé une cigarette qu'ils avaient entamée.

En comparaison avec des paquets marqués, les paquets neutres ont significativement réduit l'attractivité du paquet de cigarettes et des marques de tabac et donnent moins envie de fumer. Les chiffres de l'étude sont clairs.

Les fumeurs ont l'impression de fumer des cigarettes de moindre qualité et au goût moins agréable depuis qu'elles sont emballées dans des paquets neutres. Ils réagissent davantage aux avertissements sanitaires insérés sur des paquets neutres : plus remarqués, ces messages leur rappellent les méfaits du tabac. Ils ont plus appelé la ligne australienne d'aide à l'arrêt du tabac : les appels ont augmenté de 78 % depuis la mise en place des paquets neutres et les appels ont duré plus longtemps que par le passé.

Par ailleurs, concernant les jeunes fumeurs, une étude réalisée auprès d'adolescents fumeurs et non fumeurs âgés de douze à dix-sept ans démontre qu'en comparaison avec des paquets marqués, les paquets neutres ont significativement réduit l'attractivité tant des marques de tabac que du paquet de cigarettes, désormais perçu, passez-moi l'expression, comme moins « cool », moins intéressant, et moins excitant.

Le paquet neutre permet donc d'annihiler les messages qui font croire à une moindre dangerosité et à une dépendance minorée de certaines marques de tabac.

Pour toutes ces raisons, le groupe écologiste soutient pleinement Mme la ministre sur cette mesure courageuse et demande le rétablissement de cette disposition dans la loi de santé.

Pour éviter tout malentendu, je voudrais également indiquer que je suis membre, avec certains autres sénateurs, du groupe de travail mis en place par notre collègue député Frédéric Barbier pour se pencher sur les préoccupations des buralistes. Son objet est de trouver par quels moyens l'action publique pourrait les aider à poursuivre et diversifier leur activité : vente d'autres produits, fourniture de services de proximité, etc. Dans cette perspective, j'ai déposé, au nom du groupe écologiste, l'amendement n° 1054 rectifié, qui va dans ce sens et que je vous invite fortement à soutenir, mes chers collègues.

[Mme la présidente.](#) Les deux amendements suivants sont également identiques.

L'amendement n° 430 rectifié est présenté par MM. Bizet, Allizard, Chaize et Cornu, Mmes Des Esgaulx et Duranton, MM. Gournac et Grand, Mme Gruny, MM. Husson, Joyandet, Laménie, Lenoir et Longuet, Mme Morhet-Richaud, MM. Pellevat et Pointereau, Mme Primas et MM. Reichardt, Vaspart et Adnot.

L'amendement n° 903 rectifié est présenté par Mme Malherbe et MM. Bertrand et Guérini.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

, du tabac à rouler, du papier à cigarette et du papier à rouler les cigarettes

par les mots

et du tabac à rouler

La parole est à M. Gérard Cornu, pour présenter l'amendement n° 430 rectifié.

[M. Gérard Cornu.](#) Cet amendement, que j'ai cosigné, a été porté par notre collègue Jean Bizet, qui ne peut malheureusement pas être présent cet après-midi.

Jean Bizet voulait ainsi poser le problème de la surtransposition des directives européennes. Ce n'est pas uniquement le cas dans le domaine du tabac, comme l'a d'ailleurs dit très justement notre collègue Jean-Baptiste Lemoyne, et ce zèle que nous mettons à toujours vouloir laver plus blanc que blanc agace profondément nos compatriotes.

Je voudrais vous rappeler ce que dit la directive sur les produits du tabac. Elle impose, dans tous les États membres, la mise en place d'avertissements sanitaires recouvrant 65 % de la surface extérieure avant et arrière de l'unité de conditionnement et de tout emballage extérieur des cigarettes et du tabac à rouler.

Elle ne prévoit en revanche pas la standardisation des papiers à cigarette ou de leurs emballages.

On a en France la manie de surtransposer toutes les directives européennes. Madame la ministre, vous avez tout à l'heure cité l'Australie. Mais ce pays n'est pas, à ma connaissance, membre de l'Union européenne. Comment voulez-vous que la France s'en sorte si, à chaque fois, on surtranspose ces directives, alors que nos voisins dans l'UE se contentent de transposer ? Je suis pour que l'on transpose, mais pas au-delà ! *(Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Hermeline Malherbe, pour présenter l'amendement n° 903 rectifié.

[Mme Hermeline Malherbe.](#) On a aujourd'hui dit à plusieurs reprises la nécessité d'aller convaincre l'Europe de prendre certaines mesures de lutte contre le tabagisme. Or ici, pour une fois, il existe une directive européenne qui nous permet d'être tous logés à la même enseigne et au même moment. En même temps, même si la question est importante, à mon avis, on n'est pas à un an près pour appliquer cette directive.

Cet amendement a pour objet spécifique le papier à cigarette : ce n'est pas du tabac, ce n'est qu'un simple outil. On aurait très bien pu aussi mentionner les pipes.

On peut faire deux remarques. Tout d'abord, le fait important est que, cette fois, tous les pays européens peuvent bénéficier en même temps d'une même législation, mise en place de manière opérationnelle. Ensuite, il faut surtout s'attaquer aux vrais problèmes, l'addiction et la dépendance, et non pas forcément à tout ce qui est à côté, comme le papier à rouler !

Mme la présidente. L'amendement n° 288 rectifié *bis*, présenté par MM. Calvet, Gilles, Pellevat et Charon, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Supprimer les mots :

et du papier à rouler les cigarettes

La parole est à M. François Calvet.

M. François Calvet. La commission des affaires sociales a modifié l'article 5 *decies* afin de transposer strictement dans la loi française l'article 10 de la directive 2014/40/UE sur les produits du tabac.

L'amendement ainsi adopté en commission, qui prévoit l'instauration du « paquet directive européenne », comprend une imprécision rédactionnelle. Il vise en effet à étendre le dispositif du « paquet directive européenne » au papier à rouler les cigarettes, alors que celui-ci n'est pas un produit du tabac et n'est pas visé par la directive, notamment par son article 10. Il s'agit donc d'une scorie juridique qu'il convient de supprimer. (*Sourires au banc des commissions.*)

Je souhaite m'inscrire dans le prolongement des propos qui viennent d'être tenus par mes collègues Gérard Cornu et Hermeline Malherbe et dire à mon tour au Gouvernement qu'il faut arrêter avec ce manière de transposer les directives ! (*Eh oui ! sur les travées du groupe Les Républicains.*) Après, on s'étonne que les Français détestent l'Europe ! La France en fait toujours plus que les autres !

Pensez donc à Perpignan, ville frontalière, où l'industrie du papier à cigarettes occupe une place très importante et emploie 400 salariés... Alors que la France est le premier producteur de papier à rouler, elle serait la seule à proposer une telle mesure ? N'exagérons pas ! À force, ce sont des pans entiers de nos industries qui disparaissent. (*Marques d'approbation sur les mêmes travées.*)

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

Mme Catherine Deroche, *corapporteur.* La commission ne compte évidemment pas revenir sur la position qu'elle a adoptée au mois de juillet dernier, qui prévoit de transposer directement dans ce projet de loi la directive européenne relative aux messages sanitaires figurant sur les emballages des paquets de cigarettes.

Soyons clairs : actuellement, en France, les paquets de cigarettes comportent des messages sanitaires, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays. La directive européenne précise que tous les pays seront désormais logés à la même enseigne et que les emballages seront recouverts à 65 % de messages sanitaires et de photos. Je ne veux pas laisser croire que, en souhaitant supprimer le paquet neutre, l'on fait fi des messages sanitaires et que l'on ne souhaite pas protéger le consommateur ! (*Très bien ! sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Je n'en ai pas ici, mais je pourrais vous montrer des paquets neutres et des paquets recouverts à 65 % de messages sanitaires. Ce sont véritablement des messages et des photos-chocs. Quant à savoir si cette mesure sera plus efficace que le paquet neutre, il est difficile de le dire. Il n'en reste pas moins que, sur ces paquets, le message sanitaire est clairement visible.

Ces paquets « directive européenne » auront en outre l'avantage de supprimer certains types de conditionnements imaginés par les industriels du tabac, comme les paquets un peu glamour, rose fuchsia, ressemblant à des étuis de rouges à lèvres et qui peuvent exercer une forte attractivité, notamment sur les jeunes femmes.

Donc, si 65 % de l'emballage est réservé aux messages sanitaires et à des photos-chocs, le reste sera consacré à la marque.

À cet égard, le paquet neutre n'est pas sans soulever des problèmes de droit des marques. Des contentieux sont d'ailleurs en cours dont j'ignore quelle sera l'issue.

Je le répète, avec la transposition stricte de la directive européenne, des messages sanitaires figureront sur les paquets.

La commission a adopté cette position pour favoriser une harmonisation des pays européens en la matière et milite beaucoup en faveur d'une harmonisation fiscale – Mme la ministre a indiqué travailler également en ce sens. Tout le monde sait que, plus que l'emballage, c'est le prix qui constitue un facteur déterminant et qui incite à des achats illégaux ou de contrebande comme à des achats légaux mais transfrontaliers.

La commission souhaite que la France adopte un paquet « directive européenne ». C'est la raison pour laquelle elle émet un avis défavorable sur les amendements identiques n^{os} 639 et 1046.

En revanche, la commission émet un avis favorable sur les amendements identiques n^{os} 430 rectifié et 903 rectifié. En effet, il ne paraît pas pertinent de faire figurer des messages sanitaires sur les emballages de papier à rouler les cigarettes ; ceux-ci doivent figurer sur les paquets de cigarettes et les paquets de tabac à rouler.

C'est parce que ces amendements identiques sont plus complets que la commission demande le retrait de l'amendement n^o 288 rectifié *bis*, monsieur Calvet.

[Mme la présidente.](#) Monsieur Calvet, l'amendement n^o 288 rectifié *bis* est-il maintenu ?

[M. François Calvet.](#) Non, je le retire, madame la présidente, dans la mesure où il est satisfait par les amendements identiques n^{os} 430 rectifié et 903 rectifié, que je voterai.

[Mme la présidente.](#) L'amendement n^o 288 rectifié *bis* est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Par cohérence, le Gouvernement émet bien évidemment un avis défavorable sur les amendements « alternatifs » au paquet neutre.

Je tiens à apporter deux précisions complémentaires.

D'une part, s'il est vrai que la directive européenne n'impose pas le paquet neutre, elle ne l'exclut pas pour autant.

[Mme Catherine Deroche,](#) *corapporteur*. C'est vrai !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Elle envisage même explicitement cette possibilité.

[M. Gérard Cornu.](#) C'est de la surtransposition !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Bien sûr que non !

L'article 24 de la directive prévoit que « la présente directive n'affecte pas le droit d'un État membre de maintenir » - maintenir, monsieur Cornu – « ou d'instaurer de nouvelles exigences [...], lorsque cela est justifié pour des motifs de santé publique ». Ne faisons donc pas comme si le Gouvernement inventait une mesure totalement étrangère au débat européen.

MM. François Calvet et Gérard Cornu. Si !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. En outre, je tiens à rappeler à Mme la rapporteur l'intérêt du paquet neutre. L'objectif n'est pas le seul agrandissement du message sanitaire. Certes, il est important qu'un message sanitaire figure sur le paquet et que, grâce à la directive européenne, les pays qui autorisent aujourd'hui des paquets dépourvus de tout message de cette nature aient désormais l'obligation de l'imposer. Comme on le devine à son intitulé, le paquet neutre vise à empêcher la marque d'exercer son pouvoir d'attraction.

La publicité a en effet bien pour principe de donner envie, et personne n'y échappe : nous y sommes tous plus ou moins sensibles quand cela touche des produits qui nous intéressent. Et cela marche !

La publicité consiste en l'occurrence à associer des marques de cigarettes à des couleurs, voire à des formes de paquets pour viser certains publics, leur donnant le sentiment d'appartenir à un groupe. Je pense aux paquets en forme d'étui de rouge à lèvres, à ceux qui renvoient à l'idée de la minceur, par leur côté « slim », à celle de liberté ou à d'autres notions encore. C'est cette dynamique qu'il convient de casser.

L'agrandissement du message sanitaire est en soi une bonne chose, mais ne permet pas d'atteindre cet objectif, à savoir éviter l'impact publicitaire de la marque.

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

[Mme Catherine Génisson.](#) Je ne reviendrai pas longuement sur les arguments que Mme la ministre vient de développer.

Le paquet neutre s'inscrit bien évidemment dans une stratégie globale de lutte contre le tabagisme, qui cible principalement le public jeune. Il agit de faire en sorte que les jeunes ne commencent pas à fumer et que l'on parvienne enfin à une génération d'hommes et de femmes qui ne fument pas ou ne fument plus.

Madame la ministre, vous avez prouvé votre engagement et votre détermination à faire en sorte que, avec le Gouvernement, nous parvenions le plus rapidement possible à une harmonisation fiscale à l'échelon européen ; vous l'avez répété à plusieurs reprises, mais nous en sommes tous convaincus. C'est tout l'enjeu si nous voulons que les mesures que nous décidons dans le cadre de la lutte contre le tabagisme soient efficaces.

Le Gouvernement comme la commission l'ont souligné, même si cela ne relève pas strictement de votre ministère, madame la ministre, cela relève totalement de la responsabilité du Gouvernement : il est très important de trouver de façon concomitante des solutions alternatives afin que les mesures adoptées n'aient pas de conséquences financières pour les buralistes, que nous souhaitons maintenir dans nos territoires, tant urbains que ruraux, car ils participent à la cohésion sociale.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Richard Yung, pour explication de vote.

[M. Richard Yung.](#) Je veux défendre la rédaction de l'article 5 *decies* retenue par la commission des affaires sociales. *(Très bien ! sur les travées du groupe Les Républicains.)*

Je rappelle que la version que vise à rétablir l'amendement n° 639 du Gouvernement et qui a été adoptée par l'Assemblée nationale ne figurait pas dans le texte initial. Il y a donc eu en quelque sorte une deuxième réflexion lors de l'examen de ce texte à l'Assemblée nationale.

Pour ma part, à ce stade, je ne suis pas capable de dire si le fait d'aller au-delà de ce que prévoit la directive est un élément important dans la lutte contre le tabac. On évoque le cas de l'Australie. Il est vrai que c'est le seul pays à avoir instauré le paquet neutre, mais c'est surtout le seul à avoir fixé le prix du paquet de cigarettes à 14 euros ! Si nous le suivons dans cette voie, peut-être serons-nous efficaces dans la lutte contre le tabac.

Cela vous surprendra peut-être, mais je suis surtout préoccupé par l'atteinte au droit des marques et au développement de la contrefaçon que ce paquet neutre peut entraîner.

[M. Gérard Longuet.](#) Très bien !

[M. Richard Yung.](#) Ce paquet neutre, comme son nom l'indique, est un paquet de cigarettes anonymisé dont la forme, la couleur et la typographie sont rendues uniformes et aussi peu attractives que possible, puisque tel est l'objectif. Il réduit les marques à de simples dénominations en les amputant de leurs signes distinctifs.

Ce faisant, à mon sens, il porte atteinte aux éléments constitutifs de la marque, qui forment un chapitre important du droit de la propriété industrielle. Une marque, ce n'est pas seulement un nom ; c'est aussi une couleur, un dessin, un mouvement, des figures. Je comprends bien que l'idée consiste à les rendre anonymes, mais je pense qu'il s'agit d'une atteinte directe au droit des marques.

Supprimer l'un de ces éléments, c'est remettre en cause le droit du titulaire sur ses marques. Or une marque, c'est un élément important du bilan d'une entreprise. Sa valeur peut être considérable. C'est aussi un élément constitutif de l'identité de l'entreprise et de ses produits. Je crains que, si nous nous engageons dans cette voie, nous ouvrons une brèche dans les droits de propriété industrielle.

Enfin, cette dénaturation du droit de propriété devrait être compensée par « une juste et préalable indemnité », conformément à l'article XVII de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Or le projet de loi ne prévoit pas de mécanisme indemnitaire. En adoptant le paquet neutre, nous irons au-devant de nombreuses difficultés et nous heurterons à toutes les juridictions comme le Conseil constitutionnel ou l'Organisation mondiale du commerce. *(Applaudissements sur quelques travées du groupe socialiste et républicain et du groupe Les Républicains.)*

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour explication de vote.

[Mme Jacky Deromedi.](#) Madame la ministre, j'ai été quelque peu surprise par les propos que vous avez tenus en présentant l'amendement du Gouvernement. Pourquoi donc dépensons-nous tant d'énergie à nous battre contre le paquet neutre ? Une telle question sous-entend que nous défendrions des intérêts particuliers, ceux des buralistes ou des fabricants, dont nous accepterions les invitations et autres cadeaux. De telles insinuations sont choquantes.

Nous sommes, nous aussi, préoccupés par la santé des Français. Laisser entendre que vous seriez les seuls à vous en soucier est purement démagogique ! (*Applaudissement sur les travées du groupe Les Républicains.*)

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Daniel Gremillet, pour explication de vote.

[M. Daniel Gremillet.](#) Je tiens à saluer le travail tout à fait remarquable, magnifique et responsable, accompli par la commission des affaires sociales. (*Mme Laurence Cohen rit.*) Le souci de la santé en a en effet constitué l'élément moteur de notre démarche.

Madame la ministre, comment puis-je expliquer, moi, élu de la plus vaste région transfrontalière, la région Est, aux ruralistes de mon territoire cette distorsion absolument invivable entre États membres, sans même parler de la fiscalité ?

Je partage l'avis de notre collègue Richard Yung : avec le paquet neutre, le risque de contrefaçon est grand, et on ne l'a pas assez mesuré.

Nous venons de débattre du vapotage : c'est peut-être aussi, pour certaines personnes, un moyen de sortir du tabagisme et d'en finir avec ce fléau que représente le tabac.

Nous revenons au même débat que celui que nous avons hier soir sur l'alcool. Les mêmes questions se posent pour le paquet neutre : c'est comme si l'on retirait les étiquettes sur les bouteilles d'alcool. Madame la ministre, vous aviez pris à juste titre l'exemple des bières fortes. De la même manière, tous les tabacs n'ont pas le même degré de nocivité, et le paquet neutre risque de semer la confusion.

Cet argument est sans doute difficile à soutenir, mais il semble évident que le paquet neutre, du fait du manque d'informations sur l'emballage, pourra nuire aux fumeurs qui, mieux informés, pourraient entreprendre de se désintoxiquer.

J'approuve donc le travail très responsable de la commission. (*Applaudissement sur certaines travées du groupe Les Républicains.*)

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

[M. Daniel Chasseing.](#) Nous appartenons au marché commun européen et souhaitons en rester membre. Mais, en France, nous avons toujours la manie de vouloir des normes différentes !

Nous le voyons à l'occasion de la crise agricole : nos charges sont beaucoup plus élevées qu'en Espagne ou en Allemagne, mais, surtout, nos normes spécifiques aggravent fortement les problèmes des agriculteurs.

Pour le tabac, c'est la même chose : le paquet neutre ne fera pas diminuer le nombre de fumeurs ; en revanche, il contribuera à faire augmenter le marché parallèle, non seulement dans les départements frontaliers, mais aussi sur tout le territoire national.

Les autres pays européens souhaitent, comme nous, combattre les nuisances du tabac. Comme l'a suggéré la commission, nous devons donc nous mettre en conformité avec la directive européenne et nous engager dans la voie d'une harmonisation européenne.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

[M. Yves Daudigny.](#) Je me suis déjà exprimé sur ce sujet en début d'après-midi, après Mme la rapporteur et Mme la ministre, dans une sorte de mini débat sur le tabac. Les éléments exposés voilà quelques heures valent évidemment pour l'amendement n° 639, je ne les reprendrai pas.

Une très large majorité des membres du groupe socialiste et républicain s'abstiendront sur cet amendement.

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

[Mme Laurence Cohen.](#) Notre débat est parfois un peu complexe. Nous examinons une loi de santé publique et nous étudions les incidences de produits licites comme l'alcool ou le tabac, qui causent des milliers de morts et ont d'importantes conséquences en termes de santé publique.

Je ressens une difficulté pour faire la part des choses entre ce qui relève des intérêts économiques – je ne les balaye absolument pas d'un revers de main, et les propos tenus à cet égard par notre collègue de Perpignan m'ont paru très intéressants – et ce qui relève de la santé publique. En l'occurrence, nous avons encore des progrès à faire.

Pour le groupe CRC, le paquet neutre doit s'inscrire dans une politique de prévention et d'accompagnement. Il ne peut s'agir d'une mesure isolée.

Cette mesure sera-t-elle efficace, voire la plus efficace ? Personnellement, je n'en sais rien, et je ne crois pas que quelqu'un le sache à ce stade. Il nous semble en tout cas positif de prendre des initiatives pour tenter de faire reculer l'addiction au tabac.

Devant cette difficulté, l'ensemble des membres de notre groupe, à l'instar de la plupart des membres du groupe socialiste et républicain, s'abstiendront, comme je l'ai annoncé lors de mon intervention dans la discussion générale.

Il ne nous semble pas que la démarche ait complètement abouti, et nous préférons donc rester sur cette position, en insistant sur la prévention, avec des moyens humains et financiers garantissant l'efficacité de cette politique.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Philippe Bonnacarrère, pour explication de vote.

[M. Philippe Bonnacarrère.](#) Le débat oscille entre, d'un côté, l'idée qu'il ne faut pas surtransposer et, de l'autre, l'enjeu essentiel qu'est la santé publique.

Pour essayer de trancher ce débat, je ne suis pas forcément très sensible à la comparaison avec l'Australie, l'expérience nous ayant depuis longtemps appris, au plan national ou local, à nous méfier de ce type d'argumentation comparative qui n'a d'autre objet que d'infléchir les positions des uns et des autres, alors qu'il s'agirait plutôt de prendre les exemples sur le terrain même où le débat doit être tranché.

À la fin de votre intervention, madame la ministre, vous nous avez expliqué en substance que vous vous attendiez à un vote négatif du Sénat sur cet amendement, mais que vous cherchiez à obtenir satisfaction à l'Assemblée nationale, faute, avez-vous dit, d'alternative politique. Avec tout le respect que je vous dois, vous me permettrez de ne pas partager cette appréciation.

Il me semble que la stratégie politique alternative, qui relève du mandat que vous exercez au nom de notre pays, consiste à convaincre l'ensemble des pays de la Communauté des enjeux de santé publique. Votre responsabilité ne consiste pas à demander, demain, à l'Assemblée nationale de prendre le contre-pied du Sénat. Elle consiste, au nom de notre pays, et pour les motifs que vous avez largement évoqués vous-même, à convaincre l'ensemble des autres pays de la pertinence d'une directive différente, plus contraignante.

Il me semble, de surcroît, que vous disposez d'un outil juridique pour fonder votre action. En effet, aux termes de l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, « un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. » Cet article précise aussi que l'action de l'Union « porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines » et que « l'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé ».

C'est bien là, me semble-t-il, que se situe votre responsabilité politique, madame la ministre. (*Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et du groupe Les Républicains.*)

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

[Mme Dominique Gillot.](#) Cet amendement du Gouvernement développe une mesure forte et emblématique du programme national de réduction du tabagisme 2014-2015, partie intégrante du plan national cancer visant à combattre toutes les formes de cancers évitables.

La lutte contre le tabagisme prend plusieurs formes qui s'additionnent et se complètent dans une stratégie globale comportant, notamment, la résistance aux stratégies commerciales des industriels, la dénormalisation sociale du tabac, la réduction de l'attractivité de ces produits et leur stigmatisation comme produits dangereux.

Cette stratégie, de nature à contribuer à atteindre l'objectif, passe par l'instauration du paquet générique de cigarettes et de tabac.

Devant cette démarche radicale, absolue de santé publique, qui rencontre l'hostilité d'un nombre important de commerçants – ces commerçants assurent par ailleurs, dans bien des endroits, une permanence de lieu de vie, de lien social et d'économie locale –, de nombreux sénateurs sont

sensibilisés à la détresse exprimée par les buralistes, lesquels sont légitimement inquiets des conséquences, efficaces je le souhaite, de la mise en œuvre de cette mesure emblématique.

Mais combien parmi nous ont été confrontés ou ont vécu les conséquences douloureuses, dramatiques, létales du tabagisme ? Quel poids ont-elles dans la balance ? Où se situent-elles sur l'échelle de nos responsabilités ?

Face à cette levée de boucliers observée en direct par l'ensemble des exploitants qui se sentent menacés, vous avez le courage, madame la ministre, de tenir fermement cette mesure emblématique, soutenue par la communauté scientifique, la communauté médicale, les spécialistes et les associations de malades qui ont à connaître et à lutter contre les ravages du tabagisme, cause identifiée, incontestée et pourtant évitable de mortalité.

Cette action, tout à l'honneur de ministre de la santé que vous êtes, mérite le soutien de ceux qui croient aux politiques publiques protectrices de l'ensemble de nos concitoyens, particulièrement les plus fragiles que sont les plus jeunes, y compris contre leurs propres inclinaisons ou désir de prendre des risques« consentis », tout du moins tant qu'ils ne sont pas rattrapés par la maladie.

Autrefois, un jeune conscrit recevait dans son paquetage sa ration de tabac. Aujourd'hui, la connaissance a évolué. Nous savons que le tabagisme est hautement cancérigène et que sa réduction diminue d'autant la prévalence des cancers du fumeur. Le dernier plan cancer intègre la réduction du tabagisme comme un objectif majeur, ce qui justifie un engagement politique fort. C'est votre dignité et votre responsabilité de ministre de la santé et, pour toutes ces raisons, je voterai l'amendement que vous présentez et j'encourage mes collègues à faire de même.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

[M. Jean-Baptiste Lemoyne.](#) Quand on engage des réformes d'envergure, la méthode est importante. Pour ma part, je retiens du Premier ministre Jean-Pierre Raffarin la méthodologie des« 3D » : diagnostic, dialogue, décision. Le respect de ces trois phases permet de prendre de bonnes mesures.

Sur le diagnostic, malheureusement, la disposition n'a pas fait l'objet d'une étude d'impact, car elle a été introduite par voie d'amendement à l'Assemblée nationale. J'ai vu que vous aviez commandé, via la Direction générale de la santé, une étude à M. Kopp, laquelle a été assez largement remise en question par un journaliste d'*Alternatives économiques*, soit une personne qui ne se situe pas forcément dans mon voisinage politique.

Quant au dialogue, il est vrai que beaucoup d'acteurs du dossier, notamment les buralistes, regrettent de ne pas avoir pu parler avec vous, madame la ministre.

Ces dispositions ont été décidées sans véritable échange, y compris sur les mesures d'accompagnement. Notre collègue Yves Daudigny évoquait le Compte-Nickel comme exemple de diversification d'activité possible pour les buralistes, mais ces derniers l'ont mis en place eux-mêmes, en partenariat avec une jeune entreprise innovante, sans rien devoir à l'État.

Encore une fois, les buralistes sont des agents assermentés par l'État. Comme tous les élus locaux, ils sont les petites mains de la République, souvent implantés dans des territoires ruraux, périurbains ou dans des zones difficiles. Ils sont importants pour le lien social et je pense que l'État s'honorerait à rouvrir le dialogue avec ces professionnels, que l'on peut d'une certaine manière considérer comme ses agents.

De surcroît, ainsi que certains de nos collègues l'ont rappelé, les risques de fraudes sont importants. Aujourd'hui, compte tenu de la rapidité des transports et de la facilité avec laquelle on franchit les frontières, nous sommes tous un peu frontaliers, que l'on réside dans la Meuse, chez Gérard Longuet, ou bien en plein centre de la France, chez Rémy Pointereau ! Et il est impossible d'ignorer que 25 % de la consommation, à l'heure actuelle, est le fruit de marchés parallèles contre lesquels il faut absolument lutter.

Sur ce sujet qui transcende largement les clivages, je suivrai naturellement la position de la commission. Madame la ministre, je vous invite simplement à entendre la voix de personnes qui demandent seulement à dialoguer avec vous et à préparer un nouveau contrat d'avenir. En effet, celui qui avait été initié voilà une dizaine d'années arrive bientôt à terme.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Michel Raison, pour explication de vote.

[M. Michel Raison](#). Nous débattons d'un sujet très grave : le tabac cause près de 80 000 morts par an, sans compter les souffrances qui accompagnent ces décès.

C'est pour cela qu'il faut prendre des mesures efficaces. Les deux principales mesures dont l'efficacité est avérée en matière de lutte contre le tabagisme sont le prix du paquet et la prévention.

Le relèvement du prix du paquet se heurte au problème des zones frontalières. C'est pourquoi nous devons continuer à dialoguer avec nos voisins sur le sujet de l'harmonisation européenne.

Pour ce qui est de la prévention, nous avons encore des progrès à faire. J'ai la chance de n'avoir jamais fumé. Je ne suis pas plus malin que les autres, et ni mon frère ni ma sœur ne fument. Nous avons eu la chance d'avoir une grand-mère médecin qui nous expliquait positivement, sans nous l'interdire, pourquoi il était préférable que nous ne fumions pas, et nous ne l'avons pas fait.

Lorsque j'ai un caillou dans la chaussure, je ne prends pas un cachet d'aspirine, je commence par vider ma chaussure. Donc, il vaut mieux commencer par le début, c'est plus efficace. Le sujet a beau être grave, je finirai sur cette note d'humour, en vous recommandant, madame la ministre, plutôt que d'enlever les images sur les paquets de cigarettes, de retirer les cigarettes qui sont à l'intérieur !(*Sourires.*)

[M. Gérard Dériot](#). Eh oui !

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

[M. Alain Vasselle](#). Le débat a été long, riche, et tous les arguments ont été développés par les uns et les autres sur l'opportunité de voter ou non ces amendements. Il semble toutefois qu'une majorité d'entre nous ne suivra pas la proposition de Mme le ministre.

Je ferai deux observations.

D'abord, je rejoins notre collègue du groupe socialiste qui a fait référence au droit des marques. J'ai le souvenir, lorsque je rapportais le budget de la sécurité sociale, que nous avons été confrontés à la question, qui n'est pas si simple, du droit des marques en ce qui concerne le médicament. Je vous invite donc, madame la ministre, à y regarder d'un peu plus près. En la matière, il y a lieu d'être prudent, sinon on risque, à commencer par vous-même, d'être rattrapé par des directives européennes sur le sujet.

Ensuite, comme cela a été dit par la plupart d'entre nous, la solution n'est pas ici. Vous vous trompez de lieu, madame la ministre. Ce n'est pas ici qu'il faut se battre sur ce dossier, c'est au niveau européen.(*Marques d'approbation sur plusieurs travées du groupe Les Républicains.*) Vous prêchez pratiquement des convaincus sur la pertinence qu'il y aurait à légiférer dans ce domaine. Mais si la France est seule à le faire, alors que les autres pays européens ne légiféreraient pas en ce sens, c'est peine perdue ! C'est encourager le développement de la contrebande, et vous voyez bien ce qui se passe dans les pays frontaliers.

D'ailleurs, on en a fait l'expérience, même avant que vous proposiez une mesure de cette nature, lorsqu'on a augmenté le prix du tabac. À l'occasion de chaque loi de financement de la sécurité sociale – je me rappelle le combat de notre collègue Yves Bur à l'Assemblée nationale –, on relevait le prix du paquet de cigarettes. Si l'on a effectivement constaté une baisse en volume de la quantité de cigarettes vendues sur le territoire national, la consommation n'a cependant pas baissé en proportion, compte tenu de l'importation des cigarettes à partir des pays voisins.

En conclusion, je souligne une fois de plus que la commission des affaires sociales, avec l'aide de ses rapporteurs et de son président, a fait un excellent travail. Il faut lui faire confiance. Madame la ministre, vous avez déployé, comme nous tous, une belle énergie : je vous invite à manifester la même énergie non plus ici, chez nous, mais devant l'Europe, c'est-à-dire à Bruxelles ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Françoise Laborde, pour explication de vote.

[Mme Françoise Laborde](#). Je serai brève, m'exprimant au nom de mon groupe.

Après avoir écouté l'ensemble des orateurs, nous allons voter contre ces amendements. Nous attendrons la mesure européenne – cela ne doit pas étonner, de la part du Rassemblement démocratique et social européen –, car nous estimons qu'une couverture de 65 % d'avertissements sanitaires sur le paquet, pour toutes les raisons évoquées, est suffisante.

Au nom de la délégation sénatoriale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, nous déplorons que les femmes enceintes soient nombreuses à fumer, même au dernier trimestre de leur grossesse. Je ne sais pas si, à cet égard, cette mesure sera utile. Nous devons mener un large débat sur le problème du tabac en général. Il faut bien sûr inclure les jeunes, ceux qui sont bien élevés et qui ont écouté leur papa, leur grand-mère ou je ne sais qui, ceux qui ont fait ce qu'ils ont pu, ceux qui ne font plus le service militaire et qui ne reçoivent plus en dotation des paquets de cigarettes...

Le débat est loin d'être clos et il faut avancer à petits pas.

Donc, les membres du RDSE adopteront, quand il nous sera proposé, le paquet aux 65 %.

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Sophie Primas, pour explication de vote.

[Mme Sophie Primas.](#) Sans vouloir prolonger le débat, je voudrais simplement apporter un témoignage de terrain.

J'ai entendu notre collègue Dominique Gillot faire l'éloge de Mme la ministre et souligner son courage. Je pense, pour ma part, que le courage consiste à se battre contre le tabagisme d'une façon générale et non pas seulement pour ce paquet neutre.

Je suis très sceptique sur l'efficacité de ce paquet neutre, pour une raison extrêmement simple. Mon département connaît dans certains endroits une prolifération de la contrebande, et bien au-delà de 25 % de la consommation. Or il s'agit non pas de paquets de cigarettes, mais de cigarettes vendues à l'unité ! S'il n'y a pas de paquet, qui constitue l'essence même du dispositif proposé, qu'ajoute le paquet neutre, madame la ministre ?

Je voudrais que tous les efforts que nous développons ici, nous les déployions également, comme vient de le dire mon collègue, certes en Europe, mais aussi dans nos rues, pour combattre ce trafic de cigarettes – il s'agit bien de cigarettes, ce n'est pas autre chose – qui sont vendues à l'unité dans les quartiers socialement les plus difficiles, où des enfants de plus en plus jeunes ont accès au tabac pour quelques centimes d'euros. C'est là que le combat doit d'abord être mené, là où l'aspect du paquet, neutre ou pas, n'influe pas sur l'âge auquel on va commencer à fumer, puisqu'il n'y a pas de paquet.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

[M. Gérard Roche.](#) Il semble se dégager de ce débat un certain consensus autour du paquet neutre, ou, pour beaucoup d'entre nous, du paquet neutre européen.

Ce paquet portera des signaux sanitaires sur 65 % de sa surface, à l'avant et à l'arrière. Je souhaite, madame la ministre, que ce message sanitaire soit suffisamment fort, mais qu'il soit également digne. Les images montrées ne doivent pas être excessives ou trop choquantes, d'abord pour les jeunes, mais aussi pour les personnes malades elles-mêmes. Il ne faudrait pas que des personnes atteintes de cancers de la gorge, du poumon, de la langue, en se promenant dans la rue, entendent des remarques comme : « Regarde ce monsieur, il ressemble à celui qui est sur le paquet de cigarettes ! ».

Mais je fais confiance à Mme la ministre et au ministère de la santé pour que les images soient claires tout en étant respectueuses de la dignité des personnes.

Notre groupe, bien sûr, votera pour le paquet neutre européen.

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 639 et 1046.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que la commission a émis un avis défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

[Mme la présidente.](#) Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

[Mme la présidente](#). Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 247 :

| | |
|------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 342 |
| Nombre de suffrages exprimés | 244 |
| Pour l'adoption | 16 |
| Contre | 228 |

Le Sénat n'a pas adopté. (*Applaudissement sur plusieurs travées du groupe Les Républicains.*)

Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 430 rectifié et 903 rectifié.

(*Les amendements sont adoptés.*)

[Mme la présidente](#). Je mets aux voix, modifié, l'article 5 *decies*.

(*L'article 5 *decies* est adopté.*)



d. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 5 *decies*

I. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 3511-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les unités de conditionnement et les emballages extérieurs des cigarettes et du tabac à rouler portent, dans des conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé, des avertissements sanitaires associant un message d'avertissement et une photo ou une illustration correspondante qui recouvrent 65 % de leur surface extérieure avant et arrière. »

II. - (*Non modifié*)

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 5 *decies*

I. – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 3511-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les unités de conditionnement et les emballages extérieurs des cigarettes et du tabac à rouler portent, dans des conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé, des avertissements sanitaires associant un message d'avertissement et une photo ou une illustration correspondante qui recouvrent 65 % de leur surface extérieure avant et arrière. »

II. – (*Non modifié*)

b. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° AS 236 présenté par M. Sirugue, M. Le Roux, M. Aylagas et a.

ARTICLE 5 DECIES

Substituer aux alinéas 1 et 2 les trois alinéas suivants :

« I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3511-6-1. – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir le paquet neutre.

Le tabac est la première cause de décès évitable dans le monde. Quelques chiffres pour illustrer l'ampleur du phénomène. Selon « The world cancer report » 2014 publié par le centre international de recherche sur le cancer de l'OMS :

- Le tabac est responsable de 6 millions de décès par an, en croissance constante dont 600 000 personnes victimes de tabagisme passif

- 1 milliard de personnes vont mourir à cause du tabac au cours du XXIème siècle, compte tenu des projections démographiques et si la tendance au tabagisme se poursuit

- En France, on estime le nombre de décès liés au tabac à 79 000, tabac qui joue un rôle prépondérant dans le cancer, première cause de mortalité dans notre pays.

Les coûts sociaux du tabac sont estimés à plus de 47 milliards d'euros, dont 18 milliards pour les seules dépenses liées aux soins.

L'entrée des plus jeunes dans le tabagisme doit être la préoccupation première d'une politique de santé tournée vers la prévention.

L'âge de la première cigarette se situe aux alentours de 11 ans et 200 000 enfants et jeunes adolescents sont touchés chaque année.

La lutte contre le tabagisme est donc une priorité sanitaire absolue à l'échelon international, européen et national.

La convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac est en vigueur depuis 2005. Elle recommande notamment l'emballage neutre.

La directive des produits du tabac (2014/40/UE) énonce les règles qui encadrent la fabrication, la présentation et la commercialisation du tabac et de ses produits dérivés.

Le plan national de réduction du tabagisme (PNRT) présentée par la Ministre Marisol Touraine le 25 septembre 2014 s'inscrit pleinement dans cette stratégie.

Le Gouvernement et la majorité entendent mener une lutte sans faille contre la consommation de tabac et ses méfaits sanitaires.

Le paquet neutre standardisé traduit par ses images fortes une réalité cachée et participe à la prise de conscience de la nocivité de ce produit de grande consommation.

o En améliorant l'efficacité et la visibilité des avertissements sanitaires actuels,

o En évitant la désinformation des consommateurs,

o En réduisant l'attractivité ciblée des emballages envers les femmes et les jeunes notamment,

o En modifiant profondément les intentions comportementales.

La France a choisi d'être à l'avant-garde dans le droit fil de la directive européenne avec la proposition d'introduction dès 2016 du paquet neutre standardisé.

- Amendement n° AS 384 présenté par M. Sebaoun

ARTICLE 5 DECIES

Substituer aux alinéas 1 et 2 les trois alinéas suivants :

« I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3511-6-1. – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports. » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir le paquet neutre tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Le tabac est en effet la première cause de décès évitable dans le monde. Quelques chiffres pour illustrer l'ampleur du phénomène. Selon « The world cancer report » 2014 publié par le centre international de recherche sur le cancer de l'OMS :

- Le tabac est responsable de 6 millions de décès par an, en croissance constante dont 600 000 personnes victimes de tabagisme passif

- 1 milliard de personnes vont mourir à cause du tabac au cours du XXIème siècle, compte tenu des projections démographiques et si la tendance au tabagisme se poursuit

- En France, on estime le nombre de décès liés au tabac à 79 000, tabac qui joue un rôle prépondérant dans le cancer, première cause de mortalité dans notre pays.

Les coûts sociaux du tabac sont estimés à plus de 47 milliards d'euros, dont 18 milliards pour les seules dépenses liées aux soins.

L'entrée des plus jeunes dans le tabagisme doit être la préoccupation première d'une politique de santé tournée vers la prévention.

L'âge de la première cigarette se situe aux alentours de 11 ans et 200 000 enfants et jeunes adolescents sont touchés chaque année.

La lutte contre le tabagisme est donc une priorité sanitaire absolue à l'échelon international, européen et national.

La convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac est en vigueur depuis 2005. Elle recommande notamment l'emballage neutre.

La directive des produits du tabac (2014/40/UE) énonce les règles qui encadrent la fabrication, la présentation et la commercialisation du tabac et de ses produits dérivés.

Le plan national de réduction du tabagisme (PNRT) présentée par la Ministre Marisol Touraine le 25 septembre 2014 s'inscrit pleinement dans cette stratégie.

Le Gouvernement et la majorité entendent mener une lutte sans faille contre la consommation de tabac et ses méfaits sanitaires.

Le paquet neutre standardisé traduit par ses images fortes une réalité cachée et participe à la prise de conscience de la nocivité de ce produit de grande consommation.

o En améliorant l'efficacité et la visibilité des avertissements sanitaires actuels,

o En évitant la désinformation des consommateurs,

o En réduisant l'attractivité ciblée des emballages envers les femmes et les jeunes notamment,

o En modifiant profondément les intentions comportementales.

La France a choisi d'être à l'avant-garde dans le droit fil de la directive européenne avec la proposition d'introduction dès 2016 du paquet neutre standardisé.

c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 16h00, compte rendu n° 12

Article 5 decies : Neutralité des emballages de produits du tabac

La Commission est saisie de l'amendement AS253 de Mme Catherine Quéré.

Mme Catherine Quéré. Nous demandons par cet amendement que le Gouvernement fournisse au Parlement une étude d'impact relative à l'introduction des emballages neutres pour les produits du tabac. Les retours d'expérience venant d'Australie n'étant pas probants, nul ne sait précisément ni si cette disposition réduit réellement le tabagisme, ni l'effet qu'elle aura sur le réseau des buralistes. Il faut notamment évaluer les conséquences de la mesure sur le développement du marché parallèle.

Pourquoi, enfin, ne pas coordonner les politiques européennes de prévention et de lutte contre le tabagisme ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il paraît difficile d'évaluer un marché parallèle.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. L'introduction du paquet neutre fait débat. Outre que la France n'est que très relativement à l'avant-garde en ce domaine – la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé qui est à l'origine de la mesure n'a-t-elle pas été adoptée en 2005, il y a dix ans ? –, ce combat nous honore. C'est pourquoi, la directive prévoyant la possibilité de dérogation pour des motifs de santé publique, nous proposons d'entreprendre une action dynamique dès 2016, sans attendre 2020.

M. Denis Jacquat. J'appuie cet amendement de bon sens. Dans le rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme que nous avons rendu, Jean-Louis Touraine et moi-même proposons la réalisation d'une évaluation de l'impact de l'introduction des paquets neutres dans la perspective de son éventuelle application en France. À l'époque, on nous avait assuré que le dispositif fonctionnait en Australie alors qu'il n'était pas lancé. Il est appliqué dans ce pays depuis une année maintenant. Il a pour résultat l'augmentation de la contrebande et, outre cela, le prix du paquet de cigarette étant de 14 euros, on ne sait déterminer de façon certaine si l'évolution de la consommation est due au paquet neutre, ou à l'augmentation du prix, ou aux deux. Il y a donc un problème de fond. Nous sommes favorables à la lutte contre le tabagisme chez les jeunes, mais nous avons le sentiment qu'en l'absence d'études, on veut aller plus vite que la musique.

M. Dominique Tian. L'amendement de Mme Quéré me paraît de bon sens. La rédaction du Sénat présentait l'intérêt de tenir compte de l'avis des buralistes et de la concurrence dont seront victimes les tabacs, notamment frontaliers, faute de paquet neutre dans les autres pays européens.

L'Australie est l'unique exemple cité pour illustrer le choix du paquet neutre. Ne peut-on pas trouver d'autres exemples plus précis ?

Mme Delaunay l'a rappelé, 31 % des adolescents de 17 ans fument. Il serait préférable de se préoccuper du tabac qui fait des ravages dans les collèges et les lycées et de soutenir la prévention. Notre médecine scolaire est aujourd'hui considérée comme la plus mauvaise d'Europe. Or, l'État n'investit pas d'argent sur ce sujet.

En revanche, il est prompt à mettre en place un paquet neutre qui nous place dans une position d'infériorité par rapport aux autres pays européens parce qu'il en tire parti pour sa communication.

Cette attitude est détestable.

M. Bernard Accoyer. Nous voulons être à l'avant-garde et donner des leçons au monde entier. Soyons plus modestes et tenons-nous en à la directive européenne.

La question du prix est essentielle mais la prévention l'est plus encore. Or, dans ce domaine, les insuffisances sont manifestes.

Enfin, le paquet neutre risque de poser un problème constitutionnel au regard du droit de propriété.

M. Patrick Hetzel. Le rapport Barbier préconisait deux études d'impact : la première sur le marché parallèle, qui, selon l'étude du cabinet KPMG, représente pour l'année 2014 plus d'un quart de la consommation de cigarettes en France ; la seconde sur l'efficacité du paquet neutre, étude qui fait défaut aujourd'hui. Dans l'exemple australien, on oublie de préciser que le prix du paquet est bien plus élevé. En outre, il semble que l'introduction du paquet neutre n'ait pas eu d'incidence sur l'évolution de la consommation de tabac.

Vous vous en remettez à la pensée magique : vous prenez, sans aucune étude d'impact, des décisions qui auront des effets sur les professionnels, notamment les buralistes et les fabricants de papier.

L'amendement de Mme Quéré relève du bon sens : le report à 2020 de l'entrée en vigueur du paquet neutre permettrait de recueillir des données fiables sur lesquelles fonder une décision lourde de conséquences.

M. Thierry Benoit. Nous devrions, pour le tabac comme pour le reste, nous en tenir à la directive et ériger en principe la transposition stricte.

S'agissant de la stratégie en matière de consommation et de distribution, je soutiens la préconisation du rapport Barbier de s'appuyer sur une volonté européenne. Quels sont les moyens mis en œuvre par l'Europe pour lutter contre le marché parallèle ?

Je suis étonné que, quels que soient les gouvernements, nous n'ayons jamais réussi à nous accorder pour nous préoccuper de l'avenir des distributeurs officiels de tabac que sont les buralistes. Ils sont presque 27 000 en France à exercer, selon moi, une mission de service public – ils sont aussi diffuseurs de presse. Ils contribuent au maillage du territoire. Pour faire régresser la consommation de tabac en France, nous devons travailler avec eux afin de déterminer quelles missions de service public leur confier pour compenser la baisse de leur activité. Je rappelle que les buralistes emploient 100 000 salariés en France.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Benoit, la commission des affaires sociales a pour habitude de s'intéresser au droit à la santé et à la répartition des professionnels de santé dans les territoires, sujets qui me paraissent plus importants. Bientôt, vous demanderez la création d'un droit opposable à l'accès au tabac !

M. Thierry Benoit. En tant que membre de la commission des affaires économiques, je suis soucieux de l'aménagement du territoire, madame la présidente.

Mme Michèle Delaunay. Je suis catastrophée par ce que j'entends.

Nous souhaitons accompagner les 26 000 buralistes et préparer l'inéluctable sortie du tabac. J'ai d'ailleurs proposé une modification de la fiscalité en leur faveur visant à déconnecter les bénéfices du volume des ventes.

Notre attitude d'aujourd'hui ne nous fait pas honneur. Depuis soixante ans, nous faisons de la prévention. À une seule reprise, nous avons réussi à réduire la consommation de tabac – de 30 %. Mesdames et messieurs de l'opposition, vous devriez vous en enorgueillir car ce fut grâce au plan Cancer aux termes duquel le prix du tabac avait augmenté de 40 %, plan décidé par Jacques Chirac. Lui n'avait alors pas attendu l'Europe.

Je ne crois pas aux vertus du suivisme. Les pays européens ont besoin que la France soit le leader de la lutte contre le tabagisme. Le paquet neutre en est une étape importante, d'autant plus efficace s'il est couplé à une hausse du prix, j'en conviens. Il n'y a pas de raison valable pour retarder encore la mise en place de cette mesure. Depuis des années, nous nous contentons de ne rien faire alors que les chiffres de la mortalité due au tabac continuent d'augmenter : 73 000 morts sous la précédente législature, 79 000 aujourd'hui. Pouvons-nous continuer à l'accepter ?

Le paquet neutre est susceptible de dissuader les plus jeunes d'entrer dans le tabagisme en faisant disparaître l'attrait qui s'exerce sur eux et les pousse vers l'addiction. Vous savez que dès la centième cigarette, l'addiction est installée.

Faites attention à ce que vous dites. Un jour, l'État sera mis en cause. On reprochera aux politiques d'avoir su et d'avoir jugé urgent d'attendre. Je cite encore M. Chirac : « La maison brûle et nous regardons ailleurs. »

Aujourd'hui, nous regardons ailleurs, nous ne voyons pas le rapport de l'OCDE qui fait de notre pays la lanterne rouge en matière de tabagisme. Avec la lutte contre l'alcool, ce sont les deux points noirs de la politique de santé publique française. J'ai honte pour notre pays.

Dernier point très important, ne donnons jamais l'impression que nous cédon à des pressions, quelles qu'elles soient. Renier aujourd'hui notre parole, alors que nous avons voté le paquet neutre il y a quelques semaines, serait inacceptable.

M. Jean-Louis Roumegas. Je suis opposé au report du paquet neutre.

Si l'opposition au paquet neutre est si forte, c'est bien parce que cette mesure est efficace pour retarder l'entrée dans le tabac et pour limiter la consommation.

Je regrette que certains de nos collègues cèdent à la demande des buralistes au nom de l'emploi. Ces derniers pourraient être nos alliés dans la politique de lutte contre le tabagisme puisqu'ils sont des vendeurs légaux de tabac. Nous devons leur proposer une diversification ou un meilleur partage des bénéfices afin de maintenir leurs revenus en dépit d'une baisse de la consommation de tabac.

C'est cette voie que nous devons explorer et non celle qui consiste à opposer lutte antitabac et sauvegarde des buralistes. À force de contradictions, nous sommes sommés de choisir entre la santé et l'économie. J'espère que nous n'en sommes pas réduits à cela.

Les buralistes posent la question du déplacement de la consommation légale vers une consommation de contrebande. Il faut évidemment combattre la contrebande. Le paquet neutre peut être un outil dans cette lutte puisque les paquets issus du marché noir seront plus facilement identifiables. J'espère que nous irons ensuite vers une traçabilité sérieuse.

Encore une fois, n'opposons pas lutte contre la contrebande et baisse de la consommation du tabac. Ces deux combats doivent être menés de front.

M. Frédéric Barbier. Essayons de dépassionner le débat.

Il est difficile d'être contre le paquet neutre. Il y a trente-cinq ans, il existait un paquet bleu avec un casque gaulois et un papier de mauvaise qualité, qui ne donnait pas envie de l'acheter. Au fil des années, les fabricants ont cherché à séduire les jeunes et à fidéliser des clients. À observer les paquets, il semble que les fabricants se partagent le marché, certains s'adressant de préférence aux jeunes, d'autres à ceux qui, en prévision d'une soirée, souhaitent un paquet élégant. Ceux qu'il faut rappeler à l'ordre avec le paquet neutre, ce sont ceux qui ont joué à ce très mauvais jeu.

Le président de la confédération des buralistes l'a rappelé, il n'est pas contre le paquet neutre. Mais ce paquet neutre sera vendu chez les buralistes. Or, les chiffres sont têtus. Les ventes dans le réseau légal des buralistes de tabac ont chuté de 20 % en quatre ans – passant de 55 à 45 milliards d'euros de cigarettes – tandis que, sur la même période, la consommation était stable, voire en légère hausse.

C'est pour cela qu'il faut le plus rapidement possible harmoniser les règles européennes.

Beaucoup me l'ont dit, le buraliste est devenu le dépanneur, celui à qui on achète du tabac lorsqu'on ne l'a pas trouvé par d'autres voies, à d'autres prix. Tous les prix ont quasiment été harmonisés en Europe, à l'exception de ceux du tabac. Pour une politique efficace, je préconise, dans mon rapport, davantage d'harmonisation.

Faut-il mettre en place le paquet neutre pour inciter les autres pays à le faire ou faut-il, comme je le préconise dans mon rapport, le faire de concert avec eux, en les ralliant à notre position ?

L'efficacité commande de concentrer les efforts sur le marché parallèle.

Pour les 26 000 buralistes, qui font partie des services de proximité dans le monde rural et périurbain, une étude d'impact, ainsi que le propose l'amendement, serait bienvenue pour adapter nos politiques à leur égard.

Alors qu'ils participent du lien social, l'an dernier, 1 040 buralistes ont fermé ; ils sont 970 depuis le début de l'année. C'est un service à la population qui est en train de disparaître. Cela mérite que nous prenions le temps de réaliser une étude d'impact avant d'introduire un paquet neutre qui affectera l'économie de notre pays.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Vous demandez une harmonisation européenne. Mais encore faudrait-il que l'Europe se soit débarrassée du lobby du tabac. La médiatrice européenne a demandé des comptes à la Commission sur ses rendez-vous avec l'industrie du tabac. Souvenez-vous aussi du scandale qui a provoqué la démission du commissaire maltais John Dalli. Il me paraît difficile d'attendre une quelconque avancée de la part de l'Europe tant ses liens avec l'industrie du tabac sont malsains.

Quant à l'étude d'impact sur le marché parallèle, je vous souhaite bonne chance pour évaluer ce qui, par nature, cherche à rester caché...

Mme Michèle Delaunay. Les chiffres sur les buralistes ne correspondent pas à un solde. D'après les buralistes – ce que les douanes n'ont pas confirmé –, 970 fermetures ont été enregistrées depuis le début de l'année mais, dans le même temps, des regroupements et des ouvertures de nouveaux bureaux de tabac ont eu lieu.

Les ventes ont recommencé à augmenter, en particulier pour le tabac à rouler que consomment les jeunes – en hausse de 7 % cette année. Nous ne pouvons pas méconnaître ces chiffres.

Tant que les jeunes entreront dans l'addiction, nous ne pourrons pas atteindre l'objectif d'une génération sans tabac, encore moins d'une sortie du tabac en 2030.

Il ne faut pas perdre de vue les 79 000 morts et les 835 000 malades par an, à cause du tabac. Nous serons jugés pour ce que nous avons fait, ou plutôt pour ce que nous n'avons pas fait.

M. Philip Cordery. Nous sommes tous d'accord sur l'existence de distorsions de concurrence, en particulier dans les zones frontalières, et sur la nécessité d'une harmonisation européenne.

Deux voies s'offrent donc à nous : soit on ne fait rien en attendant que l'Europe bouge ; soit on agit. C'est ce dernier choix que nous faisons en votant en faveur du paquet neutre et en adoptant une proposition de résolution européenne afin que ce débat soit porté sur la scène européenne. Je préfère une attitude ambitieuse pour entraîner l'Europe plutôt que la passivité.

M. Bernard Accoyer. Il roule pour les Belges !

Mme Catherine Quéré. Je ne pensais pas créer un si large débat en déposant cet amendement, qui se borne à demander une étude d'impact sur le paquet neutre – dont je ne suis pas sûre qu'il fera reculer le tabagisme.

J'ai écouté les arguments et j'ai trop de respect pour Mme Delaunay et ses propos. Je souhaite donc retirer mon amendement tout en espérant que le paquet neutre fera l'objet d'une évaluation.

L'amendement est **retiré**.

M. Thierry Benoit. Je partage presque l'intégralité des propos de Mme Delaunay. Je reste cependant convaincu que le paquet neutre doit s'inscrire dans un mouvement européen.

Nous avons la responsabilité d'aider les buralistes à s'adapter à la nécessaire baisse de la consommation du tabac en France.

En Ile-et-Vilaine, un bouclier rural offrant différents services publics à la population a été mis en place par le conseil départemental. Je regrette que les buralistes n'y aient pas été associés car ils jouent un rôle majeur dans la préservation du lien social dans les territoires périphériques.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il ne vous a pas échappé que les buralistes avaient bénéficié de plans d'aide pour un montant de 2,6 milliards d'euros entre 2004 et 2011. Le plan qui s'achève en 2016 sera renégocié. On ne peut donc pas dire que nous restions sourds à leurs inquiétudes. Ils nous en ont suffisamment fait part dans nos permanences, certains n'ayant pas hésité à user de pressions, voire de menaces, s'appuyant de surcroît sur le rapport de notre collègue Barbier, pour faire valoir leur point de vue.

La Commission examine les amendements identiques AS384 du rapporteur et AS236 de M. Christophe Sirugue.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cet amendement vise à rétablir le paquet neutre.

J'ai reçu les buralistes et j'ai compris que leurs difficultés étaient antérieures au paquet neutre et que la contrebande nuisait à leur métier. Le problème des buralistes est moins celui du tabac que de leur reconversion ; c'est écrit en toutes lettres dans le rapport de Frédéric Barbier. Les jeux peuvent être une piste pour bénéficier d'un complément de revenu. La Française des jeux qui souhaitait développer son activité en dehors du réseau des buralistes a été ramenée à la raison par le secrétaire d'État au budget. Les buralistes devraient sans doute obtenir une part plus importante sur les jeux puisque ce sont eux qui les distribuent.

Malheureusement, pour être parfaitement honnête, on doit reconnaître que les buralistes n'ont pas attendu le paquet neutre pour voir leur nombre diminuer.

En outre, l'introduction du paquet neutre est un atout dans la lutte contre le marché parallèle puisqu'il rend les cigarettes de contrebande plus visibles sur le marché. En la matière, les chiffres de KPMG sont-ils fiables – l'étude ayant été commandée par les industriels du tabac ? Je préfère m'en tenir aux chiffres des douanes même s'ils sont en deçà de la réalité.

Quant à l'ambition d'être à l'avant-garde, la France n'est pas seule. Elle a réuni récemment dix-huit pays intéressés par cette démarche. On cite toujours l'Australie car elle a mis en place le paquet neutre en 2011. Les premiers enseignements sont discutés : pour les cigarettiers, c'est une catastrophe ; les études scientifiques ne le confirment pas mais soulignent l'intérêt du couple paquet neutre et prix. Personne ne conteste la réalité de l'effet prix.

Plusieurs pays s'apprentent à faire la même démarche que nous : l'Irlande, le Royaume-Uni, la Norvège et la Belgique.

Ne disons pas que le paquet neutre, concept vieux de dix ans, brutalise les buralistes. Je comprends leur réaction mais c'est celle d'un métier en difficulté. On a choisi le réseau de la Poste, et non celui des buralistes, pour assurer les missions de service public. On ne peut pas faire porter au paquet neutre tous les maux.

Ce paquet permettra grâce aux images marquantes et aux messages qu'il porte de s'adresser aux jeunes et de modifier leur discours à l'égard de leurs parents. Je suis persuadé que nous faisons là œuvre de santé publique.

La première cigarette est fumée entre onze et douze ans. Si cette mesure peut mettre un frein au développement du tabagisme chez les plus jeunes, nous aurons fait action de salubrité publique.

M. Patrick Hetzel. Je souhaite faire une remarque sur le papier à cigarette et le papier à rouler. Il me semble contre-productif pour la politique de santé publique d'imposer le paquet neutre pour ces produits car tous les papiers ne se valent pas ; ceux présentant une toxicité supérieure risquent ainsi de bénéficier d'une promotion involontaire.

Je propose donc un sous-amendement pour soustraire le papier à l'obligation de neutralité.

M. Bernard Accoyer. En Suisse, le prix d'une cartouche de cigarettes est de 48 francs suisses lorsqu'il est de 70 euros en France, soit 50 % de plus. Vous comprendrez qu'il n'y a plus guère d'activité dans les bureaux de tabac français.

Chez les jeunes, même si le tabac est le cancérigène majeur, le vrai problème réside dans la consommation de cannabis. Vos dispositions ciblant le tabac vont, d'une certaine manière, blanchir la consommation de cannabis dont on connaît non seulement les effets cancérigènes – je le maintiens – mais également les effets de désocialisation que personne ne conteste plus. On passe à côté de ce problème de santé publique majeur pour notre jeunesse en se focalisant sur le paquet neutre parce que celui-ci compte des activistes au sein de notre Assemblée. 70 % de la surface d'un paquet est déjà occupée aujourd'hui par des messages de santé publique, messages que nous soutenons. Je crains que cette disposition soit à terme contre-productive pour la santé publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je ne sais pas s'il est très sain de hiérarchiser ainsi les substances addictives. En outre, comme l'a dit Mme Delaunay, le cannabis est interdit ; je ne vois donc pas ce qu'il vient faire dans la discussion.

M. Dominique Tian. Nous avons abordé la semaine dernière la politique publique de prévention. Le cannabis n'est même pas mentionné : on considère que, puisque sa consommation est interdite, elle n'existe pas ! C'est incroyable. Bernard Accoyer a tout à fait raison. Les statistiques sont dramatiques : si ma mémoire est bonne, ce sont quelque 11 % des collégiens qui disent avoir fumé au moins un joint au cours des trois mois précédant l'enquête, et 10 % environ sont des consommateurs réguliers, c'est-à-dire qu'ils fument au moins un joint par jour. Madame Delaunay, vous parlez du tabagisme au collège ; et le cannabis ? C'est une catastrophe ! Certains parlent de le légaliser, tout en s'attaquant aux cigarettes mentholées : il s'agit bien de hiérarchiser les problèmes !

Mme la présidente Catherine Lemorton. La question n'est pas là. Le cannabis est interdit dans notre pays, un point c'est tout.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas pour cela qu'il ne se vend pas !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il est interdit de tuer ; cela n'empêche pas qu'il y ait des criminels, que je sache.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je ne suis pas favorable au sous-amendement de M. Hetzel.

Je ne peux que renvoyer, une fois de plus, à la directive européenne, dont l'article 24 nous autorise à instaurer, pour des motifs de santé publique, de nouvelles exigences applicables à tous les produits mis sur le marché. Si nous nous contentions de neutraliser l'emballage, les cigarettiers, dont l'habileté est grande et l'imagination florissante, pourraient trouver des moyens de différencier leurs papiers. Voilà pourquoi nous voulons supprimer toute différenciation : le tabac, quelle que soit la marque qui le commercialise, doit être vendu pour ce qu'il est, avec les risques qu'il comporte.

M. Christophe Sirugue. L'amendement AS236 est identique à celui du rapporteur. Signé par tous les membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen, il témoigne de notre soutien résolu au paquet neutre, conséquence de notre engagement dans la lutte contre le tabac et ses conséquences sur la santé de nos concitoyens.

La Commission **adopte** les amendements identiques.

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

d. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales

Article 5 decies

(art. L. 3511-6 du code de la santé publique)

Neutralité des emballages de produits du tabac

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaurait la neutralité et l'uniformisation des emballages de cigarettes et de tabac à rouler. Il a été substantiellement modifié par le Sénat. La commission a rétabli le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Introduit à l'initiative du Gouvernement au stade de la commission, le nouvel article L. 3511-6-1 du code de la santé publique créé par l'article 5 *decies* prévoyait que les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes seraient « *neutres et uniformisés* ».

Le II de l'article prévoyait une date d'entrée en vigueur le 20 mai 2016.

2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré que « *l'introduction du paquet neutre constituait une mesure intéressante mais prématurée, et qu'elle devrait être précédée d'un travail de coopération et de rapprochement avec nos voisins européens* ».

À l'initiative de M. Richard Yung et de plusieurs membres du groupe socialiste et républicain, la commission a donc adopté un amendement transposant strictement l'article 10 de la directive européenne du 3 avril 2014, qui prévoit que les avertissements sanitaires recouvrent 65 % de la surface extérieure avant et arrière de l'unité de conditionnement et de tout emballage extérieur.

En séance publique, le Gouvernement a déposé un amendement de rétablissement du texte de l'Assemblée nationale qui a été rejeté par une très large majorité des sénateurs (seuls 16 sénateurs ont voté en faveur de l'amendement gouvernemental). Le Sénat a par contre adopté, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement du sénateur Jean Bizet sortant du dispositif le papier à cigarette et le papier à rouler des cigarettes.

3. La position de la commission

Le rapporteur estime indispensable de rétablir le paquet neutre tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Le tabac est en effet la première cause de décès évitable dans le monde. Quelques chiffres pour illustrer l'ampleur du phénomène. Selon « *The world cancer report* » 2014 publié par le centre international de recherche sur le cancer de l'OMS :

- le tabac est responsable de 6 millions de décès par an, en croissance constante dont 600 000 personnes victimes de tabagisme passif ;
- 1 milliard de personnes vont mourir à cause du tabac au cours du XXI^e siècle, compte tenu des projections démographiques et si la tendance au tabagisme se poursuit ;
- en France, on estime le nombre de décès liés au tabac à 79 000, tabac qui joue un rôle prépondérant dans le cancer, première cause de mortalité dans notre pays.

Les coûts sociaux du tabac sont estimés à plus de 47 milliards d'euros, dont 18 milliards pour les seules dépenses liées aux soins.

L'entrée des plus jeunes dans le tabagisme doit être la préoccupation première d'une politique de santé tournée vers la prévention. L'âge de la première cigarette se situe aux alentours de 11 ans et 200 000 enfants et jeunes adolescents sont touchés chaque année.

La lutte contre le tabagisme est donc une priorité sanitaire absolue à l'échelon international, européen et national. La convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac est en vigueur depuis 2005. Elle recommande notamment l'emballage neutre.

La directive des produits du tabac (2014/40/UE) énonce les règles qui encadrent la fabrication, la présentation et la commercialisation du tabac et de ses produits dérivés. Le plan national de réduction du tabagisme (PNRT) présentée par la Ministre Marisol Touraine le 25 septembre 2014 s'inscrit pleinement dans cette stratégie.

Le Gouvernement et la majorité entendent donc mener une lutte sans faille contre la consommation de tabac et ses méfaits sanitaires. Le paquet neutre standardisé traduit par ses images fortes une réalité cachée et participe à la prise de conscience de la nocivité de ce produit de grande consommation :

- en améliorant l'efficacité et la visibilité des avertissements sanitaires actuels ;
- en évitant la désinformation des consommateurs ;
- en réduisant l'attractivité ciblée des emballages ;
- en modifiant profondément les intentions comportementales.

La France a choisi d'être à l'avant-garde dans le droit fil de la directive européenne avec la proposition d'introduction dès 2016 du paquet neutre standardisé.

La commission a donc adopté deux amendements identiques, l'un du rapporteur, l'autre du groupe socialiste, rétablissant le paquet neutre tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission est saisie de l'amendement AS253 de Mme Catherine Quéré.

Mme Catherine Quéré. Nous demandons par cet amendement que le Gouvernement fournisse au Parlement une étude d'impact relative à l'introduction des emballages neutres pour les produits du tabac. Les retours d'expérience venant d'Australie n'étant pas probants, nul ne sait précisément ni si cette disposition réduit réellement le tabagisme, ni l'effet qu'elle aura sur le réseau des buralistes. Il faut notamment évaluer les conséquences de la mesure sur le développement du marché parallèle. Pourquoi, enfin, ne pas coordonner les politiques européennes de prévention et de lutte contre le tabagisme ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il paraît difficile d'évaluer un marché parallèle.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. L'introduction du paquet neutre fait débat. Outre que la France n'est que très relativement à l'avant-garde en ce domaine – la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé qui est à l'origine de la mesure n'a-t-elle pas été adoptée en 2005, il y a dix ans ? –, ce combat nous honore. C'est pourquoi, la directive prévoyant la possibilité de dérogation pour des motifs de santé publique, nous proposons d'entreprendre une action dynamique dès 2016, sans attendre 2020.

M. Denis Jacquat. J'appuie cet amendement de bon sens. Dans le rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme que nous avons rendu, Jean-Louis Touraine et moi-même proposons la réalisation d'une évaluation de l'impact de l'introduction des paquets neutres dans la perspective de son éventuelle application en France. À l'époque, on nous avait assuré que le dispositif fonctionnait en Australie alors qu'il n'était pas lancé. Il est appliqué dans ce pays depuis une année maintenant. Il a pour résultat l'augmentation de la contrebande et, outre cela, le prix du paquet de cigarette étant de 14 euros, on ne sait déterminer de façon certaine si l'évolution de la consommation est due au paquet neutre, ou à l'augmentation du prix, ou aux deux. Il y a donc un problème de fond. Nous sommes favorables à la lutte contre le tabagisme chez les jeunes, mais nous avons le sentiment qu'en l'absence d'études, on veut aller plus vite que la musique.

M. Dominique Tian. L'amendement de Mme Quéré me paraît de bon sens. La rédaction du Sénat présentait l'intérêt de tenir compte de l'avis des buralistes et de la concurrence dont seront victimes les tabacs, notamment frontaliers, faute de paquet neutre dans les autres pays européens.

L'Australie est l'unique exemple cité pour illustrer le choix du paquet neutre. Ne peut-on pas trouver d'autres exemples plus précis ?

Mme Delaunay l'a rappelé, 31 % des adolescents de 17 ans fument. Il serait préférable de se préoccuper du tabac qui fait des ravages dans les collèges et les lycées et de soutenir la prévention.

Notre médecine scolaire est aujourd'hui considérée comme la plus mauvaise d'Europe. Or, l'État n'investit pas d'argent sur ce sujet.

En revanche, il est prompt à mettre en place un paquet neutre qui nous place dans une position d'infériorité par rapport aux autres pays européens parce qu'il en tire parti pour sa communication.

Cette attitude est détestable.

M. Bernard Accoyer. Nous voulons être à l'avant-garde et donner des leçons au monde entier. Soyons plus modestes et tenons-nous en à la directive européenne.

La question du prix est essentielle mais la prévention l'est plus encore. Or, dans ce domaine, les insuffisances sont manifestes.

Enfin, le paquet neutre risque de poser un problème constitutionnel au regard du droit de propriété.

M. Patrick Hetzel. Le rapport Barbier préconisait deux études d'impact : la première sur le marché parallèle, qui, selon l'étude du cabinet KPMG, représente pour l'année 2014 plus d'un quart de la consommation de cigarettes en France ; la seconde sur l'efficacité du paquet neutre, étude qui fait défaut aujourd'hui. Dans l'exemple australien, on oublie de préciser que le prix du paquet est bien plus élevé. En outre, il semble que l'introduction du paquet neutre n'ait pas eu d'incidence sur l'évolution de la consommation de tabac.

Vous vous en remettez à la pensée magique : vous prenez, sans aucune étude d'impact, des décisions qui auront des effets sur les professionnels, notamment les buralistes et les fabricants de papier.

L'amendement de Mme Quéré relève du bon sens : le report à 2020 de l'entrée en vigueur du paquet neutre permettrait de recueillir des données fiables sur lesquelles fonder une décision lourde de conséquences.

M. Thierry Benoit. Nous devrions, pour le tabac comme pour le reste, nous en tenir à la directive et ériger en principe la transposition stricte.

S'agissant de la stratégie en matière de consommation et de distribution, je soutiens la préconisation du rapport Barbier de s'appuyer sur une volonté européenne. Quels sont les moyens mis en œuvre par l'Europe pour lutter contre le marché parallèle ?

Je suis étonné que, quels que soient les gouvernements, nous n'ayons jamais réussi à nous accorder pour nous préoccuper de l'avenir des distributeurs officiels de tabac que sont les buralistes. Ils sont presque 27 000 en France à exercer, selon moi, une mission de service public – ils sont aussi diffuseurs de presse. Ils contribuent au maillage du territoire. Pour faire régresser la consommation de tabac en France, nous devons travailler avec eux afin de déterminer quelles missions de service public leur confier pour compenser la baisse de leur activité. Je rappelle que les buralistes emploient 100 000 salariés en France.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Benoit, la commission des affaires sociales a pour habitude de s'intéresser au droit à la santé et à la répartition des professionnels de santé dans les territoires, sujets qui me paraissent plus importants. Bientôt, vous demanderez la création d'un droit opposable à l'accès au tabac !

M. Thierry Benoit. En tant que membre de la commission des affaires économiques, je suis soucieux de l'aménagement du territoire, madame la présidente.

Mme Michèle Delaunay. Je suis catastrophée par ce que j'entends.

Nous souhaitons accompagner les 26 000 buralistes et préparer l'inéluctable sortie du tabac. J'ai d'ailleurs proposé une modification de la fiscalité en leur faveur visant à déconnecter les bénéfices du volume des ventes.

Notre attitude d'aujourd'hui ne nous fait pas honneur. Depuis soixante ans, nous faisons de la prévention. À une seule reprise, nous avons réussi à réduire la consommation de tabac – de 30 %. Mesdames et messieurs de l'opposition, vous devriez vous en enorgueillir car ce fut grâce au plan Cancer aux termes duquel le prix du tabac avait augmenté de 40 %, plan décidé par Jacques Chirac. Lui n'avait alors pas attendu l'Europe.

Je ne crois pas aux vertus du suivisme. Les pays européens ont besoin que la France soit le leader de la lutte contre le tabagisme. Le paquet neutre en est une étape importante, d'autant plus efficace s'il est couplé à une hausse du prix, j'en conviens. Il n'y a pas de raison valable pour retarder encore la mise

en place de cette mesure. Depuis des années, nous nous contentons de ne rien faire alors que les chiffres de la mortalité due au tabac continuent d'augmenter : 73 000 morts sous la précédente législature, 79 000 aujourd'hui. Pouvons-nous continuer à l'accepter ?

Le paquet neutre est susceptible de dissuader les plus jeunes d'entrer dans le tabagisme en faisant disparaître l'attrait qui s'exerce sur eux et les pousse vers l'addiction. Vous savez que dès la centième cigarette, l'addiction est installée.

Faites attention à ce que vous dites. Un jour, l'État sera mis en cause. On reprochera aux politiques d'avoir su et d'avoir jugé urgent d'attendre. Je cite encore M. Chirac : « La maison brûle et nous regardons ailleurs. »

Aujourd'hui, nous regardons ailleurs, nous ne voyons pas le rapport de l'OCDE qui fait de notre pays la lanterne rouge en matière de tabagisme. Avec la lutte contre l'alcool, ce sont les deux points noirs de la politique de santé publique française. J'ai honte pour notre pays.

Dernier point très important, ne donnons jamais l'impression que nous cédon à des pressions, quelles qu'elles soient. Renier aujourd'hui notre parole, alors que nous avons voté le paquet neutre il y a quelques semaines, serait inacceptable.

M. Jean-Louis Roume gas. Je suis opposé au report du paquet neutre.

Si l'opposition au paquet neutre est si forte, c'est bien parce que cette mesure est efficace pour retarder l'entrée dans le tabac et pour limiter la consommation.

Je regrette que certains de nos collègues cèdent à la demande des buralistes au nom de l'emploi. Ces derniers pourraient être nos alliés dans la politique de lutte contre le tabagisme puisqu'ils sont des vendeurs légaux de tabac. Nous devons leur proposer une diversification ou un meilleur partage des bénéfices afin de maintenir leurs revenus en dépit d'une baisse de la consommation de tabac.

C'est cette voie que nous devons explorer et non celle qui consiste à opposer lutte antitabac et sauvegarde des buralistes. À force de contradictions, nous sommes sommés de choisir entre la santé et l'économie. J'espère que nous n'en sommes pas réduits à cela.

Les buralistes posent la question du déplacement de la consommation légale vers une consommation de contrebande. Il faut évidemment combattre la contrebande. Le paquet neutre peut être un outil dans cette lutte puisque les paquets issus du marché noir seront plus facilement identifiables. J'espère que nous irons ensuite vers une traçabilité sérieuse.

Encore une fois, n'opposons pas lutte contre la contrebande et baisse de la consommation du tabac. Ces deux combats doivent être menés de front.

M. Frédéric Barbier. Essayons de dépassionner le débat.

Il est difficile d'être contre le paquet neutre. Il y a trente-cinq ans, il existait un paquet bleu avec un casque gaulois et un papier de mauvaise qualité, qui ne donnait pas envie de l'acheter. Au fil des années, les fabricants ont cherché à séduire les jeunes et à fidéliser des clients. À observer les paquets, il semble que les fabricants se partagent le marché, certains s'adressant de préférence aux jeunes, d'autres à ceux qui, en prévision d'une soirée, souhaitent un paquet élégant. Ceux qu'il faut rappeler à l'ordre avec le paquet neutre, ce sont ceux qui ont joué à ce très mauvais jeu.

Le président de la confédération des buralistes l'a rappelé, il n'est pas contre le paquet neutre. Mais ce paquet neutre sera vendu chez les buralistes. Or, les chiffres sont têtus. Les ventes dans le réseau légal des buralistes de tabac ont chuté de 20 % en quatre ans – passant de 55 à 45 milliards d'euros de cigarettes – tandis que, sur la même période, la consommation était stable, voire en légère hausse.

C'est pour cela qu'il faut le plus rapidement possible harmoniser les règles européennes.

Beaucoup me l'ont dit, le buraliste est devenu le dépanneur, celui à qui on achète du tabac lorsqu'on ne l'a pas trouvé par d'autres voies, à d'autres prix. Tous les prix ont quasiment été harmonisés en Europe, à l'exception de ceux du tabac. Pour une politique efficace, je préconise, dans mon rapport, davantage d'harmonisation.

Faut-il mettre en place le paquet neutre pour inciter les autres pays à le faire ou faut-il, comme je le préconise dans mon rapport, le faire de concert avec eux, en les ralliant à notre position ?

L'efficacité commande de concentrer les efforts sur le marché parallèle.

Pour les 26 000 buralistes, qui font partie des services de proximité dans le monde rural et périurbain, une étude d'impact, ainsi que le propose l'amendement, serait bienvenue pour adapter nos politiques à leur égard.

Alors qu'ils participent du lien social, l'an dernier, 1 040 buralistes ont fermé ; ils sont 970 depuis le début de l'année. C'est un service à la population qui est en train de disparaître. Cela mérite que nous prenions le temps de réaliser une étude d'impact avant d'introduire un paquet neutre qui affectera l'économie de notre pays.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Vous demandez une harmonisation européenne. Mais encore faudrait-il que l'Europe se soit débarrassée du lobby du tabac. La médiatrice européenne a demandé des comptes à la Commission sur ses rendez-vous avec l'industrie du tabac. Souvenez-vous aussi du scandale qui a provoqué la démission du commissaire maltais John Dalli. Il me paraît difficile d'attendre une quelconque avancée de la part de l'Europe tant ses liens avec l'industrie du tabac sont malsains.

Quant à l'étude d'impact sur le marché parallèle, je vous souhaite bonne chance pour évaluer ce qui, par nature, cherche à rester caché...

Mme Michèle Delaunay. Les chiffres sur les buralistes ne correspondent pas à un solde. D'après les buralistes – ce que les douanes n'ont pas confirmé –, 970 fermetures ont été enregistrées depuis le début de l'année mais, dans le même temps, des regroupements et des ouvertures de nouveaux bureaux de tabac ont eu lieu.

Les ventes ont recommencé à augmenter, en particulier pour le tabac à rouler que consomment les jeunes – en hausse de 7 % cette année. Nous ne pouvons pas méconnaître ces chiffres.

Tant que les jeunes entreront dans l'addiction, nous ne pourrons pas atteindre l'objectif d'une génération sans tabac, encore moins d'une sortie du tabac en 2030.

Il ne faut pas perdre de vue les 79 000 morts et les 835 000 malades par an, à cause du tabac. Nous serons jugés pour ce que nous avons fait, ou plutôt pour ce que nous n'avons pas fait.

M. Philip Cordery. Nous sommes tous d'accord sur l'existence de distorsions de concurrence, en particulier dans les zones frontalières, et sur la nécessité d'une harmonisation européenne.

Deux voies s'offrent donc à nous : soit on ne fait rien en attendant que l'Europe bouge ; soit on agit. C'est ce dernier choix que nous faisons en votant en faveur du paquet neutre et en adoptant une proposition de résolution européenne afin que ce débat soit porté sur la scène européenne. Je préfère une attitude ambitieuse pour entraîner l'Europe plutôt que la passivité.

M. Bernard Accoyer. Il roule pour les Belges !

Mme Catherine Quéré. Je ne pensais pas créer un si large débat en déposant cet amendement, qui se borne à demander une étude d'impact sur le paquet neutre – dont je ne suis pas sûre qu'il fera reculer le tabagisme.

J'ai écouté les arguments et j'ai trop de respect pour Mme Delaunay et ses propos. Je souhaite donc retirer mon amendement tout en espérant que le paquet neutre fera l'objet d'une évaluation.

L'amendement est retiré.

M. Thierry Benoit. Je partage presque l'intégralité des propos de Mme Delaunay. Je reste cependant convaincu que le paquet neutre doit s'inscrire dans un mouvement européen.

Nous avons la responsabilité d'aider les buralistes à s'adapter à la nécessaire baisse de la consommation du tabac en France.

En Ile-et-Vilaine, un bouclier rural offrant différents services publics à la population a été mis en place par le conseil départemental. Je regrette que les buralistes n'y aient pas été associés car ils jouent un rôle majeur dans la préservation du lien social dans les territoires périphériques.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il ne vous a pas échappé que les buralistes avaient bénéficié de plans d'aide pour un montant de 2,6 milliards d'euros entre 2004 et 2011. Le plan qui s'achève en 2016 sera renégocié. On ne peut donc pas dire que nous restions sourds à leurs inquiétudes. Ils nous en ont suffisamment fait part dans nos permanences, certains n'ayant pas hésité à user de pressions, voire de menaces, s'appuyant de surcroît sur le rapport de notre collègue Barbier, pour faire valoir leur point de vue.

La commission examine les amendements identiques AS384 du rapporteur et AS236 de M. Christophe Sirugue.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cet amendement vise à rétablir le paquet neutre.

J'ai reçu les buralistes et j'ai compris que leurs difficultés étaient antérieures au paquet neutre et que la contrebande nuisait à leur métier. Le problème des buralistes est moins celui du tabac que de leur reconversion ; c'est écrit en toutes lettres dans le rapport de Frédéric Barbier. Les jeux peuvent être une piste pour bénéficier d'un complément de revenu. La Française des jeux qui souhaitait développer son activité en dehors du réseau des buralistes a été ramenée à la raison par le secrétaire d'État au budget. Les buralistes devraient sans doute obtenir une part plus importante sur les jeux puisque ce sont eux qui les distribuent.

Malheureusement, pour être parfaitement honnête, on doit reconnaître que les buralistes n'ont pas attendu le paquet neutre pour voir leur nombre diminuer.

En outre, l'introduction du paquet neutre est un atout dans la lutte contre le marché parallèle puisqu'il rend les cigarettes de contrebande plus visibles sur le marché. En la matière, les chiffres de KPMG sont-ils fiables – l'étude ayant été commandée par les industriels du tabac ? Je préfère m'en tenir aux chiffres des douanes même s'ils sont en deçà de la réalité.

Quant à l'ambition d'être à l'avant-garde, la France n'est pas seule. Elle a réuni récemment dix-huit pays intéressés par cette démarche. On cite toujours l'Australie car elle a mis en place le paquet neutre en 2011. Les premiers enseignements sont discutés : pour les cigarettiers, c'est une catastrophe ; les études scientifiques ne le confirment pas mais soulignent l'intérêt du couple paquet neutre et prix. Personne ne conteste la réalité de l'effet prix.

Plusieurs pays s'apprêtent à faire la même démarche que nous : l'Irlande, le Royaume-Uni, la Norvège et la Belgique.

Ne disons pas que le paquet neutre, concept vieux de dix ans, brutalise les buralistes. Je comprends leur réaction mais c'est celle d'un métier en difficulté. On a choisi le réseau de la Poste, et non celui des buralistes, pour assurer les missions de service public. On ne peut pas faire porter au paquet neutre tous les maux.

Ce paquet permettra grâce aux images marquantes et aux messages qu'il porte de s'adresser aux jeunes et de modifier leur discours à l'égard de leurs parents. Je suis persuadé que nous faisons là œuvre de santé publique.

La première cigarette est fumée entre onze et douze ans. Si cette mesure peut mettre un frein au développement du tabagisme chez les plus jeunes, nous aurons fait action de salubrité publique.

M. Patrick Hetzel. Je souhaite faire une remarque sur le papier à cigarette et le papier à rouler. Il me semble contre-productif pour la politique de santé publique d'imposer le paquet neutre pour ces produits car tous les papiers ne se valent pas ; ceux présentant une toxicité supérieure risquent ainsi de bénéficier d'une promotion involontaire.

Je propose donc un sous-amendement pour soustraire le papier à l'obligation de neutralité.

M. Bernard Accoyer. En Suisse, le prix d'une cartouche de cigarettes est de 48 francs suisses lorsqu'il est de 70 euros en France, soit 50 % de plus. Vous comprendrez qu'il n'y a plus guère d'activité dans les bureaux de tabac français.

Chez les jeunes, même si le tabac est le cancérigène majeur, le vrai problème réside dans la consommation de cannabis. Vos dispositions ciblant le tabac vont, d'une certaine manière, blanchir la consommation de cannabis dont on connaît non seulement les effets cancérigènes – je le maintiens – mais également les effets de désocialisation que personne ne conteste plus. On passe à côté de ce problème de santé publique majeur pour notre jeunesse en se focalisant sur le paquet neutre parce que celui-ci compte des activistes au sein de notre Assemblée. 70 % de la surface d'un paquet est déjà occupée aujourd'hui par des messages de santé publique, messages que nous soutenons. Je crains que cette disposition soit à terme contre-productive pour la santé publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je ne sais pas s'il est très sain de hiérarchiser ainsi les substances addictives. En outre, comme l'a dit Mme Delaunay, le cannabis est interdit ; je ne vois donc pas ce qu'il vient faire dans la discussion.

M. Dominique Tian. Nous avons abordé la semaine dernière la politique publique de prévention. Le cannabis n'est même pas mentionné : on considère que, puisque sa consommation est interdite, elle n'existe pas ! C'est incroyable. Bernard Accoyer a tout à fait raison. Les statistiques sont dramatiques : si ma mémoire est bonne, ce sont quelque 11 % des collégiens qui disent avoir fumé au moins un joint au cours des trois mois précédant l'enquête, et 10 % environ sont des consommateurs réguliers, c'est-à-dire qu'ils fument au moins un joint par jour. Madame Delaunay, vous parlez du tabagisme au collège ; et le cannabis ? C'est une catastrophe ! Certains parlent de le légaliser, tout en s'attaquant aux cigarettes mentholées : il s'agit bien de hiérarchiser les problèmes !

Mme la présidente Catherine Lemorton. La question n'est pas là. Le cannabis est interdit dans notre pays, un point c'est tout.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas pour cela qu'il ne se vend pas !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il est interdit de tuer ; cela n'empêche pas qu'il y ait des criminels, que je sache.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je ne suis pas favorable au sous-amendement de M. Hetzel.

Je ne peux que renvoyer, une fois de plus, à la directive européenne, dont l'article 24 nous autorise à instaurer, pour des motifs de santé publique, de nouvelles exigences applicables à tous les produits mis sur le marché. Si nous nous contentions de neutraliser l'emballage, les cigaretteurs, dont l'habileté est grande et l'imagination florissante, pourraient trouver des moyens de différencier leurs papiers. Voilà pourquoi nous voulons supprimer toute différenciation : le tabac, quelle que soit la marque qui le commercialise, doit être vendu pour ce qu'il est, avec les risques qu'il comporte.

M. Christophe Sirugue. L'amendement AS236 est identique à celui du rapporteur. Signé par tous les membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen, il témoigne de notre soutien résolu au paquet neutre, conséquence de notre engagement dans la lutte contre le tabac et ses conséquences sur la santé de nos concitoyens.

La commission adopte les amendements identiques.

Puis elle adopte l'article 5 decies modifié.

e. Compte rendu intégral des débats, deuxième séance du mercredi 25 novembre 2015

Article 5 *decies*

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Lazaro, premier orateur inscrit sur l'article.

M. Thierry Lazaro. Le paquet neutre supprime tous les éléments caractéristiques d'une marque. La France est le seul pays d'Europe continentale à s'engager dans cette voie. Il est expérimenté en Australie depuis 2013 et sa mise en place témoigne de son inefficacité. Il n'a pas contribué à faire diminuer la consommation de tabac, notamment chez les jeunes de 12 à 17 ans. En outre, les douanes australiennes ont annoncé la plus grande saisie de tabac illicite de leur histoire : soixante-et-onze tonnes de tabac à rouler, soit 3,5 millions de paquets de cigarettes ! En effet, le paquet neutre enchante les trafiquants qui peuvent aisément le falsifier car il ne comporte pas les détails spécifiques figurant sur les paquets actuels.

Il en va également de la santé de nos concitoyens. Nous devons éviter de les exposer à du tabac contrefait et garantir le suivi de la qualité des produits vendus dans le seul réseau des buralistes ayant reçu délégation de l'État. Je partage leur colère légitime car ils souffrent de distorsions fiscales communautaires et de l'ingéniosité des trafiquants. Il en résultera un préjudice fiscal supplémentaire pour notre pays et un préjudice économique majeur pour nos buralistes, dont le nombre ne cesse de diminuer. Près de 1 000 buralistes, soit un peu plus de trois par jour, ferment actuellement en France, sans compter ceux qui se paupérisent ou se font braquer ! Tel est aussi leur quotidien ! Si vous voulez faire disparaître les buralistes, madame le ministre, autant le dire tout de suite !

Nous sommes tous attachés à une politique de prévention informant nos concitoyens, en particulier les plus jeunes d'entre eux, sur les risques engendrés par la consommation de tabac, comme Jean-Louis Dumont l'a rappelé tout à l'heure. Je comprends d'autant moins votre aveuglement que le paquet européen fait l'objet d'un consensus des États membres avec lesquelles nous partageons une frontière.

M. Denis Jacquat. C'est vrai !

M. Thierry Lazaro. Il serait donc plus judicieux d'œuvrer en faveur de la transposition de la directive que de recourir à un artifice qui vous permet de court-circuiter l'avis du Conseil d'État et de vous dispenser d'une étude d'impact ! À l'évidence, il convient de supprimer le paquet neutre.

Mme la présidente. En raison du grand nombre d'inscrits, je vous demande, chers collègues, de vous en tenir strictement à deux minutes.

La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Par le biais de cet article, nous abordons le cœur de la transposition de la directive 2014/40/UE relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives en matière de fabrication, présentation et vente des produits du tabac et des produits connexes. En clair, il s'agit avant tout de la mise en place du paquet neutre dans notre pays. La question n'est pas nouvelle. Aux pages 79 et 80 du rapport d'information sur l'évaluation des politiques de publiques de lutte contre le tabagisme que Jean-Louis Touraine et moi-même avons remis en février 2013, nous évoquions déjà le sujet. Trois mois auparavant, l'Australie était devenue, le 1^{er} décembre 2012, le premier pays au monde à s'engager dans cette voie. Cependant, on ne pouvait alors tirer aucune conclusion.

En juillet 2014, dans le cadre du suivi des conclusions du rapport, nous abordions à nouveau le sujet en pages 9 et 10, indiquant qu'il est toujours impossible de distinguer l'impact des deux mesures prises simultanément. Nous y rappelions que la mise en place du paquet neutre en Australie s'est en effet accompagnée d'une hausse très importante du prix du paquet, porté à 14 euros. Depuis, tous les bruits circulent en Australie. Pour les uns, ces mesures n'ont pas empêché la vente de cigarettes de croître, pour les autres elles l'ont fait baisser. Il est très difficile de trancher : le Comité d'évaluation et de contrôle n'a pu disposer d'aucune étude officielle. En revanche, ce qui est sûr, c'est que la contrebande est apparue dans cet État-continent insulaire.

M. Bernard Accoyer. Tout à fait !

M. Denis Jacquat. Aujourd'hui se pose à nous la question de savoir s'il faut aller plus vite. En effet, l'application de la directive européenne incriminée est prévue dans quelques années. Combinée à une harmonisation de la TVA dans les pays concernés, elle constituerait un outil efficace dans la lutte nécessaire contre le tabagisme. C'est d'ailleurs ce que suggère un rapport récent d'un de nos collègues, Frédéric Barbier. Aussi conclurai-je par ces mots : attention à notre vote ce soir ! Sans harmonisation simultanée de tous les paramètres au niveau européen, l'efficacité de notre politique contre le tabagisme sera nulle. En outre, elle accélérerait la fermeture des bureaux de tabac dans notre pays.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je réaffirme d'abord notre conviction de la nécessité d'agir résolument contre le tabagisme qui nuit gravement à la santé de nos concitoyens. J'espère que tout le monde est d'accord sur ce point au moins. Je rappelle aussi que l'addiction au tabac est particulièrement tenace. Tous les professionnels des centres d'addictologie soulignent à quel point il est difficile de surmonter cette intoxication et de sortir de cette dépendance. L'enjeu essentiel est donc de ne pas commencer car on est ensuite prisonnier. Je souligne donc d'emblée l'importance des actions de prévention qui demeurent selon moi insuffisantes dans notre pays. Quant au paquet neutre, notre groupe en a débattu et se pose plusieurs questions. Les voici. Le paquet neutre incitera-t-il les fumeurs à arrêter de fumer ?

M. Élie Aboud. Non !

Mme Jacqueline Fraysse. Nous en doutons. Incitera-t-il les jeunes à ne pas commencer à fumer, ce qui est le plus important ? C'est possible, je le souhaite mais nous nous interrogeons. Nous ne sommes donc pas très convaincus pour l'instant de l'importance de cette mesure mais restons ouverts à la

discussion. D'autres questions se posent. Cela encouragera-t-il les trafics avec les pays transfrontaliers ? La contrefaçon sera-t-elle plus facile ?

Plusieurs députés du groupe Les Républicains. Oui !

Mme Jacqueline Fraysse. Je pose les questions en toute transparence.

M. Bernard Accoyer. Et nous, nous apportons les réponses !

Mme Jacqueline Fraysse. J'espère que le débat sera serein et apportera des éclairages utiles afin de prendre des décisions. Si l'on peut discuter de l'intérêt du paquet neutre, on ne peut pas discuter du fait que la prévention de l'addiction au tabac suppose un faisceau de mesures. Nous soutiendrons toutes celles qui iront dans ce sens.

Mme la présidente. Merci, madame la députée.

Mme Jacqueline Fraysse. J'attends l'éclairage qui sera apporté avant de prendre une décision définitive. Pour conclure, nous ne sommes pas foncièrement ni *a priori* hostiles au paquet neutre s'il doit être...

Mme la présidente. Merci, chère collègue.

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à M. Christian Jacob, pour un rappel au règlement.

M. Christian Jacob. Il vise au bon ordonnancement de nos débats. Je constate que dix-huit orateurs sont encore inscrits sur l'article. J'aimerais que vous nous assuriez, madame la présidente, que nous le voterons bien ce soir et qu'aucun autre collègue ne s'inscrira sur l'article, ce qui pourrait être une manœuvre visant à atteindre une heure du matin et éviter que le vote ait lieu ce soir.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Chacun a le droit de parler !

M. Richard Ferrand, rapporteur de la commission des affaires sociales. C'est l'état d'urgence parlementaire !

M. Christian Jacob. Je pense, et cela ne tient qu'à vous, madame la présidente, qu'après avoir entendu dix-huit inscrits sur l'article, l'Assemblée sera suffisamment éclairée pour entamer le débat des amendements afin que nous soyons assurés que le vote aura bien lieu ce soir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. Les inscrits se répartissent de façon équilibrée entre majorité et opposition, monsieur le président Jacob. Nous allons entendre les arguments des inscrits sur l'article puis entamerons naturellement la discussion des amendements qu'il faudra bien mettre aux voix.

M. Christian Jacob. J'entends bien, madame la présidente, mais je voudrais avoir l'assurance que l'article sera bien mis aux voix ce soir.

Mme Jacqueline Fraysse. On votera lorsqu'on aura fini de discuter !

M. Christian Jacob. Un débat comme celui-ci ne saurait être renvoyé à vendredi après-midi. Vous savez tous, chers collègues, que vendredi est une journée d'hommage national aux victimes des attentats et que des hommages seront rendus dans les circonscriptions comme aux Invalides. Par conséquent, il ne serait pas sérieux de renvoyer le vote sur un article comme celui-ci à vendredi après-midi. Telle est ma seule interrogation : avons-nous l'assurance que l'article sera bien mis aux voix ce soir ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Incroyable !

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Le Roux.

M. Bruno Le Roux. Je regrette que nous ayons perdu un peu de temps en raison de ce rappel au règlement. (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

M. Dominique Tian. Et la suspension de séance ?

M. Bruno Le Roux. Je fais confiance à Mme la présidente pour limiter le temps des interventions à deux minutes. Afin de rassurer le président Jacob, vous me permettrez de m'inscrire également dans ce débat, madame la présidente ! (*Sourires sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

Article 5 *decies* (suite)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Nous sommes tous conscients des effets sur la santé de la consommation de tabac et savons que les chiffres de la mortalité due au tabac restent très élevés. Ce préalable est important. Nous souhaitons tous ici les faire diminuer. Mais selon nous, l'instauration du paquet neutre n'est pas de nature à atteindre cet objectif.

L'instauration du paquet neutre ne repose sur aucune étude d'impact. Les retours d'expérience venant d'Australie, seul pays ayant mis en place le paquet neutre, ne sont pas probants car cette mesure était assortie d'une très forte augmentation du prix du paquet de cigarettes. Nous n'en connaissons pas non plus les conséquences sur le développement du marché parallèle.

Selon nous, seule une coordination des politiques européennes en la matière est de nature à empêcher les trafics en tous genres. En choisissant d'adopter le paquet neutre pour notre pays uniquement, vous ne faites que déplacer le problème en incitant les consommateurs à s'approvisionner non plus sur le marché légal mais sur le marché parallèle, madame le ministre. En outre, vous n'avez absolument pas tenu compte des effets d'une telle mesure sur les distributeurs officiels de tabac que sont les buralistes. Ils sont 27 000 sur notre territoire et constituent un lien essentiel dans bon nombre de communes rurales.

M. Thierry Benoit. Bien sûr !

M. Gilles Lurton. Leur nombre diminue au fil des politiques conduites à leur encontre. Quelles compensations entendez-vous leur accorder pour pérenniser l'avenir de leur commerce ?

Mme la présidente. La parole est à M. Guénaél Huet.

M. Guénaél Huet. Chacun sent bien que l'institution du paquet neutre, même si on refuse de l'admettre d'un certain côté de l'hémicycle, est inutile en termes de santé publique. Chacun sait en effet que ce qui ne sera plus vendu dans les bureaux de tabac le sera sur les marchés parallèles, dans les réseaux de contrebande ou sur internet. Il n'en résultera donc aucune diminution de la consommation de tabac. Inutile pour la santé publique, elle est aussi dangereuse pour la profession.

M. François Rochebloine. Très bien !

M. Guénaél Huet. En effet, 1 041 débits de tabac ont disparu depuis le début de l'année. Si le Gouvernement et la majorité socialiste veulent la disparition du commerce en milieu rural, c'est exactement ce qu'il faut faire !

Enfin, le meilleur argument contre le paquet neutre, c'est Mme le ministre elle-même qui l'a avancé tout à l'heure. Elle a en effet indiqué à propos des cigarettes mentholées que le Gouvernement et la majorité s'approprient en fin de compte à se contenter de la stricte transposition de la directive. Dont acte ! La directive européenne en matière de présentation des paquets de cigarettes existe en effet.

Il suffit donc de se limiter à la directive. Il serait difficilement compréhensible, madame le ministre, que vous changiez d'argument selon l'article. Il faut parfois faire preuve de cohérence ! Le paquet neutre est inutile pour la santé publique, et dangereux pour la profession des buralistes. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe Les Républicains et du groupe de l'Union des démocrates et indépendants.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Benoit.

M. Thierry Benoit. Quelle est l'efficacité du paquet neutre en France s'il n'est pas instauré aussi au niveau européen ? Plusieurs collègues l'ont rappelé, l'une de nos principales craintes est qu'il entraîne une augmentation du marché parallèle, de la contrebande.

Madame la ministre, vous êtes dans votre rôle lorsque vous présentez ce projet de loi, et vous le faites plutôt bien, tout comme Mme la présidente de la commission des affaires sociales d'ailleurs. Mais nous sommes aussi dans notre rôle lorsque nous nous montrons préoccupés par le sort du réseau des buralistes – et il n'est pas question, ici, de lobby. Comme l'ont rappelé les orateurs précédents, on compte 27 000 buralistes, dont la moitié sont installés dans des communes de moins de 3 500

habitants. Ils jouent un rôle réel de maintien du lien social, ils sont aussi des diffuseurs de presse.

Nous sommes en train de vivre ce qu'il est convenu d'appeler l'uberisation de la société, du moins de certaines professions. Si l'uberisation fait peur, c'est qu'elle n'a pas été préparée, anticipée. Il nous faut dès aujourd'hui, et je me fais l'écho de ce que plusieurs députés ont exprimé ce soir, imaginer des missions nouvelles pour les buralistes, en particulier des missions de service public, afin de compenser la baisse d'activité qu'entraînera naturellement la diminution de la consommation de tabac que nous souhaitons tous, notamment chez les jeunes.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Valax.

M. Jacques Valax. Madame la ministre, les préoccupations sanitaires qui sont les vôtres sont tout à fait respectables dans leur principe, et je n'entends pas les remettre en cause. Toutefois, sans polémique aucune, je voudrais vous faire partager une analyse sensiblement différente, dans l'espoir que vous acceptiez de reporter la mise en application du paquet neutre de quelques mois.

M. Christian Jacob. Juste après la présidentielle ?

M. Jacques Valax. Cette analyse repose sur le constat de ce qui se passe réellement dans les villages et les quartiers populaires. Ils sont abandonnés, vidés de leurs commerces de proximité. Les seuls commerces qui y subsistent sont les petits bureaux de tabac, des lieux où l'on peut encore se rencontrer, échanger et se mélanger, au bon sens du terme. Les buralistes permettent de maintenir le lien social, dont la disparition est à l'origine du malaise que traverse notre république. Ce sont les petits buralistes qui, dix à douze heures par jour, assurent le dernier service public de proximité dans beaucoup de nos quartiers. Dans ces territoires dont on dit qu'ils sont déshumanisés et sans règles, ils sont la tête de pont de la République.

Madame la ministre, il faut que vous le sachiez et que vous en soyez persuadée : ce sont ces mêmes buralistes qui assurent une mission pédagogique en refusant de vendre aux plus jeunes et en expliquant les risques d'accoutumance au tabac. Ils agissent en bon père de famille, ils sont responsables.

M. Thierry Benoit. Très bien !

M. Jacques Valax. Conscients du rôle social qui est le leur, ils luttent contre le marché noir, la contrefaçon et les produits frelatés.

Ils vous l'ont dit, comme à nous : le paquet neutre, c'est leur mort professionnelle, c'est le développement inexorable du trafic de la contrebande, c'est l'enrichissement des dealers et des trafiquants de basse zone. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union des démocrates et indépendants et sur quelques bancs du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. Mes chers collègues, cela fait des années que nous discutons de l'évolution du prix du tabac. Au groupe UDI, profondément attachés à la construction européenne, nous n'avons cessé de dire que sans coordination européenne, l'augmentation du prix du tabac risquait d'entraîner un double phénomène : d'une part une importation croissante de tabac, et donc une hausse du nombre de consommateurs de tabac, et de l'autre une chute des recettes fiscales.

Et c'est ce qui s'est passé, chers collègues ! L'importation, dont on dit à tort qu'elle est clandestine, puisque l'on peut légalement importer cinq cartouches par personne, représente 26 % des ventes, et les recettes fiscales ont perdu 3 milliards, qui aurait pu utilement financer la politique de santé publique. Le réseau des buralistes est déstabilisé, tandis que l'on observe une légère hausse de la consommation, notamment chez les jeunes mais pas seulement. Tout cela est parfaitement logique.

Madame la ministre, je vous le dis tout net : il se passera la même chose si vous instaurez le paquet neutre dans un cadre purement national. L'augmentation annuelle de la part du tabac importé, qui se situe aujourd'hui entre 1 et 1,5 point, sera encore accentuée. On ne peut se sortir de cette affaire qu'avec une politique coordonnée au niveau européen.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Aubert.

M. Julien Aubert. On parle de paquets neutres, mais ils n'ont rien de neutre, avec 65 % de leur superficie consacrée à des images choc. Quelle contradiction, d'ailleurs : l'État vend un produit, en tire des recettes fiscales, via un compte autrefois extrabudgétaire, tout en affichant une publicité repoussoir pour dégoûter le consommateur d'en acheter ! On marche sur la tête. Si l'on considère que le tabac est nocif, il faut aller au bout de la logique. L'État se montre totalement schizophrène dans cette affaire.

Et il y a d'autres erreurs. Contrairement à ce qui a pu être dit, il n'y a pas eu en Australie de diminution du nombre des fumeurs. En revanche, les recettes fiscales ont baissé de 3,4 %. Et l'on sait que le packaging n'est pas un facteur de déclenchement du tabagisme : l'Inserm l'a prouvé, ce sont des facteurs sociaux et familiaux.

Enfin, votre proposition aura des conséquences néfastes dans les zones rurales, dans les communes. Les ruralistes, qui n'y sont pour rien, en subiront les dommages collatéraux. Ils ont choisi de tenir des débits de tabac, pas la petite boutique des horreurs ! Il leur faudra désormais travailler tous les jours devant un mur qui, honnêtement, ne donne pas envie de se lever et que d'ailleurs les autres clients, ceux qui n'achètent pas du tabac mais des journaux ou des tickets de loterie, auront à supporter aussi.

M. Thierry Benoit. Tout à fait !

M. Julien Aubert. Qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse, disait le poète. Aujourd'hui, madame la ministre, j'ai bien peur que quel que soit le paquet, vous ayez le tabagisme ! Trouvons d'autres manières de lutter contre ce fléau et ne faisons pas des ruralistes les boucs émissaires d'un État qui ne connaît ni ses objectifs, ni ses moyens, ni ses méthodes.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Viala.

M. Arnaud Viala. Au fur et à mesure de cette discussion, nous validons petit à petit un système à deux vitesses. La dernière décision qui va dans ce sens, c'est celle concernant l'implantation des débits de tabac à proximité des bâtiments scolaires : elle n'aura pas le même impact dans les zones à faible densité de population, où l'établissement scolaire est à côté de tout – du coup, il n'y en aura plus du tout de commerces.

Par ailleurs, la question du paquet neutre nous place en décalage avec le reste des pays européens, en attendant l'application en 2020 de la directive dans tous les États membres.

Enfin, je m'étonne, madame la ministre, que ce projet de loi sur la santé ne contienne que des mesures répressives et aucune mesure éducative. Il faut évidemment encourager la diminution du tabagisme, mais je crains fort que le paquet neutre ne finisse par tout niveler par le bas, en l'absence de toute discrimination par la marque ou le visuel, et ne rende encore plus accessible à tous, et en particulier aux jeunes, la pratique addictive. Je défends la suppression de cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Dumont.

M. Jean-Louis Dumont. La directive européenne du 3 avril 2014 a permis de définir un cadre pour l'ensemble du territoire européen – dont on peut penser du reste qu'il a des frontières, tout du moins naturelles. Si l'on arrive à appliquer cette directive, qui, semble-t-il, fait l'unanimité de tous les acteurs de la filière tabac, de la plantation au consommateur, cela constituera une avancée importante et permettra de développer une réflexion en amont pour traiter le problème du tabagisme par la prévention et l'action éducative.

Nous choisissons aujourd'hui d'anticiper, de montrer que nous sommes meilleurs que le reste du monde. Et donc vous voulez que ça passe, même en force, sans aucune préparation ! Je pense que, dans un débat, le ministre doit savoir écouter les différents éléments qui sont exprimés. Vous pouvez sourire, madame la ministre, mais il eût été préférable d'organiser le dialogue au préalable. Avec ce genre de méthodes, en préparant la loi, on s'étonne de trouver dans le milieu rural des maisons de santé désertées ! C'est comme ça que cela se passe, madame ! Il y a des filières... (*Exclamations sur quelques bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

Mme la présidente. Merci, monsieur le député, vous avez épuisé votre temps de parole.

La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. Hier, nous disions que l'alcool tue 50 000 personnes par an, personne ne conteste les chiffres. Aujourd'hui, nous avons la confirmation que le tabac fait 80 000 victimes chaque année. Et nous ne cessons d'entendre des arguments qui pourraient laisser penser que la commission des affaires sociales n'a pas bien fait son travail ! Je voudrais simplement, en tant qu'élus frontaliers, vous dire que si les buralistes ont quasiment disparu le long de la frontière, ce n'est pas à cause du paquet neutre mais parce que, de l'autre côté, des supermarchés vendent des tonnes de tabac et de l'alcool en abondance. Est-ce le modèle dont nous voulons nous inspirer ?

M. Arnaud Robinet. Non ! Justement !

M. Michel Liebgott. Il y a encore 26 000 buralistes en France. Que faisons-nous pour les aider, puisque notre objectif reste de dissuader les jeunes de fumer, et qu'un jour l'on ne meure plus du tabac ? Comment faire en sorte que les buralistes, et notamment les frontaliers, puissent s'en sortir, se reconverter, continuer de vivre, en vendant certes encore du tabac, dans des conditions à peu près acceptables, mais aussi d'autres produits ?

Gouverner, c'est choisir, et encore plus en matière de santé. Je souhaite que, dans ce texte, le Gouvernement choisisse. Certes, c'est difficile ! Par exemple, tous les médecins n'approuvent pas le tiers payant, mais pour autant, nombreux sont les patients qui y sont favorables. Il va nous falloir convaincre. Cela étant dit, madame la ministre, il aurait fallu faire preuve, sur un sujet tel que celui-ci, de davantage de pédagogie et de dialogue avec les élus.

Mme la présidente. La parole est à Mme Colette Capdevielle.

Mme Colette Capdevielle. Je suis, pour ma part, élue d'une circonscription proche de l'Espagne où le tabac est à moitié prix et j'aurais pu, moi aussi, avoir de bonnes raisons de voter contre le paquet neutre. Je ne le ferai pas, et je souhaite que l'on réponde aujourd'hui à la question qui nous est posée.

J'ai entendu les légitimes inquiétudes des buralistes qui, entre le premier et le second vote, ont fait tout un travail d'approche des parlementaires, on le voit aujourd'hui. Nous devons répondre à ces craintes, et le Gouvernement le fera.

M. Bernard Accoyer. Buralistophobie !

Mme Colette Capdevielle. Pourquoi faut-il voter contre le paquet neutre ? D'abord parce qu'il faut lutter efficacement contre le tabagisme, qui tue à petit feu. La situation est très inquiétante, tout particulièrement pour les jeunes filles, dont le tabagisme ne cesse d'augmenter. Or, on sait que plus elles commencent tôt, plus elles auront du mal à arrêter, même pendant leur grossesse. Les conséquences sont graves pour la fécondité, qui diminue de 50 %, pour les procréations médicalement assistées, dont le taux d'échec est élevé chez les fumeuses, ou encore pour les protocoles de fécondation in vitro. Les fumeuses mettent deux fois plus de temps à être enceintes.

Le paquet neutre présente un intérêt particulier pour les jeunes filles, qui sont une véritable cible publicitaire pour l'industrie du tabac. Il n'est qu'à voir les conditionnements, les couleurs, les formes de cigarettes, les paquets.

Mme Michèle Delaunay. Très bien !

Mme Colette Capdevielle. Je ne citerai pas de marque, mais l'une de mes collègues m'a montré un paquet où l'on vante l'« Originale ». Les messages véhiculés au travers de ces publicités veulent donner de la fumeuse l'image d'une femme libérée, indépendante, dynamique et sophistiquée, voire même sportive, ce qui est un comble – Raid Gauloises, le Camel Trophy... En un mot, originale.

Donnons-nous les moyens de lutter efficacement sur tous les fronts. Le paquet neutre y participe. Nous ne pourrions pas dire à nos filles, dans vingt ans, que nous ne savions pas. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. Denis Baupin. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à Mme Edith Gueugneau.

Mme Edith Gueugneau. Cet article vise à créer le paquet neutre. Ce sujet important soulève les passions et permet à certains de laisser circuler quelques contrevérités. Pourtant, l'affaire est sérieuse. De quoi s'agit-il ?

Le paquet de cigarettes est vu près de 7 000 fois par an par un fumeur régulier mais aussi par son entourage. Chaque paquet de cigarettes exposé ainsi est une publicité relayée par 13 millions de fumeurs en France. Dans ce contexte, les marques sont engagées dans une course marketing que nous devons stopper, et vite, en raison des dégâts que la cigarette provoque chez nos jeunes. Non, ce n'est pas « cool » de fumer.

Chaque année, la cigarette est à l'origine du décès de près de 80 000 personnes, tandis que 200 000 nouveaux jeunes succombent à la tentation. Notre rôle n'est-il pas de les alerter des risques ? De les en protéger ?

M. Élie Aboud. Bien sûr, mais c'est de la prévention !

M. Dominique Tian. La médecine scolaire !

Mme Edith Gueugneau. Nos enfants méritent-ils un avenir enfumé par le tabagisme, qu'il soit actif ou passif ? (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

Assurément, oui, notre responsabilité est grande. Je soutiens l'instauration du paquet neutre car il est urgent de réduire l'attractivité du paquet, d'autant plus que des études ont démontré le manque d'efficacité de l'agrandissement des avertissements sanitaires graphiques.

Élue d'un territoire rural, je tiens aussi à rassurer nos ruralistes. (*Rires sur les bancs du groupe Les Républicains.*) Là encore, il faut dire les choses : non, il ne s'agit pas de les faire disparaître, mais bien de les accompagner pour encourager leur diversification, leur donner de nouvelles missions et les transformer en véritables guichets de service public pouvant proposer divers services à nos concitoyens les plus isolés.

M. Jean-Marie Sermier. Avec quels moyens ?

La tâche est ample, mais nécessaire. Avec l'État, nous serons à leurs côtés pour les soutenir (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains*) tout en accomplissant de réels progrès pour la santé publique et pour notre jeunesse. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. Denis Baupin. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Je l'ai dit hier soir, nous ne pouvons pas laisser penser qu'il y aurait d'un côté des parlementaires vertueux, se chargeant de défendre l'action et la santé publique, et de l'autre d'affreux personnages.

Madame la ministre, je vais vous répondre sur votre terrain. Vous vous êtes inspirée de l'expérience australienne, alors parlons chiffres. Nous n'avons aujourd'hui aucun chiffre sur la morbidité cardiovasculaire ou oncologique. Aucun non plus sur le nombre de fumeurs en Australie. En revanche, un chiffre est sorti : 1 milliard de dollars de pertes fiscales par an. Vos collègues de Bercy seront contents.

Peu de mots suffisent : « contrefaçon », « délinquance urbaine », « trafic transfrontalier », et « fin du métier de ruraliste » alors qu'ils assurent le lien social et de surcroît, dans de nombreuses communes, un service public. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains et du groupe de l'Union des démocrates et indépendants.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Vignal.

M. Patrick Vignal. Je suis pour une lutte efficace et cohérente contre le tabagisme au niveau européen. Je milite également en faveur d'une législation européenne, dans une Europe sociale, large et solidaire.

M. Jean-Pierre Door. Il est des nôtres.

M. Patrick Vignal. Le « paquet directive », celui qui est proposé par la directive tabac, a l'avantage d'aller dans le sens de l'harmonisation européenne. Il est aussi plus dissuasif que les paquets de cigarettes actuels puisque les surfaces prévues pour les photos chocs représentent 65 % du paquet. Au contraire, le paquet neutre créerait une nouvelle distorsion entre la France et les pays voisins et renforcerait le marché parallèle.

M. Bernard Accoyer. C'est évident.

M. Patrick Vignal. Afin de lutter efficacement contre le tabac, nous devons combattre encore plus vigoureusement le marché parallèle, qui discrédite toute nouvelle mesure gouvernementale, et cela en harmonisant les prix en Europe.

N'oublions pas, cependant, les buralistes, que nous devons aider à se reconvertir ou à développer leurs activités.

M. Thierry Benoit. Très bien !

M. Patrick Vignal. Prenons des mesures afin qu'ils puissent optimiser la diversification de leurs activités commerciales dans des domaines novateurs et qu'ils ne soient pas tous contraints de mettre la clé sous la porte, les uns après les autres.

Les buralistes ont prouvé qu'ils avaient le sens des responsabilités puisque, voici encore quelques mois, ils militaient en faveur de l'interdiction de la vente de cigarettes aux moins de 18 ans. Néanmoins, la vente de tabac permet d'assurer l'équilibre financier de ces petits commerçants, qui sont nombreux à avoir investi dans leur fonds de commerce. Comment imaginer que ces commerçants qui ont passé leur vie dans leur bureau de tabac se retrouvent aujourd'hui avec des fonds de commerce ayant perdu de leur valeur ? Qu'ils ne perçoivent pas de retraite, alors qu'ils ont travaillé toute leur vie ?

Madame la ministre, nous devons engager une réflexion nouvelle autour de ces commerces de proximité, vecteurs de cohésion sociale.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Leboeuf.

M. Alain Leboeuf. Madame la ministre, il ressort de toutes ces interventions une évidence : nous sommes conscients du rôle essentiel de la prévention. Or, la prévention se fait par un faisceau de solutions. Il n'y a pas une seule solution. En l'espèce, le paquet neutre n'est pas « la » solution. Nous devons poursuivre notre réflexion sur les diverses solutions à trouver, mais écarter cette piste.

La solution ne pourra se trouver qu'au niveau européen, dans un contexte global. Sans coopération européenne, l'instauration d'un paquet neutre favorisera le développement de marchés parallèles. Tout le monde y perdra, à commencer par les buralistes, ceux qui font vivre nos milieux ruraux et qui créent le lien social au cœur de nos bourgs. Ce sont eux qui subiront les conséquences d'un choix dont vous n'êtes toujours pas capable de démontrer le bien-fondé.

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Breton.

M. Xavier Breton. S'agissant de la transposition de cette directive européenne, une seule question se pose : le paquet neutre sera-t-il efficace dans la lutte contre le tabagisme ? Nous n'en avons aucune preuve. Outre qu'aucune étude d'impact n'a été réalisée, l'exemple de l'Australie nous prouverait même le contraire. En revanche, cette mesure pourrait favoriser le développement du marché parallèle. Pour toutes ces raisons, je défendrai un amendement de suppression de cet article qui crée le paquet neutre.

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

M. Philippe Folliot. Trois problèmes se posent. Le premier est celui des effets du tabagisme sur la santé publique. Sur ce point, nous sommes tous d'accord pour mener des actions de prévention afin de limiter la consommation du tabac, en particulier chez les jeunes.

Le deuxième est celui de l'échelle de la mesure. Vous nous proposez une mesure franco-française, et non européenne. Il est complètement irresponsable de prendre ainsi une disposition nationale avant qu'elle ne s'applique dans tous les pays de l'Europe. Il en va de même du prix du tabac : les trafics transfrontaliers sont, pour l'essentiel, liés aux écarts de prix pratiqués par les pays de l'Union. Vous ajoutez là un nouvel élément de distorsion de concurrence, qui conduira automatiquement à une hausse des trafics.

Le troisième, enfin, est celui des buralistes. Ils constituent un véritable réseau de proximité. Ils sont présents partout sur le territoire national, dans les centres-villes, les quartiers, les communes périphériques, en milieu rural profond. Souvent, ces petits commerces ne survivent que parce qu'ils ont diversifié leur activité. La vente de tabac est un élément important de leur équilibre structurel. Ils assurent un lien social, et rendent un service à la population. Votre mesure pourrait avoir des conséquences catastrophiques pour eux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Je vais vous surprendre, mes chers collègues : je suis complètement d'accord avec M. Aubert. Le paquet neutre n'est pas neutre. Il prend clairement parti. Il dit clairement que le tabac est nocif, qu'il nous veut du mal. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est efficace : il est moche, il alerte, mais il dit la vérité.

Mme la présidente. Madame Delaunay, pouvez-vous ranger le paquet que vous tenez s'il vous plaît ? Pas de publicité dans l'hémicycle.

Au moins, personne n'aura pu voir la marque ! (*Sourires.*)

Mme Michèle Delaunay. La politique contre le tabac, c'est une haute montagne qu'il faut escalader. Depuis cinquante ans que nous menons des actions de prévention, nous n'avons pas beaucoup avancé, mais le pire serait de revenir en arrière. Si nous dérogeons à notre vote de première lecture, notre crédibilité serait gravement entamée. L'on nous accuserait d'avoir été plus sensibles, à l'approche des élections, aux pressions que nous subissons tous.

Dans cette escalade donc, le paquet neutre est une marche montante. Il ne nous évitera pas d'avoir à poursuivre nos efforts, en particulier pour augmenter les prix. Mais nous ne devons pas rater cette marche, en particulier pour les jeunes, qui seront les premiers à être dissuadés par ce type de packaging. Ils n'assimileront plus le tabac au coureur automobile ou au beau cow-boy de Camel ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Deguilhem.

M. Pascal Deguilhem. En défendant l'idée que l'instauration du paquet neutre doit se faire selon un calendrier européen, je ne pense pas faire preuve de moins de sensibilité que d'autres aux problèmes de santé publique que pose l'abus de tabac.

Chaque année, dans les départements ruraux en particulier, de nombreux bureaux de tabac ferment. Cela pourrait être une excellente nouvelle du point de vue de la santé si ne fermaient du même coup le dépôt de pain, le point de vente de journaux, le lieu où l'on vient chercher une commande, bref le dernier lieu de vie dans nos villages. Il y a deux cents communes de mon département, et je sais bien que c'est le dernier commerce en milieu rural.

La consommation locale baisse-t-elle pour autant ? Ce n'est pas si sûr ! Tous les week-ends, on l'a dit, dans ces départements proches de la frontière, bus et voitures convergent vers Ibañeta, Andorre ou Irun. Tout est bien organisé, les transporteurs ont fait paraître des encarts dans la presse locale avant le

week-end et chacun sait ce que contiennent les soutes de ces bus au retour de cette promenade pyrénéenne... Il en est de même pour toutes les autres frontières.

Autre exemple : sur la nationale 10, qui absorbe la moitié du trafic transfrontalier de camions, sur les aires d'autoroute, le trafic et les ventes illicites n'arrêtent pas. Le commerce se fait au grand jour...

Pour défendre le maintien du dernier commerce en milieu rural, accentuons plutôt nos efforts en matière de lutte contre le trafic et le commerce illicite !

Mme Gilda Hobert. Bravo !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. L'Organisation mondiale de la santé, qui constate la catastrophe sanitaire engendrée par le tabac au niveau mondial et singulièrement en France, où il constitue la première cause de mortalité évitable, demande que soit organisée dans les toutes prochaines décennies la sortie du tabagisme. Elle recommande particulièrement le paquet neutre, ainsi que diverses mesures contribuant à cette évolution souhaitable.

Il y a cinq ans, j'avais déposé une proposition de loi sur les paquets neutres, afin de changer l'image trop positive du tabac, une image aux conséquences mortifères. La France aurait été alors le premier pays au monde à adopter cette mesure. À l'époque, les études scientifiques d'impact montraient déjà l'efficacité de ce choix.

Depuis, l'Australie a adopté la mesure et nous disposons de plusieurs années de recul. Il ne s'agit plus de ce que l'on croit ou de ce que l'on anticipe, mais de ce qui est démontré : une diminution de la consommation grâce au paquet neutre, notamment chez les jeunes, une diminution de la morbidité et de la mortalité engendrées par le tabac, et une efficacité qui est encore amplifiée si on y ajoute des mesures additionnelles, comme nous en adoptons dans cette loi et comme nous en adopterons encore plus dans les années à venir.

C'est pourquoi nous avons voté à une large majorité cette mesure bénéfique en première lecture. Certes, les buralistes vendront un peu moins. Mais c'est l'objectif de la politique de santé ! La lutte contre le tabagisme ne peut qu'engendrer une diminution des ventes de tabac. Plutôt que d'encourager les buralistes à maintenir le niveau de ces ventes, il faut les aider à trouver des compensations qui maintiendront leurs revenus à un niveau très correct sans entraîner 80 000 décès chaque année dans notre pays.

M. Christian Jacob. Quelle démagogie !

M. Jean-Louis Touraine. Quant à la directive européenne...

Mme la présidente. Merci, monsieur le député.

La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Je suis d'accord avec vous, monsieur Aboud : il n'y a pas d'un côté les bons parlementaires et de l'autre les mauvais. Là n'est pas le sujet. Je dirais seulement que nous ne sommes pas forcément sensibles aux mêmes voix qui s'expriment dans le débat.

Permettez-moi d'en citer quelques-unes, et pas des moindres, qui soutiennent le paquet neutre. Cela devrait vous parler, mon cher collègue : la Ligue contre le cancer, la Fédération française de cardiologie, le Comité national contre les maladies respiratoires, la Société française de cardiologie, le Collège national des cardiologues français, la Fédération française de pneumologie, la Fédération française des associations et amicales de malades, insuffisants ou handicapés respiratoires, l'Alliance du cœur, la Fédération française d'addictologie. Et j'en passe : il y en a encore beaucoup d'autres !

La directive européenne est aujourd'hui contestée par deux marques : Philip Morris International et

British American Tobacco, qui l'attaquent devant la Cour de justice de l'Union européenne. Comme quoi ce paquet a bien pour conséquence de diminuer leurs ventes !

Une politique de santé publique de long terme vise sans doute des enfants qui ont huit ou neuf ans aujourd'hui, mais plus certainement encore ceux qui ne sont pas encore nés. S'il y a une chose dont je suis quasiment certaine – et, la contrebande de la Haute-Garonne se faisant dans ma circonscription, à 500 mètres de ma permanence, je sais de quoi je parle – c'est qu'un jeune de 11 ou 12 ans qui veut se mettre à fumer sait déjà qu'il va franchir une ligne jaune. Il n'ira pas place Arnaud-Bernard, à Toulouse, demander à acheter du tabac sous le manteau. J'en suis persuadée ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. Denis Baupin. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Sébastien Denaja.

M. Sébastien Denaja. Madame la ministre – j'insiste sur la marque du féminin car, en cette journée de lutte contre les violences faites aux femmes, je regrette profondément la violence symbolique exercée tout au long de cette séance par ces collègues qui, sur les bancs de l'opposition, se sont évertués à vous appeler « madame le ministre »... (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen et du groupe écologiste. – Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

M. Patrick Balkany. C'est une recommandation de l'Académie française !

M. Sébastien Denaja. Cela mériterait des excuses, et des excuses publiques !

M. Bernard Accoyer. Les académiciens apprécieront !

M. Sébastien Denaja. Madame la ministre donc, la loi Santé que vous portez sera une grande loi de progrès social et de santé publique, une loi qui marquera ce quinquennat et qui honorera le vote favorable émis par l'ensemble des députés SRC lors du vote solennel mardi prochain. Vous savez que vous pouvez compter sur ce soutien total et entier de tous les députés du groupe socialiste, républicain et citoyen depuis votre entrée en fonction.

M. Christian Jacob. Si avec ça vous n'entrez pas au Gouvernement...

M. Sébastien Denaja. Je suis favorable au paquet neutre, comme sans doute l'ensemble de mes collègues et comme d'ailleurs les buralistes eux-mêmes (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains*), à une réserve près : le paquet neutre ne doit être mis en circulation en France qu'à la condition de l'être en même temps sinon dans l'ensemble des pays européens, du moins dans l'ensemble des pays frontaliers de la France. (*Mêmes mouvements.*)

Mme Marie-Christine Dalloz. Comment faites-vous avec la Suisse ?

M. Sébastien Denaja. La loi doit toujours trouver le juste milieu entre les impératifs d'ordre public et de santé publique. L'ordre public peut être perturbé, on l'a dit, par la contrebande, les trafics, la concurrence déloyale. Et du côté de la santé publique, les 78 000 morts par an à cause du tabac nous obligent à agir, et les propos tenus à ce sujet nous invitent à la responsabilité.

Si, à cette heure, un compromis est encore possible pour conditionner l'instauration du paquet neutre en France à son adoption dans tous les pays frontaliers, alors une fois de plus, madame la ministre, si vous me pardonnez ce mot, notre soutien ne vous sera pas mégoté.

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Le Roux.

M. Bruno Le Roux. À la lumière de nos débats et pour éviter toute répétition, je veux signaler que notre assemblée a déjà délibéré deux fois pour préparer l'instauration du paquet neutre, et que deux fois son vote a été acquis à l'unanimité des groupes politiques.

La première fois, il s'agissait de la ratification du protocole de l'OMS pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Nous l'avons voté tous ensemble. Or l'argument principal développé depuis de longues minutes maintenant est la question de la contrebande et des trafics. En mettant en place un système de traçabilité totalement indépendant de l'industrie du tabac, nous agissons non seulement contre la contrebande, mais aussi pour la sécurité des buralistes, laquelle est aujourd'hui

loin d'être assurée puisqu'ils peuvent être braqués et volés sans qu'il soit possible d'identifier ce qu'ils avaient en stock, donc de mener les poursuites et de les protéger efficacement.

La deuxième fois, c'est lorsque nous avons voté à l'unanimité l'abrogation de l'article 569 du code général des impôts, qui faisait dépendre cette traçabilité des cigarettiers. J'insiste, madame la ministre, car il s'agit d'un élément essentiel de la lutte contre le tabagisme et contre la contrebande : l'adoption du paquet neutre doit aller de pair avec la prise par le Gouvernement d'un décret permettant la mise en œuvre du protocole de l'OMS que nous avons ratifié et un appel d'offres transparent et indépendant pour établir un système de traçabilité dans notre pays. C'est ainsi que nous assurerons la cohérence de notre politique et couperons court au principal reproche qui s'exprime, à savoir la faiblesse de la lutte contre la contrebande, alors que nous, ici, à l'Assemblée nationale, avons déjà permis de la conforter par deux fois. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen et du groupe écologiste.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun, rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Si vous me le permettez, afin de ne pas avoir à parler longuement sur les amendements qui vont suivre, je voudrais prendre le temps de dire d'où nous partons et où nous souhaitons aller avec cette mesure : on a en effet manifestement oublié que le paquet neutre n'est peut-être pas le seul sujet dont nous devrions débattre ce soir.

La directive européenne est le fruit d'une longue histoire qui commence à l'OMS.

M. Dominique Tian. Nous le savons très bien !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. À l'époque, l'OMS était dirigée, vous devriez le savoir, monsieur Tian, par une très grande dame, ancienne Première ministre norvégienne : Gro Brundtland.

M. Dominique Tian. On veut voter !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je vous ai écouté, moi, monsieur Tian !

C'est donc Mme Brundtland qui a souhaité aller vers un monde sans tabac. L'Union européenne, avec 180 pays, s'est engagée elle aussi dans le cadre de l'OMS à aller le plus possible vers ce monde sans tabac. Elle reconnaît le tabac – relisez le considérant n° 8 de la directive européenne – comme étant d'une nocivité absolue pour les jeunes.

L'uniformisation des emballages n'est pas une lubie. Le principe en est déjà posé par la convention-cadre de lutte antitabac depuis 2005.

M. Dominique Tian. Encore 32 minutes à tenir avant la levée de la séance !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Il y a dix ans donc, les pays signataires s'engageaient à couvrir 50 % au moins des faces d'un paquet. N'oubliez pas que la directive, que nous souhaitons non seulement transposer mais dépasser, comme nous en avons le droit en matière de santé publique, fixe cette proportion à 65 %. Nous en sommes encore loin.

M. Christian Jacob. Parlez-nous plutôt du cannabis !

M. Dominique Tian. Et ne parlez pas trop vite, surtout !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je vous ai beaucoup écoutés, messieurs de l'opposition. J'ai assisté comme rapporteur à tous les débats. J'étais là hier lorsque vous avez tenu pendant une heure et demie au sujet de l'alcool. Alors permettez-moi de dire quelques mots sur le tabac ! (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. Vu l'heure, mes chers collègues, il vaudrait mieux avancer. Si vous voulez passer au vote des amendements, laissez parler l'orateur sans l'interrompre !

Merci de conclure, monsieur le rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. La directive permet à chacun des États, qui conservent la faculté d'imposer des exigences plus strictes, de protéger la santé publique sur son propre territoire. C'est le

cas pour l'emballage. La seule condition est de le notifier à la Commission européenne, qui impose un standard très détaillé.

Son article 29 demande aux États membres de transposer la directive au plus tard le 20 mai 2016. La France est actuellement à l'avant-garde de l'Europe, avec le Royaume-Uni et l'Irlande. Nous sommes aujourd'hui des précurseurs, derrière un pays dont vous avez beaucoup parlé sans pour autant évoquer la réalité des études qui y ont été menées : l'Australie. (*Nouvelles exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

J'irai jusqu'au bout, mes chers collègues, car je veux démontrer que certains arguments que vous utilisez ne sont pas justes.

M. Arnaud Robinet. Ce sont les vôtres qui ne le sont pas !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Quelle est la réalité, trois ans après l'entrée en vigueur de la mesure en Australie ? De très nombreuses études ont été publiées. Mais attention, mes chers collègues, il y a deux types d'études : des études scientifiques, que vous pouvez retrouver, par exemple, dans le *British Medical Journal*, dont certains ici connaissent la qualité, et puis d'autres qui sont simplement payées par les fabricants de tabac.

Mme Michèle Delaunay. Très bien !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Soixante études scientifiques – soixante ! – montrent que le paquet neutre, comparé à un paquet « marketé », donne moins envie de fumer aux jeunes et moins envie de se montrer en public avec une cigarette : c'est moins sexy, cela réduit le plaisir, cela annihile la fonction de marketing de l'emballage et de la marque, cela augmente la perception de la dangerosité grâce au message sanitaire et aux images.

Contrairement à ce qu'affirment certains à grand renfort d'argumentaires totalement formatés, l'achat de produits de contrefaçon et de contrebande pour les fumeurs n'a pas augmenté en Australie depuis l'instauration du paquet neutre. Il a été constaté une baisse de 3,4 % du nombre de consommateurs entre 2003 et 2012.

M. Christian Jacob. Je demande la parole, madame la présidente !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. J'en finis, monsieur le président Jacob. (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains et du groupe de l'Union des démocrates et indépendants.*)

Mme la présidente. D'un mot, s'il vous plaît. Il est minuit et demi et vous ne pouvez ignorer le nombre d'amendements déposés sur l'article.

M. Christian Jacob. On peut aussi parler du cannabis, on va s'amuser !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. J'en finis.

M. Christian Jacob. Vous ne faites que réciter des âneries !

M. Richard Ferrand, rapporteur. Qui est l'âne, ici ?

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Sur les soixante-quatorze documents qui vous ont été largement distribués et dont je suis également destinataire, trente-cinq – la moitié ! – n'ont fait l'objet d'aucune évaluation scientifique sérieuse. Et sur ces trente-cinq, trente-deux ne sont assortis d'aucune déclaration d'intérêts liés à l'industrie du tabac. Je vous laisse le soin de conclure quant à la validité de ces publications pseudo-scientifiques ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen et quelques bancs du groupe écologiste.*)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le temps du vote doit venir, bien sûr, mais vous avez été nombreux à vous exprimer et je souhaite redire le sens de la politique qui vous est proposée, et qui a fait, comme l'a rappelé le président Le Roux, l'objet de nombreux débats. Je ne peux en effet pas laisser dire que nous n'aurions pas déjà à de nombreuses reprises évoqué ces questions.

Pourquoi faut-il engager une politique résolue de santé publique vis-à-vis du tabagisme ? C'est certes la ministre de la santé qui s'exprime devant vous, mais c'est aussi la mère de famille, qui voit deux

grands enfants, deux jeunes adultes, fumer, comme des amis, et qui se demande pourquoi des jeunes pourtant informés et au fait des problèmes de santé que pose le tabac, s'engagent dans cette démarche. Et c'est aussi, pour ceux qui l'ignorent, l'élue d'un territoire en partie rural, sinon de petites communes, qui parle. Je suis donc très attentive aux différents enjeux.

78 000 morts par an, c'est plus de 200 morts chaque jour – et le chiffre est en augmentation. J'ai déjà fait cette comparaison, mais elle me semble marquante : c'est comme si chaque matin, en nous levant, nous apprenions à la radio qu'un avion s'est écrasé quelque part sur le territoire français. En quinze jours, le tabac fait dans notre pays autant de morts que la route en une année. Nous devons donc agir, et d'autant plus que dans tous les autres pays la consommation de tabac diminue, alors qu'en France elle augmente.

Notre pays compte en effet plus de 30 % de fumeurs, alors que la moyenne dans les autres pays s'établit à environ 15 %. Nous devons donc agir, et c'est la raison pour laquelle j'ai proposé un programme national de réduction du tabagisme, avec des mesures diverses et globales. Je le dis très simplement et très humblement devant vous : il n'y a pas une mesure qui, à elle seule, permette de relever le défi du tabagisme.

M. Razy Hammadi. C'est clair !

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous avons besoin d'un plan global qui s'appuie sur des mesures de prévention, d'information, d'interdiction, voire de répression. Et c'est l'ensemble de ces mesures, je le dis à ceux qui ont parlé de la prévention, que contient le plan de réduction du tabagisme. Comme je ne veux pas être trop longue, je n'évoquerai que la nouvelle campagne d'information, la mise à disposition de documents dans les écoles, ce qui ne se faisait pas auparavant, la protection des jeunes contre le tabagisme passif, par exemple dans les voitures ou dans les aires de jeux, ou l'aide au sevrage, avec une prise en charge financière augmentée.

M. Christian Jacob. Vous devriez parler des dealers de cannabis.

M. Richard Ferrand, rapporteur. Quel muflé !

Mme Marisol Touraine, ministre. Le nombre de personnes ayant demandé à bénéficier de ces aides au sevrage a augmenté de 25 % ! Sans oublier bien sûr la lutte contre la contrebande, parce que nous refusons ce que font les cigarettiers : mettre sur le marché parallèle des produits du tabac.

Pour répondre au président Le Roux, comme j'ai eu l'occasion de le dire à cette tribune lorsque vous avez examiné la ratification du protocole de l'OMS, un décret du Gouvernement sera pris afin d'accélérer la mise en place des mesures de lutte contre la contrebande et d'améliorer la traçabilité des produits.

Parmi ces mesures figure le paquet neutre, partie importante, mais non la seule, d'un programme d'ensemble. Pourquoi ce paquet neutre ? Parce qu'on sait l'impact de la publicité sur les jeunes, parce qu'il rend plus visibles les avertissements sanitaires, parce que les marques redoublent d'ingéniosité pour inciter les jeunes à se mettre à fumer. Les cigarettiers sont d'ailleurs régulièrement condamnés pour publicité déguisée.

Le paquet neutre doit nous permettre de sensibiliser davantage les jeunes. Je le redis : ma cible, notre cible, ce sont les jeunes, pas ceux qui fument depuis cinq, dix ou vingt ans. Ceux-là continueront à fumer, et ils doivent être accompagnés autrement. Mais il faut faire en sorte que les jeunes ne s'engagent pas dans le tabagisme, et la directive européenne permet aux États membres d'instaurer s'ils le souhaitent, pour des raisons de santé publique, le paquet neutre.

Mesdames et messieurs les députés, vous dites que la France est seule, mais non : il faut citer la Grande-Bretagne, l'Australie, l'Irlande, la Hongrie, qui a notifié sa décision d'instaurer le paquet neutre, tout comme la Norvège. Et il y a quelques jours, le Canada a annoncé, par la voix du nouveau gouvernement de Justin Trudeau, qu'il engageait les démarches nécessaires à la mise en place du paquet neutre.

M. Razzy Hammadi. Il va aussi légaliser le cannabis.

Mme Marisol Touraine, ministre. La France n'est donc pas isolée. Elle s'engage, comme elle s'est engagée au niveau européen pour faire converger les prix, afin de faire adopter le paquet neutre par le plus grand nombre d'États membres. Je ne crois pas du tout à l'argument sur les trafics et la contrebande.

M. Christian Jacob. Vous gagnez du temps ! C'est de la parlotte ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

Plusieurs députés du groupe SRC. Goujat !

Mme Julie Sommaruga. C'est comme ça qu'on s'adresse à une ministre ?

M. Sébastien Denaja. C'est grossier.

M. Jean-Louis Dumont. Vulgaire.

Mme la présidente. Madame la ministre, il faut que nous avançons dans le débat.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je souhaite que le vote ait lieu.

M. Christian Jacob. Et bien alors ?

M. Patrick Balkany. Vous confisquez le débat !

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le président Jacob, je trouve extrêmement étonnant que vous m'interpelliez de cette manière. Pour ma part, je fais preuve de respect à votre égard. Vous critiquez le manque de débat, mais vous demandez au Gouvernement de rester muet !

J'en venais, précisément, aux débits de tabac. Pour bien les connaître dans ma circonscription, j'ai parfaitement conscience de leur place et de leur rôle dans les communes, petites ou moins petites.

M. Gilles Lurton. C'est la première fois qu'on l'entend.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je connais leur rôle social, je sais la fonction qu'ils occupent dans ces mêmes communes, ou au sein d'un quartier.

M. Christian Jacob. Comme les médecins.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je sais ce qu'ils représentent pour la population.

Plusieurs députés du groupe Les Républicains. Vous avez refusé de les recevoir !

Mme Marisol Touraine, ministre. Mais non ! Que croyez-vous ? Que je ne rencontre pas mes interlocuteurs ? Que je ne me rends pas, dans ma circonscription, là où j'habite, dans des bureaux de tabac, pour y acheter en l'occurrence non pas du tabac, mais par exemple des journaux ?

M. Charles de Courson. Et un peu de vin ? (*Sourires.*)

Mme Marisol Touraine, ministre. Tout le débat, c'est celui de l'évolution de l'activité des débits de tabac. Mais nous ne réglerons pas la question du tabagisme en occultant les enjeux de santé publique.

Vous avez là les raisons pour lesquelles je vous invite à adopter ce dispositif. Je n'interviendrai plus sur les amendements, sauf pour faire part de l'avis du Gouvernement. Le paquet neutre n'est pas « la » solution, c'est une solution parmi d'autres, qui fait partie d'une stratégie résolue et volontariste de santé publique. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen et du groupe écologiste.*)

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements.

Je suis saisie de huit amendements de suppression de l'article, n^{os} 5, 23, 89, 257, 275, 497, 505 et 778.

La parole est à M. Thierry Lazaro, pour soutenir l'amendement n^o 5.

M. Thierry Lazaro. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Decool, pour soutenir l'amendement n^o 23.

M. Jean-Pierre Decool. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 89.

M. Jean-Pierre Door. N'ayant pas pris la parole sur l'article, je défends cet amendement de suppression de l'article 5 *decies* au nom du groupe Les Républicains. Je sais, madame la ministre, que nous ne vous ferons pas changer d'avis. C'est comme ça : vous êtes ainsi faite qu'on a du mal à vous faire changer d'avis. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. Razy Hammadi. Cela vous arrive souvent, à vous, de changer d'avis.

M. Jean-Pierre Door. Je ne dis pas que c'est un défaut, cela peut aussi être une qualité !

Vous avez fait du paquet neutre un marqueur du quinquennat. Sous la législature précédente, nous avons beaucoup travaillé sur le plan anti-tabac : souvenez-vous du décret Bertrand sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics ! Beaucoup de choses ont été faites, et il ne faut pas nous accuser d'être contre la campagne anti-tabac.

Mes responsabilités professionnelles font que je lutte contre le tabagisme, sous toutes ses formes, mais de façon raisonnée et raisonnable. Or l'efficacité du paquet neutre n'est absolument pas prouvée : moi aussi, j'ai lu le *British Medical Journal*, et d'autres publications spécialisées en cardiologie, et ils ne confirment pas que le paquet neutre permette d'obtenir des résultats. La question est à l'étude, sans plus.

Ensuite, si certains pays ont effectivement adopté cette démarche, d'autres, comme la Belgique, l'Allemagne ou l'Italie n'ont pas validé le principe du paquet neutre. Ils ont préféré s'en tenir au paquet harmonisé de mai 2016. Et à ce propos, monsieur le rapporteur, il arrive que vous prôniez la stricte application de la directive, mais pas toujours : c'est une fois oui, une fois non !

Mme la ministre vient de le dire : le paquet neutre n'est pas la seule solution. Ce n'est même pas une solution certifiée, ni valable. La directive, elle...

Mme la présidente. Merci monsieur le député.

La parole est à M. Arnaud Viala, pour soutenir l'amendement n° 257.

M. Arnaud Viala. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié, pour soutenir l'amendement n° 275.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à annuler l'introduction du paquet neutre dans notre droit national. Comme beaucoup, nous n'y serions pas opposés s'il devenait la règle dans l'ensemble des pays européens. Mais ce n'est pas le cas aujourd'hui.

Il n'est pas non plus question de nier les effets néfastes de la consommation de tabac sur la santé ni sa corrélation avec des maladies cardio-vasculaires ou le cancer. Mais soyons clairs : pour l'année 2014, le marché parallèle, qu'il s'agisse de la contrebande ou de la contrefaçon, représente plus de 25 % de la consommation. Aller plus loin que la directive européenne qui introduit une harmonisation au travers du paquet européen en mai 2016 aura pour conséquence d'accentuer les trafics de contrebande et, de fait, d'augmenter la perte de recettes fiscales.

Madame la ministre, vous citez l'exemple de l'Australie. Mais c'est une île, et donc un marché fermé, ce qui n'est pas le cas de l'Europe. Comme cela a été rappelé par nombre d'entre nous, l'introduction du paquet neutre aura également de graves conséquences sur l'activité des buralistes, notamment en milieu rural : 1 200 d'entre eux ont disparu en 2014, et plus de 900 depuis le début de 2015. Notre collègue Frédéric Barbier a rendu un rapport sur cette question : il serait utile de s'en inspirer. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe radical, républicain, démocrate et progressiste.*)

Mme la présidente. Sur les amendements de suppression n° 5 et identiques, je suis saisie par le groupe Les Républicains ainsi que par le groupe de l'Union des démocrates et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

Vous avez la parole, monsieur Breton, pour soutenir l'amendement n° 497. Mais vous avez déjà parlé sur l'article...

M. Xavier Breton. Très rapidement, madame la présidente, cet amendement vise à annuler la mise en place du paquet neutre, pour trois raisons : aucune étude d'impact ne montre son efficacité dans la lutte contre le tabagisme, il existe un vrai risque de favoriser un marché parallèle déjà évalué à plus de 26 % du tabac consommé dans notre pays, et enfin cette sur-transposition d'une directive européenne viendra fragiliser la situation déjà difficile des buralistes, commerces de proximité si importants pour la vie sociale de nos quartiers et de nos villages.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 505.

M. Bernard Accoyer. Juste une question pour Mme la ministre, puisque tous les arguments ont déjà été développés. Il existe au sein de la majorité un groupe, le groupe écologiste, qui est favorable la légalisation du cannabis.

Plusieurs députés du groupe SRC. Ah !

M. Bernard Accoyer. La vente de cannabis dans les bureaux de tabac se fera-t-elle, comme je le suppose, sous paquet neutre ? (« Très bien ! » sur les bancs du groupe Les Républicains.)

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Ça valait le coup.

Mme la présidente. La parole est à M. Frédéric Barbier, pour soutenir l'amendement n° 778.

M. Frédéric Barbier. C'est un amendement de suppression du paquet neutre tel qu'il est présenté en l'état. Avec 78 000 décès par an liés au tabac, la France doit prendre toutes les mesures nécessaires pour lutter contre le tabagisme. Comme vous, madame la ministre, je pense que le paquet neutre peut être une mesure utile. Cependant, nous divergeons quant à sa mise en œuvre.

Pour réduire la consommation de tabac, la solution doit être européenne, pas franco-française. Les ventes de tabac dans le réseau légal que constituent les buralistes ont en effet baissé de 20 % au cours des quatre dernières années, passant de 55 à 45 milliards de cigarettes vendues. Pourtant, sur la même période, la consommation de tabac a, elle, progressé d'environ 7 %. Quel paradoxe ! Alors que les ventes baissent dans le réseau légal, la consommation augmente.

Ainsi, le marché parallèle, avec des cigarettes à bas prix, remplace progressivement la vente légale du tabac, faisant perdre environ 3 milliards d'euros aux finances de l'État et 250 millions aux buralistes. Pendant ce temps, 6 000 buralistes ont fermé leur établissement depuis dix ans, dont plus d'un millier l'an passé.

La directive européenne du 3 avril 2014 propose que les messages sanitaires occupent 65 % de la surface du paquet, contre 40 % actuellement. L'adoption de ce « paquet directive » serait un premier pas, qui pourrait permettre ensuite à la Commission européenne d'évaluer par une étude d'impact les effets du paquet neutre avant de l'instaurer, nous laissant le temps à nous, Français, d'étudier également l'impact sur les commerces de proximité que sont nos bureaux de tabac.

Le rapport sur l'avenir des buralistes que j'ai remis comporte bon nombre de propositions pour faire diminuer le tabagisme en France tout en assurant la nécessaire diversification de nos buralistes vers plus de commerce de proximité.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Razzy Hammadi.

M. Razzy Hammadi. Je soutiens l'amendement de Frédéric Barbier avec un argument qui n'a pas encore été évoqué.

Il y a quinze jours, j'ai déposé en loi de finances rectificative un amendement tendant à augmenter la fiscalité sur le tabac, et plus particulièrement sur les tabacs à bas prix afin de cibler ceux qui, comme l'a souligné Mme la ministre, touchent les plus jeunes, ceux qui commencent à fumer.

Il y a un consensus pour dire qu'il faut choisir entre le paquet neutre et l'augmentation de la fiscalité. Or, vous avez cité l'exemple d'un certain nombre de pays ici ou là, mais s'il n'y a pas dans le cadre européen de mesure commune, la France sera demain le seul pays n'étant pas une île à instaurer le paquet neutre. Le seul ! Le Canada ne l'a pas encore fait.

La semaine prochaine, nous examinerons le projet de loi de finances rectificative. Je souhaite donc que nous adoptions un amendement tendant à augmenter la fiscalité du tabac qui cible les paquets peu chers, dont les principales victimes sont les jeunes. Et cet amendement ne sera pas adopté, vous le savez tous ici, si le paquet neutre est voté.

Il n'y a pas les bons d'un côté et les mauvais de l'autre, il y a des manières différentes d'attaquer les choses. Je soutiens donc l'amendement de M. Barbier.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je vais dans le même sens. Frédéric Barbier a réalisé un rapport extrêmement sérieux sur ce sujet, pas obligatoirement en phase avec le Gouvernement, et je tiens à rendre hommage à son travail et à celui de ses collègues du groupe socialiste.

Nous sommes à un moment politique tout à fait particulier. La question qui se pose est très simple : voulons-nous, de façon assez binaire, soutenir le Gouvernement sur un sujet qui est devenu une icône de sa politique, ou être capables de dépasser ces clivages et nous demander si c'est une véritable question de santé publique ?

Un certain nombre de mes collègues socialistes ont eu le courage de ne pas suivre strictement le Gouvernement, et M. le président Le Roux n'a pas été très convaincant tout à l'heure. Je les appelle à être, en toute conscience, cohérents avec les amendements courageux qu'ils ont signés. Je les félicite d'avoir été capables de s'opposer au Gouvernement sur ce sujet. J'ai le plus grand respect pour votre majorité, mes chers collègues, mais cette question n'est pas un marqueur de votre majorité. En cette période de concorde nationale, je pense qu'il serait normal que vous soyez en cohérence avec les amendements que vous avez signés.

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Le Roux.

M. Bruno Le Roux. Je trouve touchant que, dans un moment où l'on se plaint souvent d'un repli un peu trop nationaliste, tout le monde en appelle à l'Europe pour une harmonisation de la lutte contre le tabagisme.

M. François Rochebloine. Ce n'est pas nouveau !

M. Bruno Le Roux. Comme si nous ne pouvions pas prendre nos propres responsabilités sur cette question ! Nous avons pourtant établi un cadre, je l'ai évoqué tout à l'heure, pour lutter contre le trafic et la contrebande.

J'ai personnellement demandé à Frédéric Barbier d'animer un groupe de travail, qui était ouvert, sur la situation des buralistes. Il a abouti à de multiples propositions, qu'il faut prendre dans leur cohérence. Il n'a jamais été proposé d'abandonner le paquet neutre dans ce rapport. Des questions étaient posées, mais il y avait des éléments globaux permettant de conforter le rôle des buralistes sur le territoire, d'élargir leurs missions. Il n'a jamais été proposé d'annuler le paquet neutre, tant celui-ci est partie intégrante de la politique de santé publique menée par le Gouvernement, que nous devons mettre en œuvre.

C'est pour cela que, de façon résolue, nous voterons contre les amendements de suppression du paquet neutre.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 5, 23, 89, 257, 275, 497, 505 et 778.

(Il est procédé au scrutin.)

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 114 |
| Nombre de suffrages exprimés | 110 |
| Majorité absolue | 56 |
| Pour l'adoption | 54 |
| contre | 56 |

(Les amendements identiques n^{os} 5, 23, 89, 257, 275, 497, 505 et 778 ne sont pas adoptés.)

(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.)

Mme la présidente. Nous poursuivons avec des amendements en discussion commune.

Je suis saisie de trois amendements identiques, n^{os} 1, 58 et 486.

La parole est à M. Jean-Louis Dumont, pour soutenir l'amendement n^o 1.

M. Jean-Louis Dumont. C'est un amendement de repli, qui permet d'insérer le texte initialement voulu par les instances européennes.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 58.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 486.

M. Bernard Accoyer. Défendu.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. J'aimerais d'abord savoir, madame la ministre, comment vous réussirez à faire respecter l'interdiction de fumer dans les voitures et l'interdiction de fumer dans les aires de jeux.

Par ailleurs, vous avez préféré le paquet neutre à une augmentation du prix du tabac. Nous en avons débattu en première lecture avec Mme Delaunay, et c'est le choix que vous avez fait. Nous vous avons posé la question de l'harmonisation européenne et vous nous aviez répondu que vous y travailliez. Mais à aucun moment ce soir je ne vous ai entendue nous dire précisément les mesures que vous avez prises, les rencontres que vous avez faites pour ce faire. *(Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.)* Nous vous avons entendu, vous, monsieur le rapporteur, mais nous n'avons pas entendu Mme la ministre nous dire ce qu'elle avait mis à son agenda pour travailler à l'harmonisation européenne.

(Les amendements identiques n^{os} 1, 58 et 486 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Lazaro, pour soutenir l'amendement n^o 4.

M. Thierry Lazaro. Il est retiré.

(L'amendement n^o 4 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 179 et 751.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 179.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n^o 751.

M. Arnaud Richard. Face à un constat dramatique, nous ne pouvons que constater l'insuffisance des politiques publiques menées jusqu'à présent. Compte tenu de ces interrogations et conscients des enjeux en termes de santé publique, nous proposons de substituer au paquet neutre des paquets de cigarettes comportant des avertissements généraux et des avertissements sanitaires combinés qui recouvrent 65 % de la surface extérieure avant et arrière de l'unité de conditionnement.

C'est un bon amendement, que je conseille à tous mes collègues d'adopter.

(Les amendements identiques n^{os} 179 et 751, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques, n^{os} 31, 62, 180 et 346.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 31.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Robert Olive, pour soutenir l'amendement n^o 62.

M. Robert Olive. Cet amendement vise à extraire le papier à rouler les cigarettes du dispositif de lutte contre le tabagisme. Je l'avais déjà déposé en première lecture et, à ce jour, aucune réponse ne m'a été apportée.

J'ai la conviction que l'industrie du tabac et l'industrie papetière sont deux domaines bien distincts et que l'amalgame concernant leur responsabilité conjointe dans le tabagisme n'est tout simplement pas admissible.

Nous avons sur le sol français, dans le département des Pyrénées-Orientales, le leader mondial du papier à rouler, qui emploie par ailleurs 200 personnes dans un département particulièrement touché par le chômage. Ce département frontalier avec l'Espagne ainsi qu'avec l'Andorre souffre cruellement de la concurrence en matière de prix. L'entreprise, qui exporte dans plus de 100 pays au monde un papier de qualité, reconnu pour sa finesse, ne pourra qu'être impactée par cette mesure, au profit bien sûr des concurrents étrangers.

On peut d'ailleurs noter que ni la législation australienne en vigueur ni les législations en cours d'adoption en Irlande et en Angleterre, qui imposent le paquet neutre, ne s'attachent au papier à rouler. Ce n'est d'ailleurs pas le cas non plus de la directive européenne sur laquelle se fonde la mise en place du paquet neutre en France, tout simplement car le papier à rouler n'est qu'un produit connexe.

Pour l'ensemble de ces raisons, il est opportun d'exclure le papier à rouler du dispositif adopté en commission des affaires sociales.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 180.

M. Dominique Tian. Patrick Hetzel a également soulevé ce problème industriel qui serait un effet collatéral extrêmement brutal de la taxation du papier à cigarette et du papier à rouler. L'outil industriel qui fabrique ce papier à rouler est ainsi mis en péril sans intérêt particulier. Le papier, lui, continuera à être vendu, et peut-être à servir à rouler des joints, mais il sera de plus mauvaise qualité, fabriqué en contrebande et importé frauduleusement sur notre territoire. Je vous propose donc de supprimer à l'alinéa 2 les mots « , le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes », comme Patrick Hetzel aurait aimé le faire à ma place.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Aubert, pour soutenir l'amendement n^o 346.

M. Julien Aubert. Il est défendu.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Comme cela a été rappelé, c'est effectivement Patrick Hetzel, en commission, qui a posé la question du papier. Je me suis également interrogé et j'ai cherché des réponses. Le risque, c'est que les cigarettiers ne se retournent vers le papier pour en faire un objet marketing comme l'est actuellement l'emballage extérieur des paquets de cigarettes.

Aujourd'hui, à de rares exceptions près, le papier est blanc. Seuls des pays étrangers fabriquent du papier de couleur. Nous ne souhaitons pas que l'extension du marketing cigarettier touche demain le papier lui-même. C'est pourquoi il a été intégré dans cet article. Cela est permis par la directive européenne, au 3. de son article 24. Je pense que la France a eu raison de retenir cette option. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 31, 62, 180 et 346, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n^{os} 3, 117, 266, 274, 798, 2, 46, 113 et 273, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 3, 117, 266, 274 et 798 sont identiques.

La parole est à M. Jean-Louis Dumont, pour soutenir l'amendement n^o 3.

M. Jean-Louis Dumont. Cet amendement vise à ce que l'article 5 *decies* ne s'applique qu'en 2020.

Mme Véronique Louwagie. C'est un très bon amendement !

M. Jean-Louis Dumont. C'est la recommandation n^o 18 du rapport Barbier sur l'avenir des buralistes qui nous a conduits à vouloir ajourner la mise en œuvre du paquet neutre, laquelle doit s'appuyer sur des études d'impact. Cette évaluation serait très intéressante, ne serait-ce que pour pouvoir appliquer avec conviction, expertise et force une vraie politique de prévention contre le tabac.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 117.

M. Jean-Pierre Door. Il va dans le même sens, en espérant que l'étude d'impact pourra être faite d'ici à 2020.

Mme la présidente. La parole est à M. François Rochebloine, pour soutenir l'amendement n^o 266.

M. François Rochebloine. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié, pour soutenir l'amendement n^o 274.

Mme Jeanine Dubié. Défendu également.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 798.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 3, 117, 266, 274 et 798, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Nous en venons à une nouvelle série d'amendements identiques n^{os} 2, 46, 113 et 273. La parole est à M. Jean-Louis Dumont, pour soutenir l'amendement n^o 2.

M. Jean-Louis Dumont. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est, pour soutenir l'amendement n^o 46, à M. Julien Aubert, que je ne vois pas...

M. Julien Aubert. Je suis là !

Mme la présidente. Pardon, monsieur Aubert, vous avez changé de place !

M. Julien Aubert. Je sais, je suis mobile ! *(Sourires.)*

Madame le ministre, *Errare humanum est, perseverare diabolicum*. Le paquet neutre est passé. En 2017, il y aura des échéances qui permettront peut-être de revenir sur cette mesure qui me semble très mauvaise pour les buralistes. En attendant, je ne puis que vous enjoindre de revoir le dispositif temporel, à défaut de revoir le dispositif graphique. J'espère que nous pourrions repousser l'application

de la mesure, afin de permettre, plus sérieusement, aux buralistes de s'adapter à ce qui s'annonce comme un véritable choc économique pour ce réseau.

Mme la présidente. Sur l'article 5 *decies*, je suis saisie par le groupe de l'Union des démocrates et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 113.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié, pour soutenir l'amendement n° 273.

Mme Jeanine Dubié. Défendu également.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Avis défavorable. L'application de la mesure doit se faire en 2016.

(Les amendements identiques n°s 2, 46, 113 et 273, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 5 *decies*.

(Il est procédé au scrutin.)

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------|----|
| Nombre de votants | 96 |
| Nombre de suffrages exprimés | 93 |
| Majorité absolue | 47 |
| Pour l'adoption | 54 |
| contre | 39 |

(L'article 5 decies est adopté.)

(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.)

f. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618

Article 5 *decies*

I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-6-1.* – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

« Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports. »

II. – *(Non modifié)*

2. Sénat

a. Séance publique du 14 décembre 2015

Néant

b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015

Néant

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 41 de la loi Santé (ex art. 8)

Conférer un cadre législatif à la politique de réduction des risques afin de sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers de drogues

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|---|----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| II. Consolidation | 5 |
| III. Travaux parlementaires..... | 8 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| (AN NL) Article 41 | 4 |
| II. Consolidation | 5 |
| A. Le code de la santé publique | 5 |
| - Article L. 3121-3 | 5 |
| - Article L. 3121-4 | 5 |
| - Article L. 3411-8 (nouvel article) | 5 |
| - Article L. 3121-5 | 5 |
| - Article L. 3411-3 | 6 |
| - Article L. 3411-10 | 7 |
| III. Travaux parlementaires..... | 8 |
| A. Première lecture | 8 |
| 1. Assemblée nationale | 8 |
| a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014..... | 8 |
| 1 - Exposé des motifs | 8 |
| a. Etude d'impact..... | 9 |
| b. Amendements adoptés en commission..... | 18 |
| - Amendement n° AS1711 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton..... | 19 |
| - Amendement n° AS1728 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton..... | 19 |
| - Amendement n° AS104, présenté par M. Véran, rapporteur..... | 19 |
| - Amendement n° AS1227, présenté par Mme Orliac, M. Claireaux et M. Krabal..... | 20 |
| - Amendement n° AS1310 présenté par M. Letchimy, Mme Orphé, Mme Berthelot, Mme Bareigts et M. Jalton | 20 |
| - Amendement n° AS1729 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton..... | 21 |
| - Amendement n° AS1713 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton..... | 21 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 16h15..... | 22 |
| d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015 | 26 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 34 |
| - Amendement n° 2180 présenté par Mme Lemorton, Mme Pinville, M. Aviragnet, M. Aylagas, M. Bapt et a..... | 34 |
| - Sous-amendement n° 2447 présenté par M. Claireaux et Mme Orliac à l'amendement n° 2180 de Mme Lemorton..... | 34 |
| - Amendement n° 955 présenté par M. Lambin | 35 |
| f. Discussion en séances publiques | 35 |
| - Première séance du mardi 7 avril 2015 | 35 |
| g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture..... | 69 |
| 2. Sénat | 70 |
| a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015..... | 70 |
| b. Amendements adoptés en commission..... | 71 |
| - Amendement n° COM-155, présenté par M. Barbier..... | 71 |
| - Amendement n° COM-162, présenté par M. Commeinhes..... | 72 |
| - Amendement n° COM-235, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du Groupe écologiste | 72 |
| - Amendement n° COM-298, présenté par M. Amiel..... | 73 |
| - Amendement n° COM-119, présenté par M. Chasseing | 73 |
| c. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015 | 74 |
| d. Amendements présentés en séance publique | 76 |
| - Amendement n° 872 rect. bis présenté par MM Amiel, Barbier, Mézard et a | 76 |

| | |
|--|-----------|
| e. Séance publique du 17 septembre 2015 | 76 |
| f. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 85 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord)..... | 86 |
| C. Nouvelle lecture | 86 |
| 1. Assemblée nationale | 86 |
| a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015 | 86 |
| b. Amendement adopté en commission..... | 87 |
| - Amendement n° AS 352 présenté par M. Sebaou, rapporteur..... | 87 |
| c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 21h30, compte rendu n° 13..... | 87 |
| d. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales | 90 |
| e. Compte rendu intégral des débats, première séance du vendredi 27 novembre 2015... | 93 |
| f. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618 | 96 |
| 2. Sénat | 97 |
| a. Séance publique du 14 décembre 2015 | 97 |
| b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015 | 97 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 41 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

~~1° A~~ 1° L'article L. 3121-3 devient l'article ~~L. 3411-6~~ L. 3411-7 et, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

~~4°~~ 2° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

~~1° bis A~~ 3° Après l'article ~~L. 3411-6~~ L. 3411-7, tel qu'il résulte du 1° ~~1° A~~ du présent article, il est inséré un article ~~L. 3411-7~~ L. 3411-8 ainsi rédigé :

« ~~Art. L. 3411-7~~ Art. L. 3411-8. – I. – La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« ~~II bis~~ III. – L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« ~~III~~ IV. – La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;

~~1° bis~~ 4° L'article L. 3121-5 devient l'article ~~L. 3411-8~~ L. 3411-9 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

~~2° (Supprimé)~~

~~3°~~ 5° Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article ~~L. 3411-7~~ L. 3411-8 ; »

b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er bis} intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles ~~L. 3411-6~~ L. 3411-7 à ~~L. 3411-8~~ L. 3411-9, tels qu'ils résultent des ~~1° A~~, ~~1° bis A~~ et ~~1° bis~~ 1°, 3° et 4° du présent article ;

c) Le même chapitre I^{er bis} est complété par un article ~~L. 3411-9~~ L. 3411-10 ainsi rédigé :

« Art. ~~L. 3411-9~~ L. 3411-10. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

II. Consolidation

A. Le code de la santé publique

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre Ier : Lutte contre les maladies transmissibles

Titre II : Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles

- Article L. 3121-3

Article ~~L3121-3~~ **L.3411-7**

La définition de la politique de réduction des risques **et des dommages** en direction des usagers de drogue relève de l'Etat.

- Article L. 3121-4

Article ~~L3121-4~~

~~La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.~~

- Article L. 3411-8 (nouvel article)

I– La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

- Article L. 3121-5

Article ~~L3121-5~~ **L. 3411-9**

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques **et des dommages**. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux

prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Les actions de réduction des risques **et des dommages** sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.

Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre IV : Lutte contre la toxicomanie

Titre Ier : Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes

Chapitre Ier : Dispositions générales.

- Article L. 3411-3

Un Institut national de l'enseignement, de la recherche, de l'information et de la prévention sur les toxicomanies a pour mission de coordonner toutes les actions relevant de l'Etat et de poursuivre toutes recherches utiles, tant fondamentales que cliniques, dans le domaine de la pharmacodépendance et de la toxicomanie.

La mission de coordination de l'Etat assurée par l'institut concerne :

- la formation des personnels mis en contact, selon des modalités diverses, avec les toxicomanes ;
- la recherche scientifique selon les différents éléments qui constituent les facteurs profonds en jeu dans les causes, la prévention ou le traitement des toxicomanies ;
- l'information en exploitant tous les moyens nécessaires de réponses adéquates aux préoccupations des particuliers, des collectivités et des organismes publics ou privés portant sur tout ce qui se trouve impliqué au niveau théorique ou pratique dans le phénomène " toxicomanie " ;
- l'étude des conditions d'application de la législation relative aux stupéfiants et la définition de toutes propositions à cet égard.

La mission de recherche assurée par l'institut a pour objectif de définir :

- les mécanismes d'action des drogues entraînant une dépendance, c'est-à-dire un comportement orienté vers la recherche et la consommation d'une drogue en quantité nuisible à la santé du consommateur et à la société ;
- les antidotes aux effets nocifs des drogues entraînant la dépendance ainsi que les meilleures méthodes pour traiter et réhabiliter les toxicomanes et les pharmacodépendants ;
- à l'aide d'enquêtes épidémiologiques, la distribution de la consommation des principales drogues entraînant la dépendance, suivant les modes statistiques de l'épidémiologie contemporaine ;
- **la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-8**
- sur les bases de ces données scientifiques, un enseignement destiné à la formation des personnels chargés de la prévention, du traitement et de la réhabilitation des sujets pharmacodépendants et toxicomanes.

Chapitre Ier bis (nouveau)

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre IV : Lutte contre la toxicomanie

Titre Ier : Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes

Chapitre I^{er} bis : Réduction des risques et des dommages

Partie législative

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

Livre IV : Lutte contre la toxicomanie

Titre Ier : Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes

Chapitre I^{er} bis : Réduction des risques et des dommages

- **Article L. 3411-10**

Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Article 8 : La politique de réduction des risques (RDR) est l'un des succès les plus marquants pour la santé publique dans notre pays. Elle a ainsi permis de voir la proportion d'usagers de drogues contaminés par le VIH passer de 30 % dans les années 1990 à 10 % en 2011, et ils ne représentent plus que 1 % des diagnostics de séropositivité.

Ce succès doit être préservé et enrichi. L'injection continue de jouer un rôle essentiel dans la transmission de maladies infectieuses véhiculées par le sang (VIH, VHC), et tout particulièrement en prison. Pour combattre des contaminations encore trop nombreuses, l'objectif du Gouvernement est de donner un nouvel élan à la politique de RDR, qui doit par essence continuellement s'adapter pour faire face aux évolutions des publics consommateurs, des produits consommés et des modes de consommation. La présente disposition entend lui conférer un cadre législatif afin de sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers de drogues, autoriser le nécessaire développement de stratégies d'action innovantes, en tenant compte des dispositions de la loi pénale et pour ce qui concerne les actions de réduction des risques en détention, des contraintes spécifiques du milieu carcéral.

Article 8

Le chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3121-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 3121-4.* – I. – La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant :

« 1° À délivrer des informations sur les risques associés à l'usage de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° À orienter les usagers de drogues vers les services sociaux, les services de soins généraux, de soins spécialisés afin de mettre en œuvre un parcours de soin adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique ;

« 3° À promouvoir et distribuer des matériels destinés à la réduction des risques ;

« 4° À promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des produits mentionnés au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation.

« III. – La politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;

2° Après l'article L. 3121-5, il est inséré un article L. 3121-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3121-6.* – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

a. Etude d'impact

CHAPITRE III : SOUTENIR ET VALORISER LES INITIATIVES DES ACTEURS POUR FACILITER L'ACCÈS DE CHACUN À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ (ARTICLES 7 À 9)

I. DIAGNOSTIC

I. 1 Nécessité de donner des outils de dépistage rapide des maladies transmissibles

I. 1.1. Généralisation des tests rapides d'orientation diagnostique

En dépit d'une activité de dépistage extrêmement importante en France (environ 5 millions) près d'un tiers des personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH sont dépistées à un stade avancé de l'infection et 30 000 personnes ignorent encore leur séropositivité, ce qui représente une augmentation des complications pour le patient et des risques de transmission de l'infection à d'autres personnes.

Face à ce constat, le Conseil national du Sida (CNS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont recommandé une banalisation de la proposition d'un test en dehors de tout contexte de prise de risque, une réorganisation du dispositif pour aller au devant des populations notamment dans les territoires isolés, une offre de dépistage communautaire plus attractive, notamment les personnes les plus exposées, pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les femmes migrantes.

Suite à la parution de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, l'ensemble des TROD (infection à VIH, paludisme, streptocoques A, diabète, ...) ont été sortis du champ de la biologie médicale et les modalités de leur utilisation peuvent être définies par arrêté (L.6211.3 du code de la santé publique). Un arrêté du 11 juin 2013 est venu déterminer la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.

Un premier arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence était déjà intervenu pour fixer les conditions de réalisation du TROD VIH dans les situations d'urgence et pour ouvrir cette possibilité aux professionnels de santé, en plus des biologistes.

L'utilisation des TROD a ensuite été élargie par un second arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2), à tous professionnels médicaux et paramédicaux, hors contexte d'urgence, ainsi qu'à des intervenants associatifs exerçant dans des associations habilitées par les Agences régionales de santé (ARS).

I.1.2 Améliorer le dépistage des infections transmissibles en élargissant l'offre de dépistage à certaines personnes exposées ou vulnérables

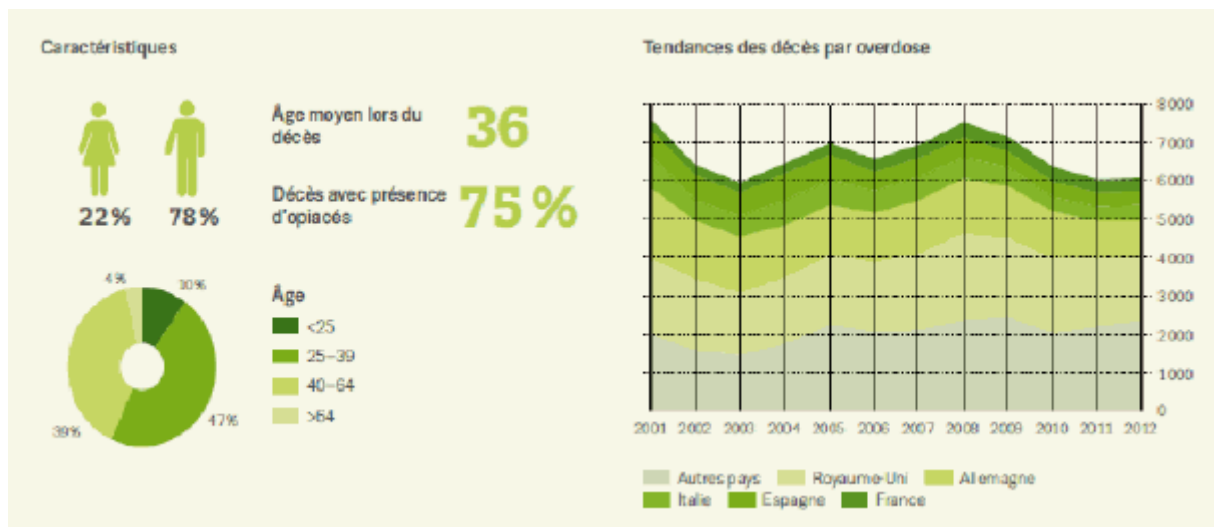
Un des enjeux majeurs du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 est d'améliorer le dépistage, notamment le dépistage précoce de l'infection à VIH. Dépister précocement représente à la fois un bénéfice pour la personne mais aussi pour la collectivité en réduisant le risque de transmission dans la population par la mise sous traitement des personnes séropositives. Néanmoins, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité est encore estimé à 30.000. Ce constat justifie de continuer à promouvoir la démarche de dépistage en diversifiant les occasions et les moyens de se faire tester, tout en concentrant les efforts en faveur des personnes les plus exposées ou éloignées du système de santé.

Comme suite à une saisine d'août 2012 de la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Conseil national du sida (CNS) a rendu le 22 mars 2013 un rapport constatant une insuffisance du dispositif actuel pour répondre aux nouveaux enjeux du dépistage et a émis un avis favorable pour la mise à disposition des autotests VIH en France. De même, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a publié le 25 mars 2013 un avis sur les problèmes éthiques posés par la commercialisation de tels tests en France, précisant notamment que leur mise à disposition répondrait aujourd'hui à « une nécessité de santé publique ».

I. 2 Nécessité de réaffirmer la politique de réduction des risques pour consolider les actions déjà mises en œuvre ou à mener

I.2.1 Des pratiques de consommation, facteur de risque de mortalité par surdose et de morbidité infectieuse

Les usagers de drogue, en général polyconsommateurs, qui utilisent de façon régulière des opiacés et d'autres substances, comme la cocaïne, s'exposent à des risques de surdoses. Après une forte baisse des overdoses suite à la mise en place d'un accès large aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) dès 1995, le nombre de décès par surdose a de nouveau commencé à augmenter en 2004 et de manière modérée pour atteindre un nombre de 392 en 2010. Plusieurs produits sont impliqués dans ces décès mais les plus représentés sont les opiacés, qu'il s'agisse de l'héroïne ou d'opiacés médicamenteux. Les données de l'enquête DRAMES font apparaître en 2011 une proportion de décès par surdose principalement imputée à l'héroïne de 15%, en nette baisse par rapport à la période 2006-2010 durant laquelle cette proportion était comprise entre 32% et 40%, et une proportion de morts causés par des médicaments de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine haut dosage- BHD) représentant 50% des décès.



Les usagers de drogue qui utilisent la voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés aux problèmes de santé liés à leur consommation de drogue. Cette voie reste le mode d'administration qui augmente le plus sensiblement les risques en matière de maladies infectieuses, en raison du partage du matériel d'injection (seringues, cuillères, filtre, eau...). L'injection de drogue continue donc de jouer un rôle essentiel dans la transmission de maladies infectieuses véhiculées par le sang, telles que le VIH/SIDA et l'hépatite C.

Par ailleurs, au risque infectieux s'ajoutent les autres complications auxquelles s'exposent les usagers de drogues (UD) injecteurs telles que : système veineux détérioré, infections bactériennes ou mycosiques. Par voie sanguine, ces affections peuvent essaimer à distance, entraînant des pathologies très lourdes (septicémies, endocardites, arthrites...), qu'aucune donnée ne permet actuellement de quantifier.

En 2011, selon l'enquête Coquelicot InVS-INSERM, 11 % des personnes ayant pratiqué l'injection ou le sniff au moins une fois dans leur vie étaient infectées par le VIH et 44% par le VHC. Les séroprévalences du VIH et VHC augmentent régulièrement avec l'âge. Chez les moins de 30 ans, la séroprévalence du VIH est de 0,6% et celle du VHC est de 9%.

En outre, les données concernant la santé des personnes détenues, et notamment le taux de contamination par le VIH et le VHC, sont préoccupantes : une prévalence du VIH (2 %) et du VHC (4,8 %) 6 fois plus élevée qu'en milieu libre ; une proportion importante des infections détectées au cours de l'incarcération (1 sur 4 pour le VIH, 1 sur 5 pour le VHC) et des pratiques à risque comme le partage de matériel d'injection.

Les principaux éléments contextuels récemment observés accroissant les risques de transmission de l'hépatite C sont notamment les pratiques d'injection de groupe et la consommation dans des lieux insalubres et dans la précipitation (dans des espaces publics peu propices : parking, cages d'escalier).

Par ailleurs, les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale, que ce soit en termes de logement, de revenu d'emploi, ou de couverture sociale. Depuis une dizaine d'années, de nouveaux groupes de populations précaires recourent aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD) : des jeunes dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou des migrants totalement démunis, notamment en provenance d'Europe de l'Est. Ces usagers de drogues adoptent souvent des conduites d'usage radicales (poly-usage anarchique, injections fréquentes), vivent dans des conditions de précarité souvent extrêmes et se rapprochent peu des systèmes de soins.

Ces nouveaux usagers précaires méconnaissent pour la plupart d'entre eux les pratiques de réduction des risques.

I.2.2 Définition des objectifs et modalités de la politique de réduction des risques

La réduction des risques désigne les politiques, les programmes et les interventions dont l'objectif est de prévenir, réduire et remédier aux effets néfastes liés à l'usage de drogues et aux comportements addictifs sur les personnes et sur la collectivité. Elle constitue un moyen d'atteindre des objectifs d'amélioration dans les domaines de la santé publique, de la sécurité et de la protection sociale, en contribuant à atténuer les problèmes sanitaires, sociaux, juridiques et économiques liés à l'usage de substances psychoactives.

La mise en place des premières mesures de réduction des risques au cours des années 1990 a abouti à des succès indéniables : la mise à disposition de matériel d'injection stérile, ainsi que le développement des programmes de substitution aux opiacés ont permis de diviser par quatre le nombre de contaminations par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) chez les usagers de drogues.

Toutefois, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) n'a pas diminué dans les mêmes proportions et demeure, aujourd'hui encore, élevée.

Le contexte de l'usage de drogues a fortement évolué : les produits consommés se sont diversifiés (injections de médicaments, de produits de synthèse, de cocaïne basée...), tout comme les publics et les contextes de consommation. Une forte majorité des usagers de drogues se distinguent désormais par des pratiques de polyconsommation, cumulant l'usage d'alcool, de médicaments et de substances illicites. Ces pratiques représentent un facteur de risque supplémentaire.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précisait les objectifs de la politique de réduction des risques tout en renvoyant les modalités d'action à un référentiel national adopté par décret. Le succès des mesures de RDR mises en place dans cette période ne peut se maintenir et se poursuivre que si le dispositif évolue et s'adapte. En

effet, le contexte épidémiologique des usages de produits psychoactifs a connu des évolutions profondes (diffusion de l'usage de cocaïne, essor des nouveaux produits de synthèse, possibilité de se fournir sur internet). Les réponses sanitaires ont également évolué en intégrant la RDR dans le parcours de soins des usagers et en développant les partenariats entre intervenants.

Par définition, la politique de réduction des risques doit continuellement s'adapter pour faire face aux évolutions des publics consommateurs, des produits consommés et des modes de consommation. Elle doit aussi identifier les publics émergents et s'adapter à leurs spécificités, afin de contribuer à intégrer ces nouveaux publics dans un parcours de soin. La prise en compte du milieu carcéral doit également être précisée.

I.2.3 Nécessité de recourir à l'expérimentation de nouvelles stratégies de réduction des risques, telle que la salle de consommation à moindre risque (SCMR)

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, piloté par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, ex- MILDT), l'expérimentation d'un nouveau dispositif de réduction des risques en direction des toxicomanes a reçu l'accord du Gouvernement.

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont des structures où les usagers de drogues peuvent consommer des drogues qu'ils apportent, de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision d'un personnel qualifié.

Le dispositif des SCMR s'attache à prévenir les dommages liés aux drogues pour l'individu lui-même (maladies, marginalisation) ainsi que les troubles à l'ordre public (usage de drogues dans les lieux publics). Elles ont aussi pour but de rapprocher les usagers du dispositif spécialisé de soins.

Historiquement, les centres de consommation supervisée ont vu le jour sous l'influence de plusieurs phénomènes: l'amplification de la consommation de drogues par injection (héroïne, cocaïne, médicaments), l'arrivée de l'épidémie de VIH et de VHC, la présence croissante de consommateurs de drogues en situation d'extrême précarité sociale, souvent sans domicile fixe et consommant des drogues dans l'espace public.

La première salle de consommation implantée en Europe remonte au milieu des années 1980 (Berne, 1986). Actuellement, il existe des salles de consommation supervisée dans 9 pays (39 villes européennes) : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse. Ces centres poursuivent des objectifs de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues et pour la communauté, dans les domaines de la santé publique et de l'ordre public.

Encadrés par des professionnels (médecins, infirmier(ère)s, travailleurs sociaux et tout autre professionnel formé pour répondre à des situations d'urgence sanitaire chez les usagers de drogues), ces salles constituent des espaces qui offrent aux usagers de drogues un cadre d'usage d'injection sécurisé, en dehors de l'espace public. Elles assurent une promotion de l'hygiène de la consommation (lavage des mains, désinfection), la mise à disposition de matériel stérile, ainsi qu'une supervision de l'injection et l'orientation vers des modes de consommation à risque moindre.

Ce dispositif s'inscrit dans la poursuite des objectifs de la politique de réduction des risques :

- contribuer à réduire chez les usagers injecteurs les risques de surdose et les infections en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile ;
- contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins, afin de lutter contre les addictions ;
- contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution ;

- réduire les nuisances dans l'espace public ;
- atteindre les usagers injecteurs à haut risque et les faire entrer dans un processus de réduction des risques et de soins ;
- améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages;
- encourager les usagers à pratiquer des dépistages afin de connaître leur statut sérologique.

Les études scientifiques ont conclu à une diminution des risques d'abcès et autres maladies liées à l'injection, une diminution des comportements à risque de transmission du VIH/VHC. En 2010, l'expertise collective INSERM sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues commandée par le ministère de la santé enregistre un impact positif sur la RDR ainsi que sur l'accès aux soins.

Les SCMR ont vocation à constituer une composante supplémentaire de l'éventail des outils proposés dans le but de réduire les risques et les dommages et de rapprocher les usagers du dispositif de soins. D'autres éléments de cette palette sont constitués par les traitements de substitution aux opiacés (TSO), la mise à disposition de matériel stérile et les entretiens individualisés de conseil.

En outre, les données de santé des personnes en détention plaident pour des actions spécifiques adaptées aux spécificités du milieu carcéral (sensibilisation à l'entrée en détention ; éducation à la santé sur la réduction des risques, mise à disposition de matériel stérile, etc.).

II. LES OBJECTIFS DE LA REFORME

II.1 Objectifs de la réforme visant à renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Le contexte épidémiologique actuel, notamment dans certains groupes fortement exposés au risque de transmission du VIH, les différents résultats des expérimentations menées à l'étranger et du dispositif des TROD déployé par des associations communautaires montrent l'intérêt de développer une nouvelle offre de dépistage par TROD par des professionnels de santé ou par des non professionnels de santé spécifiquement formés. Celle-ci doit s'inscrire en complémentarité de l'offre locale de dépistage pour répondre à une situation épidémiologique ou géographique spécifique.

La banalisation et l'élargissement de l'utilisation des TROD de l'infection à VIH, aux professionnels de santé, dans et en dehors des lieux de soins, et à des intervenants associatifs, sur la base d'un arrêté pris sur le fondement de l'article L.6211.3 précité est néanmoins apparu fragile au regard de la définition de l'exercice médical. Dans ces conditions, il semble pertinent d'inscrire cette possibilité dans la loi comme cela est déjà le cas pour les examens de détection du paludisme (article L 6211-4 du code de la santé publique).

En raison des évolutions techniques prévues à court et moyen terme en matière de TROD pour les hépatites virales B et C (VHB, VHC) et les IST, la disposition prévoit la possibilité d'un recours aux TROD pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles, dans des conditions définies par arrêté ministériel.

La HAS a en effet recommandé en mai 2014 l'utilisation de TROD VHC afin d'augmenter la couverture du dépistage de l'hépatite C et la proportion de personnes infectées connaissant leur statut vis-à-vis de l'infection. La HAS recommande également l'élargissement de cette utilisation des TROD VHC aux associations s'occupant de VHC et habilitées par les ARS.

S'agissant des autotests, l'objectif est de mettre à disposition un outil de plus pour favoriser le dépistage et faire baisser le nombre de personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir (près de 30 000 personnes en France). Il ne s'agit en aucun cas de substituer les autotests aux traditionnels dépistages par voie sanguine, ni aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Les autotests VIH sont des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV)

destiné par le fabricant à être utilisé par le public dans un environnement domestique. Leur mise sur le marché est conditionnée à l'obtention du marquage CE par le fabricant. Deux autotests VIH sont en cours de marquage CE et l'un d'eux pourrait être mis sur le marché d'ici la fin d'année 2014 en France. En l'état actuel du droit, seul le pharmacien dispose du monopole de la vente au détail et la dispensation de ces autotests.

Afin de favoriser l'élargissement du dépistage aux populations les plus exposées et vulnérables, il est prévu que la délivrance d'autotests VIH (voire d'autres maladies infectieuses transmissibles à l'avenir) puisse, par dérogation au monopole pharmaceutique, être confiée à des structures et opérateurs accueillant ces publics, à savoir les consultations de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH et les hépatites virales, les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues, et les appartements de coordination thérapeutique ainsi qu'à des organismes de prévention sanitaire habilités à réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique VIH.

II. 2 Objectifs de la réforme en matière de réduction des risques

La mesure proposée vise à préciser les contours de la politique de RDR et à expérimenter les salles de consommation à moindre risque, en répondant aux objectifs suivants : définir les objectifs et les modalités d'action de la réduction des risques, lui conférer un cadre législatif afin de sécuriser juridiquement les actions de santé publique menées auprès des usagers de drogues, autoriser le nécessaire développement de stratégies d'action innovantes, en tenant compte des dispositions de la loi pénale. Elle permet d'affirmer que la politique de réduction des risques s'applique au milieu carcéral, dans des conditions adaptées à ce milieu.

III. OPTIONS ET DISPOSITIFS RETENUS

III. 1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Option retenue

Il est proposé, d'une part, de conforter l'utilisation des TROD par des professionnels de santé ou du personnel formé relevant de structures de prévention ou associatives pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles, dans les conditions déjà déterminées par l'arrêté du 9 novembre 2010, et d'autre part, une dérogation au monopole pharmaceutique portant sur la délivrance des autotests par des structures associatives et de prévention sanitaire intervenant auprès des publics les plus exposés et vulnérables. Ces structures ont été identifiées pour le faire au regard de leurs missions et compétences en matière de conseils et information sur la prévention et le dépistage de maladies infectieuses (VIH/IST/hépatites).

III.2 Politique de réduction des risques

III.2.1. Statu quo

L'efficacité de la politique de réduction des risques repose sur la possibilité d'adapter les stratégies d'intervention aux évolutions des pratiques des usagers de drogues, aux complications sanitaires et sociales qu'ils subissent et aux produits les plus utilisés. Les textes existants limitent ces possibilités d'intervention.

Par ailleurs, les dispositions actuelles ne permettent pas d'engager l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. Elles ne permettent pas non plus l'application de la politique de réduction des risques au milieu carcéral.

III.2.2. Option retenue

Dans son avis du 8 octobre 2013, la section sociale du Conseil d'État a rejeté le projet de décret présenté par le gouvernement pour défaut de base légale suffisante, ledit décret ne pouvant autoriser les salles de consommation à moindre risque alors que la loi interdit l'usage

de stupéfiants. Elle a considéré, en effet, que l'article L. 3121-4 du code de la santé publique relatif à la politique de prévention des risques, instauré par la loi du 9 août 2004 pour encadrer le dispositif de remise des seringues n'autorisait pas la supervision de la consommation de stupéfiants.

Une modification du code de la santé publique est donc nécessaire pour y inscrire la définition des objectifs et des modalités d'intervention en RDR, ainsi que la possibilité de mener des expérimentations, dont celles des SCMR, afin d'autoriser le développement de nouvelles stratégies dès lors que leur efficacité est avérée.

Par ailleurs, les dispositions législatives de la RDR doivent être précisées concernant les modalités d'application de cette politique auprès des personnes en détention.

IV. IMPACT DE LA LOI

IV.1. IMPACTS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

IV.1.1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Les expérimentations engagées pour développer les TROD avec des actions menées par des intervenants associatifs spécifiquement formés se sont basées sur un montant forfaitaire de 25€ par test pratiqué. Ce dispositif expérimental est en cours de montée en charge et les moyens financiers afférents au déploiement prévu pour les TROD VHC puis VHB, en plus du VIH, ont été prévus dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

La commercialisation des autotests VIH est attendue en France au troisième trimestre 2014. Les autotests seront en vente libre dans les pharmacies d'officine, à la charge financière exclusive de l'utilisateur.

La mise à disposition gratuite dans l'ensemble des structures de prévention sanitaire et associative visé représenterait un coût évalué à 0,6 M€ par an. S'agissant de la mise à disposition gratuite des autotests par les associations de prévention déjà habilitées par les ARS à réaliser des TROD conformément à l'engagement de la Ministre concernant les publics précaires, le coût de cette mesure a été évalué dans la perspective d'un financement FNPEIS dans la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2014-2017 de l'Assurance Maladie avec l'hypothèse d'un besoin de 20 000 autotests par an (soit 25 % du volume théorique des TROD à réaliser), au tarif unitaire de 20 € à partir de 2015. Sous cette hypothèse, le besoin de financement complémentaire sur la ligne VIH dans le cadre du FNPEIS serait de l'ordre à 0,4 M€/an, ce qui portera le coût total des autotests des associations de prévention pour toute la période de la COG à 1,2 M€/an. S'agissant de la mise à disposition gratuite dans les autres structures type centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG), centres d'information, de dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), etc., le besoin serait de moitié (soit globalement 10 000 autotests annuels pour ces structures) et les financements seraient prévus sur les enveloppes suivantes : missions d'intérêt général (MIG) pour les CDAG (5 000 autotests), fonds d'intervention régional (FIR) pour les CIDDIST (5 000 autotests), soit de l'ordre de 0,2 M€/an.

L'impact financier de la dérogation au monopole pharmaceutique apparaît limité, comparé aux 5,2 millions de sérologies VIH réalisées chaque année (correspondant à 100 M€ à raison d'un coût unitaire de dépistage VIH de 19,31 € prélèvement sanguin compris) et aux 56 000 TROD VIH réalisés par les associations (correspondant à 1,4 M€ à raison d'un forfait de 25 €).

IV.1.2 Politique de réduction des risques et aux salles de consommation à moindre risque.

Impact social

Une réduction de la précarité de la population des usagers de drogues est attendue ainsi qu'une atténuation des conséquences sanitaires et sociales de la consommation de substances psychoactives.

Impact environnemental

L'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque doit permettre de réduire la présence de matériel d'injection à fort risque infectieux dans l'espace public.

IV.2. IMPACTS EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

S'agissant des mesures relatives à la politique de réduction des risques, les mesures envisagées sont bénéfiques dans la mesure où la proportion de femmes polyconsommatrices de drogues illicites est en croissance forte.

Concernant les IST, même si l'incidence du SIDA chez les femmes reste inférieure à celle observée chez les hommes, la part des femmes a progressivement augmenté depuis le début de l'épidémie pour plusieurs raisons. Elles présentent des risques accrus d'infection par le VIH au cours d'un rapport sexuel en raison de facteurs biologiques et de leur vulnérabilité socio-économique entraînant des difficultés tant dans l'accès à l'information et à la prévention, que dans la négociation du recours à un moyen de prévention avec leurs partenaires. Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir contracté une infection sexuellement transmissible (IST). L'augmentation des IST témoigne d'un relâchement des comportements sexuels de prévention pour les femmes comme pour les hommes. Les cas de nouveaux diagnostics concernent principalement les femmes âgées de 25 à 29 ans. A tous les âges, les femmes sont plus touchées par les hommes concernant les IST, comme le prouve l'infographie ci-jointe. ⁵

IV.3. IMPACTS JURIDIQUES

IV.3.1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Le I de l'article 6 relatif aux TROD renforce et précise, au plan juridique, l'utilisation de tels dispositifs, en particulier pour les membres des associations qui utilisent ces tests. Elle prévoit l'information de la personne venant faire un TROD sur les conditions de réalisation du test et sur ses conséquences ainsi que le recueil de son consentement libre et éclairé comme le prévoit la Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine du 4 octobre 1997.

En application de la directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 relative aux DMDIV et du code de la santé publique, la mise sur le marché d'autotests VIH est conditionnée à l'obtention du marquage CE par le fabricant auprès d'un organisme notifié. Pour l'obtenir, le fabricant doit justifier que cet autotest satisfait à des exigences essentielles posées pour les DMDIV et celles additionnelles prévues pour les autodiagnostic. L'organisme notifié examine la demande et, si elle répond à ces exigences, il est chargé de la délivrance au demandeur d'un certificat d'examen CE de la conception.

Le 8° de l'article L.4211-1 du code de la santé publique (CSP) réserve aux pharmaciens, la vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation. En l'état du droit, il est rappelé qu'il n'y a pas de dispositions dans le CSP concernant la vente aux mineurs des dispositifs médicaux (tels que les préservatifs) ou de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (tels que les tests de grossesse). Ne nécessitant pas de prescription médicale (ordonnance) et n'étant pas remboursé par la sécurité sociale, les autotests n'obligent pas a priori le pharmacien à vérifier l'identité et l'âge de l'acheteur. Aussi, la vente d'un autotest de détection de maladies infectieuses transmissibles (notamment VIH) est possible à un mineur. Il convient néanmoins de signaler qu'il incombe au pharmacien dans le cadre de ses obligations déontologiques de préciser les informations et conseils utiles à

l'utilisateur pour l'utilisation de l'autotest et qu'il dispose du droit de refuser la dispensation lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger.

L'arrêté pourrait ainsi imposer à ces structures :

- de délivrer aux mineurs des informations et conseils sur l'utilisation de l'autotest, d'une manière adaptée à leur degré de maturité (comme stipulé à l'article 6 de la Convention d'Oviedo précitée et à l'article L.1111-2 du CSP) et s'assurer de leurs facultés à discerner, comprendre et assumer le résultat d'un autotest ;
- voire de ne pas dispenser d'autotest en-deçà de 15 ans, âge que l'on déduit souvent du code pénal français et des lois de protection de l'enfance comme étant celui de la "majorité sexuelle".

La légalisation du dépistage de maladies infectieuses par TROD par des professionnels de santé ou du personnel associatif formé ainsi que la dérogation au monopole pharmaceutique présentent des conséquences non significatives sur le commerce. Toutes deux requièrent des arrêtés pour être applicables et devant faire l'objet d'une notification auprès de la Commission prévue à l'article 8 de la Directive 98/34/CE du 22 juin 1998 modifiée par la Directive 98/48/CE du 20 juillet 1998 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des normes et réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information.

IV.3.2 Réduction des risques

La mesure relative à la réduction des risques sera intégrée dans la partie législative du code de la santé publique relative à la lutte contre la toxicomanie. Elle permet de renforcer l'assise juridique nécessaire à mettre en œuvre les actions de réduction des risques. Cette disposition législative permettra en outre l'implantation de programmes de réduction des risques en détention dans des conditions juridiquement sécurisées pour les intervenants.

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque n'est pas codifiée, le dispositif n'étant pas pérenne.

IV.4. IMPACTS EN OUTRE-MER

Du fait de la prévalence élevée du VIH et des hépatites en outremer, notamment en Guyane et des difficultés de démographie médicale, la délégation de tâches aux personnels associatifs formés autorisée par la mesure relative aux TROD, travaillant dans des associations habilitées par l'ARS, représente une aide précieuse pour augmenter le dépistage.

De même, la mesure relative aux autotests a des impacts sur ces territoires qui ont une prévalence/incidence du VIH et des hépatites plus élevée qu'en métropole et un besoin encore plus important d'accroître les moyens de dépistage et de prévention des maladies transmissibles.

V. MODALITES D'APPLICATION DE LA LOI

V.1. APPLICATION DANS LE TEMPS

Toutes les mesures sont d'application immédiate. La mise en œuvre de l'expérimentation relative à la salle de consommation à moindre risque est prévue pour une durée maximale de 6 ans.

V.2. APPLICATION DANS L'ESPACE

L'ensemble de ces mesures ont vocation à s'appliquer sur le territoire national.

V.3. CONSULTATIONS

V.3.1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Les mesures relatives aux TROD et autotests ne font l'objet d'aucune consultation obligatoire.

Elles ont été soumises, pour avis, à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), au conseil national du Sida, à la Haute autorité de santé (HAS), aux Sociétés savantes (SPILF, SFLS), aux associations dans le champ de la lutte contre le VIH/Sida, IST et hépatites, au conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et aux autres ordres professionnels, au Haut conseil des professions paramédicales et au Syndicat de l'industrie du diagnostic in vitro (SIDIV) pour ce qui concerne les autotests.

V.3.2 Réduction des risques

La Haute autorité de santé a donné un avis positif à la mise en œuvre d'une salle de consommation à moindre risque en ce qui concerne le projet de décret qui avait été initialement soumis à consultation.

V.4. TEXTES D'APPLICATION

Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'ANSM, doit définir les conditions de réalisation des TROD de détection de maladies transmissibles par des professionnels de santé ou par du personnel relevant de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée, et précisera les conditions de recueil du consentement libre et éclairé de la personne.

Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'ANSM, doit fixer la liste des autotests de détection de maladies transmissibles et déterminer également les conditions particulières de la délivrance de ces autotests dans les structures et opérateurs envisagés. Il précisera les conditions de délivrance de ces autotests aux personnes mineures sachant que les mineurs sont une des populations fréquentant en particulier les centres de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH et les IST (CDAG et CIDDIST).

Ces textes d'application relatifs aux TROD et autotests doivent faire l'objet d'une procédure de notification auprès de la Commission Européenne en application de l'article 8 de la Directive 98/34/CE du 22 juin 1998 modifiée par la Directive 98/48/CE du 20 juillet 1998 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des normes et réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information. En effet, les arrêtés devant définir d'une part, les conditions de réalisation des TROD et d'autre part, de délivrance des autotests, hors le cadre du monopole des pharmacies d'officine, constituent des projets de règle technique susceptibles d'influencer la commercialisation ou l'utilisation des TROD et autotests et à ce titre, ils relèvent de l'obligation de notification au sens de l'article 8 de la directive précitée.

Politique de réduction des risques

Un décret en Conseil d'État doit définir les modalités d'application des dispositions relatives à la politique de réduction des risques.

Salles de consommation à moindre risque

Un arrêté doit déterminer la liste des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues pouvant ouvrir un espace de réduction des risques par usage supervisé.

Un arrêté déterminera également le cahier des charges à respecter pour disposer d'un tel espace.

b. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° AS1711 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton

ARTICLE 8

I. – Après l’alinéa 1, insérer l’alinéa suivant :

« 1°A À l’article L. 3121-3, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ».

II. – En conséquence, aux alinéas 3 et 9, après le mot :

« risques »

insérer les mots :

« et des dommages ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à retenir la dénomination : « réduction des risques et des dommages » (RDRD).

En matière de drogues, la dénomination actuelle de « réduction des risques » présente un inconvénient : le mot « risque » renvoie au fait de s'engager dans une action qui pourrait représenter un avantage et seulement l'*éventualité* d'un danger ou d'une dommage...

Or la lutte contre la toxicomanie se fonde sur l'idée que le danger n'est pas éventuel, mais certain : il y a toujours des dommages liés à la consommation de produits classés comme stupéfiants. La présidence française du « Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe » a d'ailleurs proposé une définition du concept de prévention des risques et de réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives.

- Amendement n° AS1728 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton

ARTICLE 8

À l'alinéa 5, après le mot :

« risques »,

insérer les mots :

« et les dommages ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de cohérence rédactionnelle.

Cet amendement vise à retenir la dénomination : « réduction des risques et des dommages » (RDRD).

En matière de drogues, la dénomination actuelle de « réduction des risques » présente un inconvénient : le mot « risque » renvoie au fait de s'engager dans une action qui pourrait représenter un avantage et seulement l'*éventualité* d'un danger ou d'une dommage...

Or la lutte contre la toxicomanie se fonde sur l'idée que le danger n'est pas éventuel, mais certain : il y a toujours des dommages liés à la consommation de produits classés comme stupéfiants. La présidence française du « Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe » a d'ailleurs proposé une définition du concept de prévention des risques et de réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives.

- Amendement n° AS104, présenté par M. Véran, rapporteur

ARTICLE 8

Après l'avant-dernière occurrence du mot :

« de »

rédiger ainsi la fin de l'alinéa 6 :

« santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ; ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à mieux reconnaître la portée de l'activité menée dans le cadre de la réduction des risques et des dommages : au-delà d'une simple orientation, il s'agit d'un accompagnement des usagers de drogues non seulement dans un parcours de soin, à visée curative, mais dans un parcours de santé visant à les rendre plus autonomes, au plan physique et psychique, et donc à améliorer leur insertion sociale.

- Amendement n° AS1227, présenté par Mme Orliac, M. Claireaux et M. Krabal

ARTICLE 8

À l'alinéa 7, après le mot :

« matériels »

insérer les mots :

« et produits de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'ajout de « produits de santé » permet d'inclure dans la mise en oeuvre de la réduction des risques, les produits de substitution ou des produits comme la Naloxone qui réduit les risques d'overdoses.

Cet amendement vise à pouvoir mobiliser l'ensemble de la palette d'outils utilisée pour la réduction des risques.

- Amendement n° AS1310 présenté par M. Letchimy, Mme Orphé, Mme Berthelot, Mme Bareigts et M. Jalton

ARTICLE 8

Après l'alinéa 8, insérer l'alinéa suivant :

« 5° À participer à l'analyse, la veille et l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, les usages en matière de transformation et de consommation, et la dangerosité des substances consommées. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 8 modifie l'article L.3121-4 du code de santé publique et définit les objectifs et les missions de la politique de prévention des risques en direction des usagers de drogues, conférant ainsi un cadre sécurisant aux actions et expérimentations innovantes en la matière. Le texte ainsi révisé ne mentionne pas les actions de veille et d'information sur la nature et la composition des substances utilisées par les consommateurs alors qu'il s'agit pourtant d'une des missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), fixées au sein du décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 : « Art. R. 3121-33-2. - Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. »

Cette mission de veille et d'information apparaît d'autant plus déterminante que les risques associés à la consommation de substances psycho-actives varient en fonction de la composition des produits et de leurs modalités de transformation et d'utilisation. A titre d'illustration, le crack, deuxième drogue la plus consommée dans les départements et régions d'outre-mer, est le résultat de la purification par salification de cocaïne dans de l'ammoniaque, du bicarbonate de soude ou de l'éther éthylique, chacun des modes de transformation présentant un degré de dangerosité différent. La veille sur les pratiques

est d'autant plus importante dans ce cas que le crack peut être fabriqué par l'utilisateur lui-même. Par ailleurs, la composition des produits pouvant varier énormément pour certaines drogues et les consommateurs pouvant s'approvisionner auprès de plusieurs fournisseurs, il apparaît pertinent de participer au système d'information, d'analyse et de veille afin de donner la possibilité aux consommateurs d'être eux-mêmes les acteurs de cette réduction des risques.

- Amendement n° AS1729 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton

ARTICLE 8

Après l'alinéa 9, insérer les trois alinéas suivants :

« 1° *bis* L'article L. 3121-5 est ainsi modifié :

« 1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

« 2° À l'avant-dernier alinéa, après le mot : «risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ; ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à retenir la dénomination : « réduction des risques et des dommages » (RDRD).

En matière de drogues, la dénomination actuelle de « réduction des risques » présente un inconvénient : le mot « risque » renvoie au fait de s'engager dans une action qui pourrait représenter un avantage et seulement l'*éventualité* d'un danger ou d'un dommage...

Or la lutte contre la toxicomanie se fonde sur l'idée que le danger n'est pas éventuel, mais certain : il y a toujours des dommages liés à la consommation de produits classés comme stupéfiants. La présidence française du « Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe » a d'ailleurs proposé une définition du concept de prévention des risques et de réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives.

- Amendement n° AS1713 présenté par M. Véran, rapporteur et Mme Lemorton

ARTICLE 8

Compléter cet article par les cinq alinéas suivants :

« 3° Le titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

« a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-7 ; » ;

« b) Après l'article L. 3411-5, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* intitulé : « Réduction des risques et des dommages » ;

« c) Les articles L. 3121-3, L. 3121-4, L. 3121-5 et L. 3121-6, tels qu'ils résultent des 1° et 2° du présent article, deviennent les articles L. 3411-6, L. 3411-7, L. 3411-8 et L. 3411-9. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La réduction des risques et des dommages est actuellement codifiée dans la troisième partie du code de la santé publique, dans le livre premier relatif à la lutte contre les maladies transmissibles et dans son titre 2 relatif aux infections aux VIH et aux infections sexuellement transmissibles (IST). Ce placement apparaît de moins en moins pertinent pour les acteurs qui visent non la seule prévention des infections mais un accompagnement global vers les soins de patients vulnérables et atteints de polyopathologies. En outre la prévention des surdoses mortelles ne relève pas de la lutte contre les maladies transmissibles.

Cet amendement transfère donc ces dispositions dans de nouveaux articles L. 3411-6 à L. 3411-9, situés dans la même partie du code mais dans son livre 4 relatif à la lutte contre la toxicomanie. Il y établit un nouveau chapitre I bis intitulé: "Réduction des risques et des dommages".

Cette codification traduit également le fait qu'il ne saurait y avoir d'opposition entre les actions de promotion des gestes et procédures de prévention d'une part et la politique de lutte contre les addictions d'autre part.

En outre, cet amendement mentionne, à l'article L. 3411-3, la recherche en matière de réduction des risques et des dommages parmi les missions l'institut national de l'enseignement, de la recherche, de l'information et de la prévention sur les toxicomanies (dont les fonctions sont exercées pour partie par l'observatoire français des drogues et de la toxicomanie, pour partie par l'Institut national de prévention en santé).

c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 16h15

Article 8 (art. L. 3121-4 et L. 3121-6 [nouveau] du code de la santé publique) : *Réduction des risques en direction des usagers de drogues*

La Commission est saisie de l'amendement AS439 de M. Jean-Pierre Door.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement vise à supprimer l'article 8 qui lève le tabou de l'interdiction d'injection de drogue par intraveineuse et infléchit le périmètre de la mission de santé publique en réécrivant l'article L. 3121-4 du code de la santé publique relatif à la politique de réduction des risques. Cet article rompt avec les politiques de santé publique et de lutte contre la drogue menées en France depuis vingt ans par tous les gouvernements. Il marque un véritable retour en arrière en abandonnant les usagers à leurs addictions au lieu de tout mettre en œuvre pour les en extraire, et en effaçant du code de la santé publique la lutte contre la mortalité par surdose par injection de drogue, pour, au contraire, l'encourager par les salles de *shoot* dans l'article 9.

La France est le seul pays en Europe à avoir inscrit dans la loi le principe de réduction des risques en 2004. D'autres pays ont choisi de privilégier la consommation à moindre risque avec de piètres résultats.

Les six pays qui ont mis en place les salles de *shoot* – lesquelles sont pourtant déconseillées par les Nations unies – font état de résultats peu probants. La prévalence de consommation d'héroïne est quatre fois plus élevée en Suisse qu'en France, deux fois plus en Espagne. L'Allemagne a vu croître en 2011 de 15 % le nombre de consommateurs. Les pays ayant installé ces salles de *shoot* y renoncent peu à peu. En Australie, il a été calculé que le risque d'*overdose* était trente-six fois plus important dans la salle qu'alentour. Les Suisses ont décidé de restreindre l'accès aux salles. Quant au Canada, il vient de renoncer à poursuivre l'expérimentation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Le réseau de réduction des risques appréciera votre utilisation des chiffres...

M. Olivier Véran, rapporteur. Nous aurons l'occasion de discuter de ce sujet avec l'article 9. Il faut être attentif aux mots qui sont employés : nous ne parlons pas de salle de *shoot* – qui renvoie à l'interdit, au vice et à la violence –, mais de salle de consommation à moindre risque – qui renvoie à l'accompagnement et à la prise en compte du fait qu'il n'existe pas de société sans drogue. Les politiques publiques qui ont été mises en place, avec retard par rapport à nos voisins, ont permis de sauver des vies. Ce n'est qu'en 1987 que l'échange des seringues a été autorisé – 14 millions de seringues ont été échangées à ce jour – ; je ne pense pas qu'on puisse remettre en question cette politique. En 1993, la prescription de méthadone a été autorisée avant la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché. En 2004, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD) ont été créés, en catimini.

L'article 8 sécurise les interventions des personnes accompagnant la réduction des risques chez les usagers de drogue. Les textes sont aujourd'hui trop fragiles au regard des missions qu'elles exercent. Il est important de les adapter aux évolutions des pratiques, aux dangers nouveaux ainsi qu'aux innovations dans la prise en charge.

Avec cet article, nous arrêtons de nous cacher derrière notre petit doigt. Nous reconnaissons la réduction des risques comme une politique de santé publique à part entière.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1711 du rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement peut susciter un débat. À la demande de plusieurs acteurs de la lutte contre la toxicomanie, il propose de retenir la dénomination : « réduction des risques et des dommages ». La notion actuelle de « réduction des risques » présente l'inconvénient de faire du danger ou du dommage une éventualité. Or, en cas de consommation de drogue, le dommage n'est pas éventuel.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS169 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1225 de Mme Dominique Orliac.

Mme Véronique Massonneau. Cette modification vise à donner une base légale au *testing* des produits afin de disposer d'informations sur la qualité et la composition des produits. L'objectif est de pouvoir informer les consommateurs sur les risques pour la santé et d'éviter les surdosages. L'évaluation des produits permettrait également de prendre en compte les nouveaux produits de synthèse dans la politique de réduction des risques.

Mme Dominique Orliac. Même argumentation.

M. Bernard Accoyer. Je suis surpris que cet amendement ait franchi le cap de l'article 40 alors que les évaluations envisagées ont un coût.

En outre, alors que nous venons d'adopter des mesures pour lutter contre la consommation de tabac, vous proposez une mesure qui sécurise, voire favorise la consommation de drogue dont nous savons les ravages qu'elle cause. Je suis donc fermement opposé à cet amendement.

Mme Valérie Boyer. Je m'étonne de l'incohérence de nos travaux. Les messages que vous défendez sur le tabac ne vaudraient pas pour la drogue ? D'un côté, vous prônez l'interdiction du tabac et même celle de la cigarette électronique ; de l'autre, vous faites la promotion des salles de *shoot* et du *testing* des drogues. Je ne comprends pas la logique de cette loi. Les bras m'en tombent.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il existe deux niveaux de prévention : la prévention primaire qui consiste à déconseiller ou à interdire l'usage de certains produits à la nocivité avérée ou illicites ; la prévention secondaire qui s'adresse à ceux qui souffrent déjà d'une addiction. Nous ne favorisons pas l'utilisation de substances illicites. Nous sommes guidés par un principe de réalité qu'a bien compris M. Juppé, maire de Bordeaux, qui est volontaire pour ouvrir une salle de consommation à moindre risque.

Mme Martine Pinville. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité de la prévention. Mais j'abonde dans le sens de la présidente sur la prévention secondaire à laquelle s'ajoute la nécessaire protection des personnes. Ces politiques ont tout à fait leur place dans une loi de santé.

M. Bernard Accoyer. Tirant les conséquences de votre démonstration, madame la présidente, je propose un sous-amendement prescrivant une radio des poumons annuelle à tous les fumeurs.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis défavorable à ces amendements. Il importe de faire la part des choses entre la prévention et l'information d'une part, et le test de produits, d'autre part. Par ailleurs, ces amendements soulèvent un problème de rédaction. Il paraît inapproprié de faire référence à la qualité du produit pour une substance psychoactive.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1728 et AS1328 du rapporteur.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS1226 de Mme Dominique Orliac, AS104 du rapporteur et AS634 de M. Élie Aboud.

Mme Dominique Orliac. Aujourd'hui, les acteurs de la réduction des risques vont au-delà de l'orientation des usagers de drogue pour les accompagner dans leur parcours de santé. Cet amendement vise à prendre en compte cette dimension de leur mission.

Il s'agit en outre de renforcer le lien avec le titre II de la loi en promouvant une approche globale qui s'intéresse également à la situation sociale des personnes prises en charge.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement souligne que les interventions des CAARUD dépassent la visée curative pour s'intéresser à l'état de santé physique et psychique ainsi qu'à l'insertion sociale de l'usager de drogue. Sa rédaction paraît plus complète que celle de l'amendement précédent.

M. Élie Aboud. L'amendement est défendu.

La Commission rejette l'amendement AS1226.

Elle adopte l'amendement AS104.

En conséquence, l'amendement AS634 tombe.

La Commission est saisie de l'amendement AS1227 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. La référence aux produits de santé, introduite par l'amendement, permet d'inclure, dans la mise en œuvre de la réduction des risques, la promotion et la distribution de produits de substitution ou des produits comme la Naloxone qui réduit les risques d'*overdose*. L'ensemble de la palette d'outils peut ainsi être utilisé aux fins de réduction des risques.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis favorable à cet amendement qui lève une ambiguïté. La Naloxone a démontré son efficacité dans la réduction des cas d'*overdose*. C'est un sujet très important. Je sais que le ministère travaille à améliorer sa disponibilité pour les usagers et leurs proches.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1228 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement précise les visées éducative et thérapeutique de la réduction des risques.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS345 de Mme Chantal Guittet et AS1533 de Mme Dominique Orliac.

M. Gérard Sebaoun. Cet amendement propose de préférer l'expression « faire prendre conscience » à celle de « mettre en garde », plus culpabilisante.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS1533 est défendu.

M. Olivier Véran, rapporteur. L'expression « mettre en garde » comporte une dimension objective, alors que la référence à une prise de conscience semble imposer une obligation de résultat qui risque de fragiliser le dispositif. Avis défavorable.

L'amendement AS345 est retiré.

La Commission rejette l'amendement AS1533.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS915 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS1310 de M. Serge Letchimy.

Mme Monique Orphé. L'article 8 ne mentionne pas les actions de veille et d'information sur la nature et la composition des substances utilisées par les consommateurs, alors qu'il s'agit pourtant d'une des missions des CAARUD.

Cette mission de veille et d'information apparaît d'autant plus déterminante que les risques associés à la consommation de substances psychoactives varient en fonction de la composition des produits et de leurs modalités de transformation et d'utilisation. À titre d'illustration, le crack, deuxième drogue la plus consommée dans les départements et régions d'outre-mer, est le résultat de la purification par salification de cocaïne dans de l'ammoniaque, du bicarbonate de soude ou de l'éther éthylique, chacun des modes de transformation présentant un degré de dangerosité différent. Il apparaît pertinent de contribuer à l'information, à l'analyse et à la veille afin de donner aux consommateurs la possibilité d'être eux-mêmes les acteurs de la réduction des risques.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cette mission est primordiale au regard de l'évolution de plus en plus rapide des usages de substances psychoactives. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1712 du rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à préciser les modalités de l'immunité pénale couvrant les actions des professionnels de soins dans le cadre de l'accompagnement d'usagers de drogue. Ce sujet complexe mérite d'être débattu en séance afin de répondre à l'inquiétude exprimée par les professionnels de terrain tout en évitant d'adopter un dispositif susceptible de créer de l'insécurité juridique. Je suis prêt à le retirer.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il est important de sécuriser le travail des personnels afin d'éviter qu'ils ne soient accusés d'inciter à la consommation alors qu'ils ont pour mission d'accompagner la réduction des risques et de faire en sorte que la personne rejoigne le droit commun de la prévention.

Mme la ministre. Le Gouvernement partage cet objectif : il convient de protéger tous ceux qui s'engageront dans la mission de réduction des risques. Les travaux se poursuivent avec la Chancellerie pour aboutir à un dispositif sûr.

Un dispositif trop spécifique risque de fragiliser certaines catégories de personnels, de ne pas couvrir l'ensemble des situations ou d'en oublier certaines, au risque de voir cet oubli mal interprété.

Je demande donc le retrait de cet amendement afin de nous permettre d'approfondir le cadre juridique qui pourrait être proposé.

L'amendement est retiré.

La Commission examine l'amendement AS1464 de Mme Françoise Dumas.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cet amendement propose d'étendre la politique de réduction des risques à tous les lieux privatifs de liberté, afin d'inclure notamment les centres de rétention et les différents dispositifs d'enfermement, qui ne correspondent pas nécessairement au milieu carcéral.

M. Fernand Siré. Je suis opposé à tout système qui permettrait l'introduction en prison de drogues et en favoriserait le trafic. Il me paraît bien plus intelligent d'accompagner les personnes concernées dans un centre de désintoxication que de leur distribuer des seringues au moyen desquelles elles s'injecteraient des drogues qu'elles se seraient procurées en douce au parloir. Nous priverions ainsi les trafiquants de drogue de financement. Il convient de traiter les gens qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires, car, quand ils sont en manque, ils sont dangereux. Il faut donc leur fournir les produits nécessaires, les prendre en charge et les désintoxiquer.

M. Olivier Véran, rapporteur. La notion de « lieux privatifs de liberté » recouvre des réalités très différentes : zones d'attente dans les ports, dans les aéroports, dans les gares, mais aussi les centres de rétention administrative, les secteurs psychiatriques délivrant des soins sous contrainte, les dépôts de tribunaux, les locaux de garde à vue... Les modalités de la politique de réduction des risques ne pouvant donc être les mêmes pour toutes ces structures, j'émet un avis défavorable, même si le principe reste louable.

L'amendement est retiré.

La commission en vient aux amendements identiques AS171 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1229 de Mme Dominique Orliac.

M. Jean-Louis Roumegas. Je réaffirme notre soutien à la rédaction proposée pour le III de l'article L. 3121-4 du code de la santé publique. Il est en effet important que la politique de réduction des risques s'applique aux populations carcérales – on sait la gravité de la toxicomanie dans ce milieu. Nous proposons néanmoins une simplification : la suppression, à la fin de l'alinéa 9, des mots : « selon des modalités adaptées au milieu carcéral », qui pourraient donner l'impression qu'on appliquera cette politique de façon moins volontaire ici. Il s'agit donc de lever toute ambiguïté et de supprimer ce qui va de soi.

Mme Dominique Orliac. Il s'agit en effet de supprimer la dernière partie de l'alinéa 9 qui pourrait motiver une application beaucoup plus restrictive de la loi en milieu carcéral. L'application du dispositif prévu en détention n'en devra pas moins faire l'objet de débats plus larges au Parlement pour marquer une véritable volonté politique, afin de renforcer l'impulsion pour une mise en œuvre concrète, innovante et ambitieuse. Il pourrait ainsi être ajoutée une disposition sur les expérimentations et innovations en détention. En tout état de cause, les modalités d'application de la réduction des risques en détention feront l'objet de décrets dans lesquels ces orientations mériteraient d'être intégrées.

M. Olivier Véran, rapporteur. À contraintes spécifiques, modalités spécifiques de mise en œuvre. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS1230 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement consiste à remplacer les mots : « milieu carcéral », par les mots : « lieux privatifs de liberté », de manière à être plus « incluant », si j'ose dire, qu'il s'agisse des centres de rétention et des différents dispositifs d'enfermement qui ne correspondent pas nécessairement au milieu carcéral.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS172 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Dans l'esprit de l'article 9, nous proposons de sécuriser aussi bien les acteurs que les usagers de la politique de réduction des risques. Cela paraît aller de soi, mais, dans les faits, on a constaté que les acteurs ont parfois rencontré des problèmes juridiques. Je pense à des pharmaciens qui ont eu à en subir de graves conséquences.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable : tout ce que vous ne précisez pas dans les dispositions que vous proposez peut donner lieu à interprétation.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement AS1729 du rapporteur et de Mme Catherine Lemorton visant à retenir la dénomination « réduction des risques et des dommages ».

Puis elle en vient à l'amendement AS1231 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Le présent amendement prévoit une sécurisation pénale des acteurs et usagers, et, à cette fin, vise, en cohérence avec l'esprit de l'article 8, à permettre un accès effectif, renforcé et facilité aux politiques et dispositifs de réduction des risques dans une optique de santé individuelle pour les personnes, mais, plus largement, dans un objectif de santé publique.

Ces dispositions sont cohérentes avec celles proposées par l'article 9 sur les salles de consommation de drogue à moindre risque.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1713 du rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à inscrire la politique de réduction des risques et des dommages dans le cadre de la lutte contre le VIH. Il s'agit de transférer les dispositions concernées du livre I au livre IV de la troisième partie du code de la santé publique.

La commission adopte l'amendement.

Elle adopte l'article 8 modifié.

d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015

Article 8
(art. L. 3121-4 et L. 3121-6 [nouveau] du code de la santé publique)

Réduction des risques en direction des usagers de drogues

La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue est une composante essentielle, aux côtés de la prévention, du versant sanitaire de la lutte contre les usages de drogues illicites.

Il s'agit d'une politique ancienne, conduite par les différents gouvernements, dès les années 1980, en réponse à la crise sanitaire occasionnée par la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les usagers de drogues injectées par voie intraveineuse : les pouvoirs publics ont soutenu ou suscité des initiatives de médecins et d'associations allant au contact des usagers de drogue pour ne pas ajouter de nouveaux risques sanitaires aux dommages inhérents aux addictions ⁽²⁸⁾.

La diminution spectaculaire de la transmission du VIH parmi les usagers de drogues témoigne de la pleine réussite de ces initiatives. La proportion d'usagers de drogues contaminés par le VIH est ainsi

passée de 30 % dans les années 1990 à 10 % en 2011, et ils ne représentent plus que 1 % des diagnostics de séropositivité, ce qui constitue néanmoins un facteur de risque quarante fois supérieur à la moyenne. En revanche, l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C continue d'être très élevée.

Mais les assises juridiques de cette politique sont fragiles au regard des interdictions définies dans le code de la santé publique et dans le code pénal concernant l'usage illicite des produits stupéfiants, depuis la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

Jusqu'en 2004, la plupart des dispositifs de réduction des risques en direction des usagers de drogues n'avaient de fondements que réglementaires, et reposaient parfois sur de simples circulaires. ⁽²⁹⁾ Les dispositions aujourd'hui applicables, les articles L. 3121-3 à L. 3121-5 du code de la santé publique, ont d'ailleurs été insérées, en janvier 2004, en première lecture, dans le texte du projet de loi relative à la politique de santé publique, par un amendement du Gouvernement déposé au Sénat : lors de la discussion de l'amendement, le ministre avait précisément avancé la nécessité de sécuriser le dispositif et de mentionner dans la loi les missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD).

Or ces dispositions, établies dans l'urgence, et codifiées dans le titre II, relatif aux infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les infections sexuellement transmissibles, du livre 1^{er}, relatif à la lutte contre les maladies transmissibles, de la troisième partie de ce code sur la lutte contre les maladies et les dépendances, continuent d'être fragiles.

Article 12 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

« Après l'article L. 3121-2 du code de la santé publique, sont insérés trois articles L. 3121-3 à L. 3121-5 ainsi rédigés :

Art. L. 3121-3. – La définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'État.

Art. L. 3121-4. – La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

Art. L. 3121-5. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État.

Les dépenses afférentes aux missions des centres visés par le présent article sont prises en charge par l'État, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales.

Les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret. Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite. »

Saisi, par le Gouvernement, le 14 août 2013, d'un projet de décret visant à autoriser l'ouverture, à Paris, d'une salle de consommation à moindre risque, le Conseil d'État, par un avis non rendu public du 8 octobre 2013, a considéré que les articles L. 3121-3 à L. 3121-5 du code de la santé publique fournissent une base légale trop imprécise, au regard de la force des dispositions prohibant l'usage illicite des stupéfiants.

Or le Gouvernement a engagé un plan ambitieux de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, publié en septembre 2013, dont plusieurs mesures visent à améliorer la prise en charge des personnes victimes d'addictions aux produits stupéfiants. Il s'agit, outre l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque, de l'expérimentation de programmes d'échange de seringues (PES) pour les personnes en détention ou encore de l'expérimentation de PES par voie postale. Des évolutions des pratiques de prise en charge sont également envisagées, par exemple en matière de traitements de substitution aux opiacés.

Pour tenir compte de l'ensemble de ces éléments, l'article 8 améliore, dans le code de la santé publique, la définition de la politique de réduction des risques afin de donner, enfin, un fondement juridique adapté à une politique qui a fait ses preuves et qui doit être développée. Cet article est donc indissociable de l'autorisation, par l'article 9 du projet de loi, de l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque.

La rédaction actuelle de l'article L. 3121-3 qui fait relever de l'État la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue n'est pas modifiée. Ceci est bien conforme avec l'affirmation de l'article premier, faisant de la politique de santé une responsabilité de l'État.

Le 1° de l'article 8 substitue sept alinéas à l'alinéa unique de l'article L. 3121-4 dont la rédaction actuelle mentionne seulement l'objectif de prévenir « *la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ».

Un I est d'abord inséré à l'article L. 3121-4 afin d'actualiser la définition des objectifs : il vise donc « *la prévention des dommages sanitaires, psychologiques et sociaux* » ce qui paraît suffisamment large, ainsi que « *la transmission des infections* » et « *la mortalité par surdose* » qui n'est plus seulement attribuée aux injections intraveineuses mais, plus largement « *à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants* ».

Les textes réglementaires pris sur le fondement de l'article L. 3121-4 précisent le contenu des actions relevant de la réduction des risques : elles visent le « *soutien aux usagers dans l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place* » et « *la mise à disposition de matériels de prévention des infections* » (article R. 3121-33-1).

Le référentiel de la réduction des risques prévu par l'article L. 3121-5 rappelle que « *les besoins fondamentaux en matière de santé doivent être correctement couverts (hygiène, soins)* » et que les matériels de prévention doivent permettre la « *prévention des risques infectieux* » ainsi que « *l'adaptation des outils aux nouveaux usages* » (article D. 3121-33 et annexe).

Enfin, la circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) du 2 janvier 2006 sur les CAARUD indique qu'ils s'adressent « *à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs, qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques* ». Elle leur confie aussi le soin de « *réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants* » et « *d'améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs* ».

Surtout, le II définit précisément les actions que « *comprend et permet* » la mise en œuvre de la politique de réduction des risques, actuellement définies seulement par des textes réglementaires.

Un 1° invite les professionnels des CAARUD à « *délivrer des informations sur les risques associés à l'usage de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants* » ; le 2° indique que l'accompagnement consiste à orienter les usagers de drogues vers les services sociaux, les services de soins généraux ou de soins spécialisés « *afin de mettre en œuvre un parcours de soins adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique* ».

Le 3° autorise les professionnels à « *promouvoir et distribuer des matériels destinés à la réduction des risques* ».

Le 4° indique que la politique de réduction des risques consiste à « *promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques* ». Cette définition vise à prémunir les intervenants d'éventuelles poursuites pour les infractions de provocation au délit d'usage illicite de stupéfiants, définies aux articles L. 3421-1 et L. 3421-4 du code de la santé publique. Il est précisé que la « *supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation, afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires* ». Il est enfin affirmé que la supervision « *ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation* ».

L'article L. 3121-4 est en outre complété d'un III qui prévoit l'extension de la politique de réduction des risques au milieu carcéral, selon des modalités adaptées. Il est en effet indispensable de développer ces mesures dans les lieux privatifs de liberté, par exemple les programmes d'échanges de seringues :

la prévalence du VIH y est dix fois supérieure à celle de la population générale ; et la prévalence de l'hépatite C atteint près de 4,8 %.

Enfin, le 2° de l'article 8 établit un article L. 3121-6, nouveau, afin de prévoir, que, sauf dispositions contraires, les modalités d'application sont déterminées par décret en Conseil d'État.

*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, la Commission a adopté plusieurs amendements du rapporteur et de Mme Catherine Lemorton visant à retenir la dénomination de « réduction des risques et des dommages » (RDRD) afin de souligner qu'en cas de consommation de produits stupéfiants, la survenue de dommages n'est pas seulement un risque, donc un éventualité, mais qu'elle est certaine et que l'action des pouvoirs publics doit chercher à la réduire.

Un amendement du rapporteur a visé à mieux définir la portée de l'activité menée dans le cadre de la réduction des risques et des dommages : au-delà d'une simple orientation, il s'agit d'un accompagnement des usagers de drogues non seulement dans un parcours de soin, à visée curative, mais dans un parcours de santé visant à les rendre plus autonomes, au plan physique et psychique, et donc à améliorer leur insertion sociale.

Un amendement de Mme Dominique Orliac et des commissaires RRDP a fait expressément entrer dans le champ de la mise en œuvre de la réduction des risques et des dommages, la promotion et la distribution de « produits de santé » destinés à la réduction des risques, ce qui recouvre à la fois les matériels, seuls mentionnés initialement, mais aussi des médicaments, à l'exemple de la naloxone, qui est un médicament antagoniste morphinique qui a démontré son efficacité dans la réduction des cas d'overdose.

Un amendement de M. Letchimy et de plusieurs commissaires du groupe SRC a précisé que la réduction des risques et des dommages vise également à « participer à l'analyse, la veille et l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, les usages en matière de transformation et de consommation, et la dangerosité des substances consommées ».

Enfin, outre deux amendements rédactionnels du rapporteur, la Commission a adopté un amendement du rapporteur transférant les articles applicables à la réduction des risques et des dommages, actuellement codifiée dans la troisième partie du code de la santé publique, dans le livre premier relatif à la lutte contre les maladies transmissibles et dans son titre II relatif aux infections aux VIH et aux infections sexuellement transmissible (IST), dans de nouveaux articles L. 3411-6 à L. 3411-9, situés dans la même partie du code mais dans son livre IV relatif à la lutte contre la toxicomanie. Cet amendement y établit ainsi un nouveau chapitre I bis intitulé: « Réduction des risques et des dommages ». La codification proposée traduit le fait qu'il ne saurait y avoir d'opposition entre les actions de promotion des gestes et procédures de prévention d'une part et la politique de lutte contre les addictions d'autre part.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS439 de M. Jean-Pierre Door.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement vise à supprimer l'article 8 qui lève le tabou de l'interdiction d'injection de drogue par intraveineuse et infléchit le périmètre de la mission de santé publique en réécrivant l'article L. 3121-4 du code de la santé publique relatif à la politique de réduction des risques. Cet article rompt avec les politiques de santé publique et de lutte contre la drogue menées en France depuis vingt ans par tous les gouvernements. Il marque un véritable retour en arrière en abandonnant les usagers à leurs addictions au lieu de tout mettre en œuvre pour les en extraire, et en effaçant du code de la santé publique la lutte contre la mortalité par surdose par injection de drogue, pour, au contraire, l'encourager par les salles de *shoot* dans l'article 9.

La France est le seul pays en Europe à avoir inscrit dans la loi le principe de réduction des risques en 2004. D'autres pays ont choisi de privilégier la consommation à moindre risque avec de piètres résultats.

Les six pays qui ont mis en place les salles de *shoot* – lesquelles sont pourtant déconseillées par les Nations unies – font état de résultats peu probants. La prévalence de consommation d'héroïne est quatre fois plus élevée en Suisse qu'en France, deux fois plus en Espagne. L'Allemagne a vu croître en 2011 de 15 % le nombre de consommateurs. Les pays ayant installé ces salles de *shoot* y renoncent

peu à peu. En Australie, il a été calculé que le risque d'*overdose* était trente-six fois plus important dans la salle qu'alentour. Les Suisses ont décidé de restreindre l'accès aux salles. Quant au Canada, il vient de renoncer à poursuivre l'expérimentation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Le réseau de réduction des risques appréciera votre utilisation des chiffres...

M. Olivier Véran, rapporteur. Nous aurons l'occasion de discuter de ce sujet avec l'article 9. Il faut être attentif aux mots qui sont employés : nous ne parlons pas de salle de *shoot* – qui renvoie à l'interdit, au vice et à la violence –, mais de salle de consommation à moindre risque – qui renvoie à l'accompagnement et à la prise en compte du fait qu'il n'existe pas de société sans drogue. Les politiques publiques qui ont été mises en place, avec retard par rapport à nos voisins, ont permis de sauver des vies. Ce n'est qu'en 1987 que l'échange des seringues a été autorisé – 14 millions de seringues ont été échangées à ce jour – ; je ne pense pas qu'on puisse remettre en question cette politique. En 1993, la prescription de méthadone a été autorisée avant la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché. En 2004, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD) ont été créés, en catimini.

L'article 8 sécurise les interventions des personnes accompagnant la réduction des risques chez les usagers de drogue. Les textes sont aujourd'hui trop fragiles au regard des missions qu'elles exercent. Il est important de les adapter aux évolutions des pratiques, aux dangers nouveaux ainsi qu'aux innovations dans la prise en charge.

Avec cet article, nous arrêtons de nous cacher derrière notre petit doigt. Nous reconnaissons la réduction des risques comme une politique de santé publique à part entière.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1711 du rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement peut susciter un débat. À la demande de plusieurs acteurs de la lutte contre la toxicomanie, il propose de retenir la dénomination : « réduction des risques et des dommages ». La notion actuelle de « réduction des risques » présente l'inconvénient de faire du danger ou du dommage une éventualité. Or, en cas de consommation de drogue, le dommage n'est pas éventuel.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS169 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1225 de Mme Dominique Orliac.

Mme Véronique Massonneau. Cette modification vise à donner une base légale au *testing* des produits afin de disposer d'informations sur la qualité et la composition des produits. L'objectif est de pouvoir informer les consommateurs sur les risques pour la santé et d'éviter les surdosages. L'évaluation des produits permettrait également de prendre en compte les nouveaux produits de synthèse dans la politique de réduction des risques.

Mme Dominique Orliac. Même argumentation.

M. Bernard Accoyer. Je suis surpris que cet amendement ait franchi le cap de l'article 40 alors que les évaluations envisagées ont un coût.

En outre, alors que nous venons d'adopter des mesures pour lutter contre la consommation de tabac, vous proposez une mesure qui sécurise, voire favorise la consommation de drogue dont nous savons les ravages qu'elle cause. Je suis donc fermement opposé à cet amendement.

Mme Valérie Boyer. Je m'étonne de l'incohérence de nos travaux. Les messages que vous défendez sur le tabac ne vaudraient pas pour la drogue ? D'un côté, vous prônez l'interdiction du tabac et même celle de la cigarette électronique ; de l'autre, vous faites la promotion des salles de *shoot* et du *testing* des drogues. Je ne comprends pas la logique de cette loi. Les bras m'en tombent.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il existe deux niveaux de prévention : la prévention primaire qui consiste à déconseiller ou à interdire l'usage de certains produits à la nocivité avérée ou illicites ; la prévention secondaire qui s'adresse à ceux qui souffrent déjà d'une addiction. Nous ne favorisons pas l'utilisation de substances illicites. Nous sommes guidés par un principe de réalité qu'a

bien compris M. Juppé, maire de Bordeaux, qui est volontaire pour ouvrir une salle de consommation à moindre risque.

Mme Martine Pinville. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité de la prévention. Mais j'abonde dans le sens de la présidente sur la prévention secondaire à laquelle s'ajoute la nécessaire protection des personnes. Ces politiques ont tout à fait leur place dans une loi de santé.

M. Bernard Accoyer. Tirant les conséquences de votre démonstration, madame la présidente, je propose un sous-amendement prescrivant une radio des poumons annuelle à tous les fumeurs.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis défavorable à ces amendements. Il importe de faire la part des choses entre la prévention et l'information d'une part, et le test de produits, d'autre part. Par ailleurs, ces amendements soulèvent un problème de rédaction. Il paraît inapproprié de faire référence à la qualité du produit pour une substance psychoactive.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1728 et AS1328 du rapporteur.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS1226 de Mme Dominique Orliac, AS104 du rapporteur et AS634 de M. Élie Aboud.

Mme Dominique Orliac. Aujourd'hui, les acteurs de la réduction des risques vont au-delà de l'orientation des usagers de drogue pour les accompagner dans leur parcours de santé. Cet amendement vise à prendre en compte cette dimension de leur mission.

Il s'agit en outre de renforcer le lien avec le titre II de la loi en promouvant une approche globale qui s'intéresse également à la situation sociale des personnes prises en charge.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement souligne que les interventions des CAARUD dépassent la visée curative pour s'intéresser à l'état de santé physique et psychique ainsi qu'à l'insertion sociale de l'utilisateur de drogue. Sa rédaction paraît plus complète que celle de l'amendement précédent.

M. Élie Aboud. L'amendement est défendu.

La Commission rejette l'amendement AS1226.

Elle adopte l'amendement AS104.

En conséquence, l'amendement AS634 tombe.

La Commission est saisie de l'amendement AS1227 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. La référence aux produits de santé, introduite par l'amendement, permet d'inclure, dans la mise en œuvre de la réduction des risques, la promotion et la distribution de produits de substitution ou des produits comme la Naloxone qui réduit les risques d'*overdose*. L'ensemble de la palette d'outils peut ainsi être utilisé aux fins de réduction des risques.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis favorable à cet amendement qui lève une ambiguïté. La Naloxone a démontré son efficacité dans la réduction des cas d'*overdose*. C'est un sujet très important. Je sais que le ministère travaille à améliorer sa disponibilité pour les usagers et leurs proches.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1228 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement précise les visées éducative et thérapeutique de la réduction des risques.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS345 de Mme Chantal Guittet et AS1533 de Mme Dominique Orliac.

M. Gérard Sebaoun. Cet amendement propose de préférer l'expression « faire prendre conscience » à celle de « mettre en garde », plus culpabilisante.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS1533 est défendu.

M. Olivier Véran, rapporteur. L'expression « mettre en garde » comporte une dimension objective, alors que la référence à une prise de conscience semble imposer une obligation de résultat qui risque de fragiliser le dispositif. Avis défavorable.

L'amendement AS345 est retiré.

La Commission rejette l'amendement AS1533.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS915 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS1310 de M. Serge Letchimy.

Mme Monique Orphé. L'article 8 ne mentionne pas les actions de veille et d'information sur la nature et la composition des substances utilisées par les consommateurs, alors qu'il s'agit pourtant d'une des missions des CAARUD.

Cette mission de veille et d'information apparaît d'autant plus déterminante que les risques associés à la consommation de substances psychoactives varient en fonction de la composition des produits et de leurs modalités de transformation et d'utilisation. À titre d'illustration, le crack, deuxième drogue la plus consommée dans les départements et régions d'outre-mer, est le résultat de la purification par salification de cocaïne dans de l'ammoniaque, du bicarbonate de soude ou de l'éther éthylique, chacun des modes de transformation présentant un degré de dangerosité différent. Il apparaît pertinent de contribuer à l'information, à l'analyse et à la veille afin de donner aux consommateurs la possibilité d'être eux-mêmes les acteurs de la réduction des risques.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cette mission est primordiale au regard de l'évolution de plus en plus rapide des usages de substances psychoactives. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1712 du rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à préciser les modalités de l'immunité pénale couvrant les actions des professionnels de soins dans le cadre de l'accompagnement d'usagers de drogue. Ce sujet complexe mérite d'être débattu en séance afin de répondre à l'inquiétude exprimée par les professionnels de terrain tout en évitant d'adopter un dispositif susceptible de créer de l'insécurité juridique. Je suis prêt à le retirer.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il est important de sécuriser le travail des personnels afin d'éviter qu'ils ne soient accusés d'inciter à la consommation alors qu'ils ont pour mission d'accompagner la réduction des risques et de faire en sorte que la personne rejoigne le droit commun de la prévention.

Mme la ministre. Le Gouvernement partage cet objectif : il convient de protéger tous ceux qui s'engageront dans la mission de réduction des risques. Les travaux se poursuivent avec la Chancellerie pour aboutir à un dispositif sûr.

Un dispositif trop spécifique risque de fragiliser certaines catégories de personnels, de ne pas couvrir l'ensemble des situations ou d'en oublier certaines, au risque de voir cet oubli mal interprété.

Je demande donc le retrait de cet amendement afin de nous permettre d'approfondir le cadre juridique qui pourrait être proposé.

L'amendement est retiré.

La Commission examine l'amendement AS1464 de Mme Françoise Dumas.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cet amendement propose d'étendre la politique de réduction des risques à tous les lieux privatifs de liberté, afin d'inclure notamment les centres de rétention et les différents dispositifs d'enfermement, qui ne correspondent pas nécessairement au milieu carcéral.

M. Fernand Siré. Je suis opposé à tout système qui permettrait l'introduction en prison de drogues et en favoriserait le trafic. Il me paraît bien plus intelligent d'accompagner les personnes concernées dans un centre de désintoxication que de leur distribuer des seringues au moyen desquelles elles s'injecteraient des drogues qu'elles se seraient procurées en douce au parloir. Nous priverions ainsi les trafiquants de drogue de financement. Il convient de traiter les gens qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires, car, quand ils sont en manque, ils sont dangereux. Il faut donc leur fournir les produits nécessaires, les prendre en charge et les désintoxiquer.

M. Olivier Véran, rapporteur. La notion de « lieux privatifs de liberté » recouvre des réalités très différentes : zones d'attente dans les ports, dans les aéroports, dans les gares, mais aussi les centres de rétention administrative, les secteurs psychiatriques délivrant des soins sous contrainte, les dépôts de tribunaux, les locaux de garde à vue... Les modalités de la politique de réduction des risques ne

pouvant donc être les mêmes pour toutes ces structures, j'émet un avis défavorable, même si le principe reste louable.

L'amendement est retiré.

La commission en vient aux amendements identiques AS171 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1229 de Mme Dominique Orliac.

M. Jean-Louis Roumegas. Je réaffirme notre soutien à la rédaction proposée pour le III de l'article L. 3121-4 du code de la santé publique. Il est en effet important que la politique de réduction des risques s'applique aux populations carcérales – on sait la gravité de la toxicomanie dans ce milieu. Nous proposons néanmoins une simplification : la suppression, à la fin de l'alinéa 9, des mots : « selon des modalités adaptées au milieu carcéral », qui pourraient donner l'impression qu'on appliquera cette politique de façon moins volontaire ici. Il s'agit donc de lever toute ambiguïté et de supprimer ce qui va de soi.

Mme Dominique Orliac. Il s'agit en effet de supprimer la dernière partie de l'alinéa 9 qui pourrait motiver une application beaucoup plus restrictive de la loi en milieu carcéral. L'application du dispositif prévu en détention n'en devra pas moins faire l'objet de débats plus larges au Parlement pour marquer une véritable volonté politique, afin de renforcer l'impulsion pour une mise en œuvre concrète, innovante et ambitieuse. Il pourrait ainsi être ajoutée une disposition sur les expérimentations et innovations en détention. En tout état de cause, les modalités d'application de la réduction des risques en détention feront l'objet de décrets dans lesquels ces orientations mériteraient d'être intégrées.

M. Olivier Véran, rapporteur. À contraintes spécifiques, modalités spécifiques de mise en œuvre. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS1230 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement consiste à remplacer les mots : « milieu carcéral », par les mots : « lieux privatifs de liberté », de manière à être plus « incluant », si j'ose dire, qu'il s'agisse des centres de rétention et des différents dispositifs d'enfermement qui ne correspondent pas nécessairement au milieu carcéral.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS172 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Dans l'esprit de l'article 9, nous proposons de sécuriser aussi bien les acteurs que les usagers de la politique de réduction des risques. Cela paraît aller de soi, mais, dans les faits, on a constaté que les acteurs ont parfois rencontré des problèmes juridiques. Je pense à des pharmaciens qui ont eu à en subir de graves conséquences.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable : tout ce que vous ne précisez pas dans les dispositions que vous proposez peut donner lieu à interprétation.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement AS1729 du rapporteur et de Mme Catherine Lemorton visant à retenir la dénomination « réduction des risques et des dommages ».

Puis elle en vient à l'amendement AS1231 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Le présent amendement prévoit une sécurisation pénale des acteurs et usagers, et, à cette fin, vise, en cohérence avec l'esprit de l'article 8, à permettre un accès effectif, renforcé et facilité aux politiques et dispositifs de réduction des risques dans une optique de santé individuelle pour les personnes, mais, plus largement, dans un objectif de santé publique.

Ces dispositions sont cohérentes avec celles proposées par l'article 9 sur les salles de consommation de drogue à moindre risque.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1713 du rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à inscrire la politique de réduction des risques et des dommages dans le cadre de la lutte contre le VIH. Il s'agit de transférer les dispositions concernées du livre I au livre IV de la troisième partie du code de la santé publique.

La commission adopte l'amendement.

Elle adopte l'article 8 modifié.

e. Amendements adoptés en séance publique

- Amendement n° 2180 présenté par Mme Lemorton, Mme Pinville, M. Aviragnet, M. Aylagas, M. Bapt et a.

ARTICLE 8

Après l'alinéa 10, insérer l'alinéa suivant :

« II *bis*. – Le professionnel intervenant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les intervenants des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD) sont quotidiennement au contact d'usagers de drogues. Ils redoutent souvent qu'une mauvaise perception de leurs missions de prévention soit abusivement assimilée à une provocation, aide ou incitation à l'usage de drogues, réprimée pénalement.

Or l'article 122-4 du code pénal prévoit que « n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires ».

La combinaison de cette disposition et de la nouvelle définition par l'article 8 de la supervision des gestes de consommation, à l'article L. 3221-4 du code de la santé publique, pourrait suffire à prémunir les professionnels des principaux risques d'infractions.

Cependant, l'article 9 du projet de loi prévoit, de façon expresse, l'immunité pénale, dans le cadre de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, pour les professionnels agissant conformément à leur mission de supervision : ils ne peuvent, dans ce cadre, être poursuivis pour usage illicite et facilitation de l'usage illicite de produits stupéfiants.

L'article 8 ne définit aucune garantie pénale particulière pour les professionnels qui exercent ces fonctions de supervisions conformément à leurs missions. Ceci présente le risque d'une interprétation a contrario et de poursuites pour « facilitation de l'usage illicite de produits stupéfiants » dans l'exercice des missions définies à l'article L. 3121-4.

Cet amendement vise donc à introduire, à l'article 8, une garantie pénale, pour les seuls professionnels, dans l'article du code de la santé publique qui définit les missions de la réduction des risques et des dommages : aucune infraction pénale liée aux produits stupéfiants n'est spécifiquement visée, afin de ne pas avoir d'effet restrictif sur la protection accordée. Un renvoi à la garantie établie par l'article 122-4 du code pénal est proposé. Il s'agit également d'une marque de reconnaissance pour les équipes qui sont amenées à travailler, sur le terrain, en bonne intelligence avec les forces de police, de gendarmerie ou des douanes dont les membres bénéficient, dans l'exercice de leur missions en matière de lutte contre les stupéfiants, d'une immunité pénale.

- Sous-amendement n° 2447 présenté par M. Claireaux et Mme Orliac à l'amendement n° 2180 de Mme Lemorton

ARTICLE 8

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« Le professionnel intervenant »

les mots :

« L'intervenant agissant ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit par cette modification d'intégrer les intervenants bénévoles dans la sécurisation juridique des acteurs de la réduction des risques et des dommages en plus des professionnels.

Cette modification semble plus adaptée à l'activité des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUDs) animés très largement par des acteurs associatifs bénévoles, mais plus généralement aux différents types d'actions de réduction des risques et des dommages.

La formulation proposée permet de rejoindre le décret 2005-347 créant l'annexe 31-2 du code de santé publique définissant les « Intervenants participant aux activités de réduction des risques » :

« Les actions de réduction des risques sont réalisées par les professionnels du champ sanitaire, social et éducatif, des associations humanitaires, des associations de santé communautaire ou des associations spécialisées. Les intervenants peuvent être rémunérés ou bénévoles. » La protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal limitée aux seuls professionnels exclurait ces intervenants bénévoles des actions du fait d'un flou juridique auquel ils seraient alors exposés.

- Amendement n° 955 présenté par M. Lambin

ARTICLE 8

Supprimer l'alinéa 11.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Si une information contre l'addictologie, notamment aux produits stupéfiants, peut et doit être délivrée aux personnes victimes de ces addictions, il est paradoxal d'envisager de proposer un accompagnement et un soutien matériel en matière de consommation de drogues aux détenus. En effet, la loi interdit rigoureusement l'introduction, la détention et la consommation de stupéfiants en milieu carcéral. Apporter une aide, analogue à celle dispensée en milieu ordinaire aux personnes s'adonnant à la drogue, revient à reconnaître que de telles pratiques sont tolérées dans les prisons françaises, au mépris de la réglementation.

f. Discussion en séances publiques

- Première séance du mardi 7 avril 2015

Article 8

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 8.

La parole est à M. Philippe Goujon.

M. Philippe Goujon. Madame la présidente, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, cet article, en levant l'interdit qui pèse sur l'injection de drogue par voie intraveineuse, permet de légaliser l'ouverture des salles de *shoot*. Avec cette fausse bonne idée vous rompez le consensus autour des politiques de lutte contre les drogues menées par tous les gouvernements successifs depuis vingt ans. Pourtant ces salles ne sont ni utiles ni souhaitables.

Premièrement, depuis Simone Veil et Michèle Barzach, tous les gouvernements, de droite comme de

gauche, ont conduit une politique de réduction des risques – je l’ai moi-même appliqué à Paris – qui est sans doute la politique la plus aboutie en ce domaine. Nous sommes le seul pays à avoir inscrit le principe de prévention dans son appareil législatif via la loi de santé publique de 2004. L’offre française de réduction des risques est l’une des plus performantes au monde, avec plusieurs centaines de structures d’accueil, dont les CAARUD – centres d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – et les CSAPA – centres de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie –, l’une d’entre elles étant même dédiée aux usagers de crack à Paris. Les résultats sont probants : la moitié des héroïnomanes bénéficient de traitements de substitution ; deux tiers des usagers réguliers de drogue sont pris en charge dans les centres spécialisés ; le nombre des décès par overdose a été divisé par cinq, au point que notre pays en compte aujourd’hui cinq fois moins qu’en Allemagne, pays des salles de *shoot* ; le nombre des contaminations par le VIH a été divisé par quatre et celles-ci sont aujourd’hui marginales dans notre pays.

J’ajoute que les six pays où existent des salles de shoot n’obtiennent pas de résultats probants. La consommation de drogue s’y exhibe sur la voie publique d’une façon inimaginable en France, et les pouvoirs publics y considèrent que chacun a le droit de faire ce qu’il veut de sa santé, même la détruire, ce qui est bien éloigné de la conception humaniste qui est la nôtre, la mission de santé publique étant inscrite dans le préambule de notre Constitution.

J’ajoute que les Nations Unies déconseillent les salles de shoot et que la prévalence à l’héroïne est quatre fois plus élevée en Suisse et deux fois plus en Espagne, pays qui les autorisent.

Si ces salles ne sont pas utiles, elles ne sont pas non plus souhaitables : elles brouillent le message de l’État, qui ne peut mener une politique de désintoxication tout en facilitant la consommation, l’organisant et l’accompagnant au lieu de la réduire. L’État envoie ainsi un message contradictoire aux éducateurs, aux familles et aux milliers d’usagers qui cherchent à rompre avec leur addiction. De plus, elles lèvent l’interdit de la consommation de drogues, auquel un jeune sur deux est pourtant sensible, et introduisent une déstructuration des repères, légitimant et banalisant la drogue alors que « les interdits sont essentiels » en la matière, pour reprendre les mots d’un ancien ministre de l’intérieur, aujourd’hui Premier ministre. Ces salles ne résoudront pas non plus le problème de la contamination des usagers à l’hépatite C ou au VIH car la plupart d’entre eux sont déjà porteurs de ces facteurs de comorbidité.

Beaucoup d’usagers nous ont dit se méfier des salles de shoot car ils craignent d’être fichés par les autorités, et très peu les fréquentent, préférant consommer sans délai la drogue dans les rues avoisinantes, d’autant que ces salles ne sont ouvertes qu’aux heures de bureau.

Enfin, elles ne régleront pas les problèmes d’insécurité, quand elles ne les aggraveront pas en suscitant des points de fixation et d’attraction pour les toxicomanes et en développant le trafic alentour comme c’est le cas au Quai 9 de Genève.

Nous ne proposons évidemment pas de laisser les usagers de drogue à leur sort, bien au contraire : nous voulons les accompagner dans la voie de la guérison, et non dans celle de l’autodestruction. Les solutions existent : multiplier les équipes mobiles, renforcer les moyens des unités hospitalières consacrées à l’addictologie et les communautés thérapeutiques. Je rappelle que les frais de fonctionnement d’une salle de shoot s’élèvent à un million d’euros par an, soit le coût de l’ouverture de quinze lits dans un service d’addictologie afin d’accompagner vers le sevrage.

M. Jean-François Lamour. Et voilà !

M. Philippe Goujon. Renoncez à ce pari fou, madame la ministre, consistant à accompagner les toxicomanes les plus atteints dans leur dépendance plutôt qu’à les en sortir.

M. Jean-François Lamour et M. Guillaume Larrivé. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. Mon collègue Philippe Goujon a complètement raison et nous sommes nombreux sur ces bancs à nous opposer à une soi-disant expérimentation qui est en fait une légalisation durant six ans des salles de *shoot* sur tout le territoire. C'est l'objectif de l'article 9, et nous aurons l'occasion d'en débattre à l'occasion de cet article – nous y passerons le temps nécessaire.

L'article 8 établit le fondement juridique de la légalisation des salles de *shoot* sur l'ensemble du territoire national. C'est à peine d'ailleurs si cet article évoque la question des malades. En effet la prévention des risques existe déjà : c'est la mission des CAARUD et elles l'assument de manière très efficace. Vous omettez de traiter dans cet article la question thérapeutique, celle de la guérison de la dépendance à la drogue, puisque la seule solution que vous offrez aux malades dépendants est de les accompagner dans leur consommation. Cet accompagnement a certes une visée hygiénique, mais une politique de santé publique digne de ce nom devrait viser, premièrement à prévenir, ce dont il n'est quasiment pas question, et deuxièmement à guérir.

Or il n'est absolument pas question de guérison dans ce texte, puisqu'on ne précise pas quels moyens seront mis en œuvre pour accompagner les malades dépendants de la drogue sur le chemin de l'abstinence et du sevrage. Certes, cette solution est difficile, mais c'est la seule efficace sur le plan médical, c'est le seul moyen de sortir de l'enfer de la drogue et de l'addiction.

M. Guillaume Larrivé. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article sécurise sur le plan juridique les interventions des militants associatifs qui, dans leurs actions de réduction des risques auxquels les toxicomanes sont exposés, encourent des poursuites pour incitation à la consommation de stupéfiants. On estime entre 210 000 et 250 000 le nombre de consommateurs au long cours de drogue injectable qui sont exposés à d'importants risques sanitaires, pour eux-mêmes et pour leur entourage. Ces risques sont en particulier la transmission du VIH et de l'hépatite, les infections bactériennes ou mycosiques, les problèmes dentaires, mais aussi les troubles psychiatriques.

M. Philippe Goujon. Mais il y a d'autres moyens de réduire ces risques que d'autoriser les salles de *shoot* !

Mme Jacqueline Fraysse. La première mise en œuvre d'une politique de réduction des risques date de 1987 quand, à l'initiative de Michèle Barzach, un programme d'échange de seringues a été lancé ; en 1993, des centres d'accueil sont créés ; en 1995, sous l'égide de Simone Veil, alors ministre de la santé, les traitements de substitution sont autorisés. On voit qu'il fut un temps où la droite n'était pas arc-boutée sur des postures morales : elle était plus intelligente qu'aujourd'hui !

M. Yannick Moreau. Notre position n'est pas morale : elle est thérapeutique !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est cette démarche de réduction des risques que poursuit le Gouvernement, et que nous soutenons parce qu'elle permet des progrès concrets. Selon un rapport de l'INSERM, le nombre de toxicomanes est relativement stable depuis une quinzaine d'années, et la moitié d'entre eux sont pris en charge dans le cadre d'un programme de substitution.

M. Bernard Accoyer. C'est bien la preuve que la politique conduite jusqu'ici est efficace !

Mme Jacqueline Fraysse. Ils meurent moins du sida ou d'overdoses, même si le nombre de ces dernières est reparti à la hausse depuis 2002. L'injection par voie intraveineuse régresse elle aussi, mais certains consommateurs, souvent les plus jeunes et les plus marginalisés, échappent aux structures et aux dispositifs actuels. Ces faits, qui ne réjouissent personne, montrent qu'il y a lieu de prendre de nouvelles dispositions pour tenter de réduire les risques – je dis bien « tenter » car ce n'est pas facile, et personne ne peut prétendre détenir la vérité en la matière.

L'article 9 est une tentative pour toucher ce public qui reste inaccessible pour les dispositifs existants. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de s'arc-bouter contre des dispositions qui ont une visée humaniste. Il ne s'agit évidemment pas de stimuler la consommation de drogue, mais au contraire d'aider les consommateurs à en sortir.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Madame le ministre, la question des toxiques a toujours vu plusieurs discours s'affronter. D'un côté, les somaticiens mettent l'accent sur l'aspect hygiénique et la prévention des maladies transmissibles. D'autres cependant préfèrent prendre en compte l'individu dans son ensemble et considèrent que le toxicomane joue avant tout à un jeu éminemment dangereux avec la mort. Il remet en cause tous les interdits de la société, à ses propres dépens, notamment en transgressant la règle qui commande qu'on respecte son identité corporelle.

L'article 8 concerne en majorité des personnes qui, en s'injectant des produits toxiques, ont franchi un cap. Je trouve qu'à cet égard on fait preuve d'une prétention excessive : ces personnes connaissent bien mieux que les soignants ces produits, qu'elles expérimentent sur elles-mêmes, qu'il s'agisse de leur dosage, de la fréquence ou du type d'utilisation. Nous devrions donc faire preuve d'une grande modestie dans ce domaine.

Dans votre volonté de défendre, pour des raisons de santé publique, les bénévoles et les personnes qui, depuis des années, se battent aux côtés des toxicomanes pour éviter la transmission de virus et de maladies infectieuses gravissimes, vous allez par cet article aggraver le déséquilibre en officialisant, au mépris de la loi, une vision purement hygiéniste de la consommation de toxiques. Il y a là un paradoxe profond : la semaine dernière, vous promouviez la vision d'un monde où les toxiques légaux, alcool ou tabac, seraient prohibés. Alors que nous vivons dans un monde extrêmement violent, vous avez décidé de renverser, par la loi, les plus grands interdits, et de transgresser les tabous les plus importants !

M. Bernard Accoyer. C'est pire que paradoxal : c'est de la schizophrénie !

M. Nicolas Dhuicq. L'article 9 autorise en effet certaines personnes à fournir ces drogues et des conseils quant à leur utilisation. Mais, de grâce, essayez de comprendre que les personnes qui consomment ces produits en savent bien plus que vous et que les médecins, puisqu'ils expérimentent ces produits sur leur propre corps.

Cet article 8 illustre le déséquilibre de votre projet de loi, puisqu'il n'évoque jamais la question de la liberté et de l'esclavage de la dépendance. Il ne rappelle jamais le devoir de notre société d'accompagner ces personnes vers la sortie de la dépendance en posant des interdits. Certes, ce chemin est difficile et tout le monde ne pourra pas l'emprunter, mais nous devons accepter nos imperfections, voire, à certains moments, notre impuissance. Nous ne pourrions pas sauver les personnes dépendantes aux drogues contre elles-mêmes ! Il n'est pas possible de soigner un patient qui ne le souhaite pas.

A travers l'hospitalisation d'office – anciennement appelée hospitalisation à la demande d'un tiers – la loi permet de porter secours à un frère humain en difficulté. Là, vous faites l'inverse :...

Mme la présidente. Merci, monsieur le député...

M. Nicolas Dhuicq. ...vous allez entretenir la dépendance, au lieu de proposer aux patients la voie de la liberté. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. Je rappelle que le temps de parole des députés inscrits sur l'article est de deux minutes !

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, nous voulons tous lutter contre la toxicomanie et contre les addictions. Leurs dégâts sont bien connus et les combattre est une obligation. Cependant, le rôle d'un professionnel de la santé est de soigner la maladie, non de l'entretenir !

L'ancienne majorité n'a pas à rougir de son action. Elle a su apporter un soutien financier et matériel conséquent à tous les dispositifs de prise en charge et de traitement des toxicomanes, qu'il s'agisse des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA, des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction, les CAARUD, ou des dispositifs d'hébergement.

Par rapport à ses voisins, la France est en pointe dans ce combat. Même s'il a augmenté ces dernières années, madame la ministre, le niveau de consommation de drogue en France reste très inférieur à ce

qu'il est dans d'autres pays de l'Union européenne comme l'Espagne, l'Italie, ou même la Grande-Bretagne : selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, le nombre de consommateurs réguliers de cocaïne a dépassé un million dans ces pays, tandis qu'ils ne seraient qu'environ 250 000 en France.

La politique française, fondée sur l'interdiction et le sevrage, est exemplaire en matière de prévention et de réduction des risques.

M. Philippe Goujon. Très bien !

M. Jean-Pierre Door. Plusieurs centaines de CAARUD sont à la disposition des toxicomanes pour leur permettre d'être soignés.

C'est parce que nous sommes opposés à toute levée de l'interdit, à toute transgression du tabou que nous nous opposerons également à l'ouverture de salles de *shoot*, proposée à l'article 9. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Je voudrais, madame la ministre, vous lire quelques lignes d'un texte, dont je vous indiquerai ensuite l'auteur.

« Avant d'ajouter une strate supplémentaire à l'usine à gaz déjà bâtie pour la prise en charge des toxicomanies, il est urgent de la revisiter, afin de l'optimiser en coût et en efficacité. La toxicomanie est une affaire trop grave pour être abandonnée à des addictologues victimes du syndrome de Stockholm, devenus les otages indûment empathiques de leurs patients. On nous parle ainsi d'expérimentation : on nous assure que le toxicomane apportera sa drogue, etc. Souvenons-nous que dès que le pied est glissé dans l'entrebâillement de la porte, elle n'a plus ni pêne, ni serrure, ni verrou. Ne soyons pas dupes de cette stratégie du fondu enchaîné, des petits pas successifs saisissant toutes les opportunités pour faire progresser l'interdiction d'interdire, déjà responsable de tant de dérapages et de drames. »

L'auteur de ces lignes est un grand professeur de médecine, puisqu'il s'agit du président du Centre national de prévention, d'étude et de recherche sur les toxicomanies.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chevrollier.

M. Guillaume Chevrollier. Cet article lève le tabou qui pèse sur l'injection de drogue par voie intraveineuse. Il est en rupture complète avec les politiques de santé publique et de lutte contre la drogue menées en France depuis plus de vingt ans par tous les gouvernements. Comme tout malade les toxicomanes ont droit à la compassion, mais le message que vous leur envoyez est irresponsable...

M. Philippe Goujon. Totalement irresponsable !

M. Guillaume Chevrollier. ...en ce qu'il contribue à banaliser la drogue, ce que l'on ne peut admettre. Vous laissez les usagers à leurs addictions, au lieu de tout mettre en œuvre pour les en extraire.

L'expérimentation des salles de *shoot*, que vous appelez hypocritement « salles de consommation de drogue à moindre risque », est un exemple typique de cette banalisation. Cette expérimentation est d'autant plus déplacée que les résultats de ces salles d'auto-injection, dans les pays qui les ont expérimentées, ne sont pas probants sur le plan médical. Or notre pays dispose déjà d'un nombre important de centres de soins pour les toxicomanes,...

M. Philippe Goujon. Plusieurs centaines !

M. Guillaume Chevrollier. ...ce qui n'est pas le cas des pays ayant ouvert des salles de *shoot*. La France se classe même en tête pour les traitements de substitution. Notre pays a aussi la chance de compter de nombreuses associations de bénévoles et de nombreuses structures de lutte contre les toxicomanies.

Je vous demande donc, madame la ministre, d'axer notre politique de santé publique sur les soins et le

sevrage. Vous devez délivrer à nos jeunes un message clair et exempt de démagogie. Les jeunes doivent savoir que la drogue est un fléau, un engrenage dont on sort très difficilement. En ce domaine, le laxisme est irresponsable.

Mme Luce Pane. Mais qui parle de laxisme ?

Mme Seybah Dagoma. C'est lamentable !

M. Alain Fauré. C'est votre démagogie qui est laxiste !

M. Guillaume Chevrollier. C'est de plus un mauvais signal adressé aux trafiquants de drogue, qu'il nous faut combattre avec la plus grande sévérité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet article prend le contre-pied de la politique de lutte contre les toxicomanies menée jusqu'à présent par notre pays : en cela il constitue une véritable rupture.

Dans l'exposé des motifs, le Gouvernement précise que « la politique de réduction des risques est l'un des succès les plus marquants pour la santé publique dans notre pays. Elle a ainsi permis de voir la proportion d'usagers de drogues contaminés par le VIH passer de 30 % dans les années 1990 à 10 % en 2011, et ils ne représentent plus que 1 % des diagnostics de séropositivité. » Pourtant le Gouvernement propose exactement le contraire dans cet article !

Il est vrai que le parti socialiste, depuis longtemps, prône la dépénalisation...

M. Philippe Goujon. La légalisation !

M. Bernard Accoyer. ...et c'est de cela dont il s'agit en réalité !

Mme Michèle Delaunay. Mais bien sûr ! Nous recommandons aux Français de prendre de l'héroïne tous les jours !

M. Bernard Accoyer. Il s'agit de tourner le dos à ce qui était jusqu'ici l'objectif prioritaire, à savoir la lutte contre le trafic de drogue, la prévention et la délivrance de produits de substitution, en dépit des résultats que l'on sait. Le message ainsi envoyé, en particulier à la jeunesse, est incompréhensible. Alors que les études les plus récentes montrent que la consommation de cannabis a significativement augmenté chez les plus jeunes, ce texte ne comporte aucune mesure visant à lutter contre cette consommation. Au lieu de cela, on s'acharne sur le tabac et les buralistes !

L'opposition unanime des experts à un tel projet, qu'il s'agisse de l'INSERM, dans son avis de 2011, de l'académie de médecine plus récemment, ou encore du Conseil d'État, à propos du projet d'installation d'une salle de *shoot* gare du Nord, souligne l'incohérence de la politique que le Gouvernement entend désormais conduire pour lutter contre les toxicomanies.

D'ailleurs, madame la ministre, une expérimentation de six ans, ce n'est plus une expérimentation : c'est une installation ! Vous n'avez pas le premier euro pour financer les salles de *shoot* : tant pis, on y va quand même ! Vous négligez complètement le fait que la vie des riverains de ces établissements deviendra infernale. Comment pourrez-vous par ailleurs justifier la mise à disposition de produits dans les salles de *shoot* ? On nage en pleine incohérence !

Je vous rappelle, madame la ministre, que la plupart des expérimentations menées dans ce domaine sont le fait d'États fédéraux. La France étant un État centralisé, c'est l'ensemble de notre pays que vous entraînez sur une pente dangereuse : c'est pourquoi nous ne pouvons accepter ces articles. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Nous savons tous que la prévention, qui est le maître mot de ce projet de loi, se décompose en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

M. Nicolas Dhuicq. Mais cela ne marche pas !

Mme Michèle Delaunay. Nous savons aussi que la médecine ploie sous le poids des maladies comportementales, qui sont principalement des maladies addictives. Aujourd'hui où nous abordons ce

très beau sujet de la réduction des risques, nous devons nous poser la question suivante : devons-nous laisser en dehors du champ de la prévention et de la politique de réduction des risques les plus déshérités, les plus marginaux, ceux dont la situation est la plus difficile, alors qu'ils sont ceux qui en ont le plus besoin ? (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Nicolas Dhuicq. Mais cela ne marchera pas !

Mme Claude Greff. Il n'y a pas que les plus en difficulté qui viendront ! Comment pouvez-vous être sûre que les autres ne viendront pas aussi ?

Mme Michèle Delaunay. J'ai beaucoup écouté...

M. Bernard Accoyer. Occupez-vous de la jeunesse !

Mme Michèle Delaunay. Vous le savez, monsieur Accoyer, je me suis surtout occupée des personnes âgées.

Mme Claude Greff et M. Bernard Accoyer. Ce ne sont pas elles qui souffrent le plus d'addictions !

Mme Michèle Delaunay. Je ne fais aucune distinction entre les malades ou les personnes en difficulté, et je suis sûre que vous faisiez de même dans votre exercice professionnel.

Mme la présidente. La parole est à M. Dino Cinieri.

M. Dino Cinieri. La consommation de drogues en France progresse de manière inquiétante, notamment chez les adolescents. Une famille sur vingt serait touchée par la toxicomanie. Pendant de nombreuses années, les pouvoirs publics et le milieu associatif ont dédramatisé la consommation de drogues et à force de la dédramatiser, on l'a banalisée, madame la ministre.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr !

M. Dino Cinieri. On a laissé penser que la consommation de certaines drogues, comme le cannabis, n'était pas problématique. Le cannabis est pourtant bien souvent la porte d'entrée vers d'autres drogues.

Cette banalisation, qui n'est pas étrangère à la hausse de la consommation de drogues en tout genre, brouille les repères, encourage le relativisme et anéantit le message de prévention. L'approche globale de la dépendance, en mettant sur le même plan l'alcool, le tabac, les psychotropes et les drogues, est aussi un facteur de banalisation, de même que la distinction entre drogue douce et drogue dure. Les études scientifiques démontrent en effet que cette classification est illusoire.

Face à cette situation dramatique, tant sur le plan sanitaire que social, il est urgent d'apporter des réponses claires et sans ambiguïté et de faire preuve d'un vrai courage politique. La lutte contre la toxicomanie doit s'inscrire dans une approche globale allant de la prévention à la prise en charge sanitaire et sociale, de la sanction éducative et graduée à la lutte renforcée contre le trafic.

Au début des années quatre-vingt-dix, la France a développé une politique de substitution visant à réduire les risques liés à la consommation de drogues, notamment pour faire face à la contamination au VIH, mais alors qu'à l'origine, la méthadone était délivrée exclusivement dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, depuis 2002, tout médecin hospitalier ou travaillant dans une unité de consultation et de soins ambulatoires en milieu carcéral peut délivrer à un patient un tel traitement de substitution.

Allez-vous dresser un état des lieux de cette politique de substitution via la méthadone ou le subutex, qui font d'ailleurs l'objet de nombreux trafics qui coûtent cher à l'État ? Si la politique de réduction des risques doit être poursuivie, la substitution ne doit pas être considérée comme une fin en soi ou comme l'unique solution au traitement de la toxicomanie. La délivrance de produits de substitution ne doit en effet être envisagée que pour une durée limitée. Le sevrage et la diminution du nombre de toxicomanes doivent redevenir l'objectif premier. La première cause de réduction des risques, c'est la réduction de la consommation de drogues. L'État doit accompagner les usagers de drogues vers une sortie définitive de la toxicomanie. Il est donc indispensable de permettre un sevrage médical et psychologique ainsi qu'un accompagnement social et professionnel.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Lassalle.

M. Jean Lassalle. Tout en abordant, comme tous mes collègues, ce sujet avec beaucoup d'humilité, je me réjouis que nous puissions en débattre car c'est l'un des sujets majeurs de notre temps et même des temps à venir. Pour avoir, comme vous tous, eu l'occasion d'entendre des personnes issues des milieux les plus à risque et les plus difficiles, je me suis demandé si la violence ne constituait pas le risque le plus grave pour notre pays dans les années à venir. Or de nombreux maires, éducateurs, et même des médecins – nombreux dans cet hémicycle – m'ont dit s'inquiéter bien davantage de la recrudescence de la consommation de drogue chez les plus jeunes, comme l'a dit à l'instant M. Cinieri. Les chiffres sont terrifiants à cet égard.

On peut voir dans la cruauté de notre temps, la rudesse des conditions de vie d'une très grande partie de la population et l'éclatement, pour diverses raisons, de la cellule familiale, la cause de ce phénomène. Quoi qu'il en soit, je suis effaré de voir ce fléau frapper jusqu'à ceux qui, parmi les personnes que j'ai pu côtoyer depuis une dizaine d'années, me semblaient les moins susceptibles de sombrer – et il ne s'agit pas forcément de jeunes. Je les retrouve après un an ou deux dans un état presque désespéré.

Je n'ai pas encore arrêté ma position sur ce texte. J'ai bien entendu les propos de notre ancien président, M. Accoyer – une conscience –. Je me demande cependant si un fléau d'une telle ampleur n'appelle pas précisément une politique de rupture et s'il ne nous impose pas de porter la plus grande attention à la proposition de Mme la ministre, à condition que l'on fasse le bilan de tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour et qu'on donne le sentiment, non de dépénaliser, mais de chercher à assurer la prise en charge de chacun de ceux qui n'ont plus actuellement aucune chance de s'en sortir seuls. Pourvu qu'elle s'accompagne d'un bon suivi et d'une prise de conscience, cette solution permettra peut-être de redonner goût à une vie normale à des hommes et des femmes qui n'ont plus aucune raison d'y croire et d'espérer.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Avec les articles 8 et 9, nous abordons le sujet de l'ouverture des salles de *shoot*, ou salles à injection protégée. À entendre les collègues de la majorité, on a l'impression qu'il y a, d'un côté, celles et ceux qui sont attachés à l'accompagnement des toxicomanes et à la prévention et, de l'autre, les méchants parlementaires de l'opposition, qui refuseraient, par manque de cœur, de tenir compte de ceux de nos concitoyens qui ont, du fait de leur dépendance à la consommation de produits illicites, un mode de fonctionnement pathologique. Pourtant nous partageons tous, sur l'ensemble de ces bancs, le même objectif : protéger notre société de la toxicomanie par une politique de prévention mais aussi d'accompagnement de ceux de nos concitoyens qui consomment ces produits.

Vous prenez en exemple six pays européens, mais il est d'autres pays dans le monde qui autorisent les salles de *shoot* : je pense notamment à l'Australie ou aux États-Unis. Ce que vous oubliez de dire, c'est que la situation n'y est pas comparable à ce qu'elle est en France puisqu'ils ne disposent pas des nombreux filets de protection, d'ailleurs très onéreux pour l'État, structures et dispositifs qui nous permettent déjà d'accompagner ces toxicomanes : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CAARUD –, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie – les CSAPA –, les centres cantonaux d'addictologie – les CCA –, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les hébergements d'urgence, les réseaux d'appartements thérapeutiques, les réseaux de familles d'accueil, les unités d'hospitalisation spécifiques pour toxicomanes, les dispensaires ou les « boutiques », les *sleep in*, les centres de délivrance de la méthadone ainsi que les « bus méthadone », qui vont à la rencontre des utilisateurs, et bien d'autres encore.

Si vous persistez cependant dans votre volonté d'instituer des salles de shoot, je vous demanderai, dans un souci de pragmatisme, de tenir compte des inquiétudes de mes collègues parlementaires, notamment ceux qui sont également maires, qui craignent la proximité de ces salles avec des écoles ou des centres commerciaux.

Mme Seybah Dagoma. C'est déjà le cas !

M. Arnaud Robinet. Pourquoi ne pas les ouvrir au sein des établissements de santé, comme les CHU, afin d'établir un lien direct entre les professionnels de santé et les toxicomanes, ce qui rendra la prise en charge plus efficace ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je constate que cet article, censé aborder le problème de l'addiction, se limite à l'addiction aux drogues dures, laissant de côté le problème de la dépendance au cannabis. Rien n'est prévu pour prévenir l'entrée des jeunes dans la consommation de cannabis, alors qu'ils sont de plus en plus nombreux à consommer cette drogue, et de façon de plus en plus précoce.

On ne peut que s'interroger sur le message que vous voulez faire passer en faisant figurer ces articles 8 et 9 dans un texte censé moderniser notre système de santé. Mais au lieu de traiter ouvertement de la dépénalisation – on sait que le débat entre partisans et opposants à la dépénalisation des drogues traverse le parti socialiste –, vous préférez remettre en question ce qui fait pourtant la force de notre système de santé : la prévention, d'abord, les soins et l'accompagnement, ensuite.

Le message que vous transmettez ainsi à notre jeunesse n'est pas des plus engageants pour l'avenir. On a le sentiment que votre politique de santé consiste à remplacer tous les dispositifs d'accompagnement existants par cette belle invention qui s'appelle salle de *shoot* – même si vous refusez ce terme. Mais que faites-vous des autres dispositifs ? N'aurait-il pas mieux valu continuer à faire de la prévention et du soin et surtout de l'accompagnement social ? En autorisant l'ouverture de telles salles, votre but ne serait-il pas de vous donner une image de modernité, madame la ministre ?

Vous dites qu'il s'agirait d'une expérimentation de six ans. De qui se moque-t-on ? Avez-vous déjà vu une expérimentation d'une telle durée ? Si au moins vous nous aviez proposé une durée de deux ans, nous aurions pu croire à votre volonté d'évaluer réellement ce dispositif. Mais proposer une expérimentation de six ans, c'est se moquer de nous et laisser tomber tous les autres dispositifs.

Vous dites vouloir mener une politique en faveur des plus marginaux et des plus malades, mais que proposez-vous aux autres ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Pinville.

Mme Martine Pinville. Je tiens à recentrer le débat sur les dispositions prévues par ce texte, notamment à l'article 8, car certains propos m'ont réellement choquée : vous dites, chers collègues de l'opposition, que nous allons faciliter la consommation, lever les interdits et remettre en cause les dispositifs d'accompagnement.

Plusieurs députés du groupe UMP. Tout à fait !

Mme Martine Pinville. Apparemment vous n'avez pas lu l'article 8 ! En effet la prévention est un axe central de ce texte, notamment en direction des enfants et des adolescents. Si vous aviez été présents lors de nos débats, vous sauriez que le parcours éducatif de santé vise précisément à prévenir l'apparition de certains comportements psychosociaux chez les enfants. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Bernard Accoyer. Nous sommes présents depuis le début des débats !

Mme Martine Pinville. Nous examinerons également la question du rôle du pédiatre en matière de prévention.

L'article 8, quant à lui, définit le cadre général de la politique de réduction des risques à l'égard des usagers de drogues. Il vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

Plusieurs députés du groupe UMP. Parlez des salles de *shoot* !

Mme Martine Pinville. Il s'agit donc d'abord de définir un cadre avant de passer à l'étape suivante.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je rappelle d'abord que nous abordons l'examen de l'article 8 et non de l'article 9, relatif aux salles de consommation à moindre risque. Je précise à ce propos qu'elles devraient s'appeler « salles de consommation supervisées à moindre risque » et non pas « salles de *shoot* ». (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Plusieurs députés du groupe UMP. C'est pareil !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. À propos de la distinction entre drogues dures et drogues douces, je souscris à ce qui a été dit par M. Dhucq vendredi dernier. Selon lui, une drogue n'est ni douce, ni dure : il s'agit à chaque fois de la rencontre entre un produit et une personnalité à un moment donné et cela ne donne pas dans tous les cas le même résultat. Lorsqu'une personne consacre l'essentiel de ses journées à la recherche d'alcool, ce produit peut être considéré comme une drogue dure.

S'agissant des salles de *shoot*, je rappelle qu'il existe quatre-vingt-seize salles dans le monde, réparties dans dix pays et que la première a déjà trente ans. Vous nous avez demandé, madame Dalloz, de ne pas laisser de côté la prévention de la consommation de cannabis, mais vous oubliez qu'il existe d'ores et déjà des consultations réservées aux jeunes consommateurs, même si ce n'est pas le cas partout.

Vous semblez opposer la solution proposée à l'article 8 à une politique de prévention primaire, mais l'une n'empêche pas l'autre : les deux approches sont complémentaires. Si cette première barrière de la prévention primaire – la préconisation d'une consommation modérée d'alcool, l'interdiction de fumer du cannabis ou de s'injecter de l'héroïne par exemple –, n'a pas marché, il faut passer à la prévention secondaire car on ne peut pas laisser les personnes concernées sur le bord de la route.

M. Bernard Accoyer. Il y a déjà toute une politique !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Monsieur Aboud, comment pouvez-vous soutenir que les acteurs de la politique de réduction des risques, qui travaillent notamment au sein des CSAPA, des CAARUD ou des réseaux ville-hôpital, donnent raison aux consommateurs de drogues sous l'effet de je ne sais quel syndrome de Stockholm ? Cela me fait de la peine pour eux, même s'il s'agit d'une citation.

M. Élie Aboud. D'une personne bien placée pour le dire.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Quoi qu'il en soit, j'ai du mal à accepter de tels propos, comme eux-mêmes sans doute, qui suivent aujourd'hui nos débats.

C'est vous, je crois, monsieur Accoyer, même si je ne veux pas toujours vous charger...

M. Alain Fauré. Il l'est déjà suffisamment ! (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. Cela fait beaucoup en effet.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. ...qui avez dit que six ans était une durée trop longue pour une expérimentation. Je rappelle qu'on avait envisagé d'expérimenter les communautés thérapeutiques pendant trois ans et que les acteurs ont jugé cette durée insuffisante pour permettre de les évaluer. Six ans me paraît donc la bonne durée, d'autant que cela ne nous dispensera pas d'un petit bilan d'étape tous les ans ou tous les deux ans – je crois que Mme la ministre sera de cet avis.

Par ailleurs, monsieur Accoyer, des expertises ont été menées, notamment par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Je ne crois pas qu'on puisse mettre en cause les expertises de l'INSERM. Or en 2010, cet institut concluait que les salles de consommation avaient leur place parmi ces dispositifs.

M. Bernard Accoyer. Non, non, non.

M. Philippe Goujon. Vous n'avez cité ni l'Académie nationale de médecine ni l'Académie nationale de pharmacie.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Dord.

M. Dominique Dord. J'ai de la peine à considérer ces articles 8 et 9 comme un progrès pour notre jeunesse de France et j'ai de la peine à considérer qu'il ne s'agit pas d'un basculement de notre droit sous couvert d'expérimentation.

Je rejoins les propos tenus par Arnaud Robinet : si on poursuit effectivement un objectif de prévention des risques, notamment des risques sanitaires, pourquoi ne pas prévoir expressément dans la loi que ces fameuses salles de consommation seront installées en milieu hospitalier ? Un tel choix serait cohérent avec un objectif de prévention sanitaire. Toute autre localisation de ces salles nous ferait prendre le risque d'envoyer un message tout différent : celui d'un basculement de notre droit du côté, non pas de la prévention mais de la dépénalisation ou du moins d'une forme d'autorisation délivrée par la société. Prévoyons donc expressément dans la loi, comme Arnaud Robinet le propose, que ces futures salles de consommation seront situées en milieu hospitalier.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Je voudrais rappeler en quelques mots le cadre dans lequel s'inscrit l'action qui vous est proposée et qui est constitué par les articles 8, 8 bis, et 9, ce dernier étant au cœur de des débats.

Si j'ai été sensible aux interventions qui ont manifesté une certaine humilité face aux réalités que nous avons à prendre en compte, je regrette certains excès. Certes, monsieur Robinet, il n'y a pas d'un côté les gentils qui veulent soigner et de l'autre les méchants qui veulent stigmatiser, mais j'ai entendu sur les bancs de l'opposition des déclarations au moins aussi caricaturales. Prétendre que le Gouvernement veut remettre en cause trente ans de politique de prévention et supprimer les moyens de cette politique...

Plusieurs députés du groupe UMP. Eh oui !

Mme Marisol Touraine, ministre. ...c'est faire preuve, au mieux de mauvaise foi, au pire de l'irresponsabilité la plus totale.

Mme Martine Pinville. Ce n'est pas sérieux.

Mme Marisol Touraine, ministre. Notre but est simplement de tenir compte de la diversité des situations.

Je voudrais répondre plus précisément à certains des points qui ont été évoqués, et d'abord – sans m'y attarder car, franchement cela n'en vaut guère la peine – à l'accusation que le Gouvernement voudrait légaliser ou dépénaliser la consommation de drogues douces. Depuis 2012, celle-ci n'a jamais varié : le Gouvernement est et restera résolument opposé à tout laxisme, à toute ambiguïté ainsi qu'à toute dépénalisation en la matière.

Mme Marie-Christine Dalloz. C'est bien.

Mme Marisol Touraine, ministre. Si j'accepte les débats de fond, je n'accepte pas les faux débats : jamais vous ne trouverez un propos, dans ma bouche ou dans celle d'un membre du Gouvernement, favorable à cette dépénalisation.

M. Yannick Moreau. Et M. Peillon ? Et Mme Duflot ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce n'est pas pour autant que je partage de quelque manière que ce soit la croyance qu'il suffirait d'entrer dans la consommation du cannabis pour se retrouver dépendant des drogues dures : on sait bien qu'il s'agit de mécanismes différents.

Depuis vingt ans, notre pays s'est résolument engagé dans une politique de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise, le SIDA, à l'initiative notamment des associations de lutte contre cette épidémie, dont je veux saluer le travail exceptionnel. Elles ont contribué à la prise de conscience dans notre pays de la nécessité absolue de lutter contre la propagation des risques. Cette politique a effectivement permis de réduire de façon significative les risques, notamment celui de transmission des infections.

M. Dominique Dord. Donc le risque est maîtrisé.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette politique a donné des résultats dont nombre de pays pourraient s'inspirer. En vingt ans, le taux de contamination par le VIH est passé de 30 % à 10 % chez les usagers de drogues.

M. Bernard Accoyer. Puisque cela a marché, pourquoi changer de politique ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le taux de séropositivité n'est plus que de 1 % chez ces mêmes usagers.

M. Philippe Goujon. Il y a sept fois plus de cas en Suisse, où il y a des salles de *shoot*.

Mme Marisol Touraine, ministre. Malheureusement 44 % des personnes qui s'injectent des drogues sont infectées par le virus de l'hépatite C, ou VHC, et le nombre de décès par overdose est d'environ 400 chaque année, ce qui est trop. Nous avons donc besoin d'approfondir cette politique et de tenir résolument le cap qui a été fixé : c'est ce que nous faisons. Nous l'avons fait à l'article 7, nous le faisons à l'article 8 et nous le ferons aux articles suivants.

M. Philippe Goujon. Il existe d'autres moyens.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il nous faut rechercher quelles réponses nous pouvons apporter à celles et ceux qui restent totalement inaccessibles aux dispositifs existants.

Je veux rappeler à ceux qui pensent de bonne foi que nous remettons en cause les politiques de prévention que, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement a voté un engagement de 388 millions d'euros en faveur des politiques et des structures d'addictologie. S'y ajoutent les financements en provenance des agences régionales de santé, à travers les fonds régionaux d'intervention. On ne peut pas nous accuser de renoncer aux politiques de prévention lorsque nous nous engageons à ce niveau.

On ne peut pas non plus considérer que cette loi signerait un quelconque renoncement, quand l'article précédent nous a permis de sécuriser la distribution et l'utilisation de tests de diagnostic rapide par les associations, de faciliter la mise à disposition de ces mêmes tests auprès de l'ensemble des acteurs concernés et de prévoir la mise en place d'auto-tests au bénéfice de celles et ceux qui sont réfractaires à toutes les solutions existantes. Le sens de l'article 9 est précisément de nous adresser à eux de la manière que nous voulons la plus juste possible. Je le dis avec une certaine humilité, sans chercher à me glorifier de quoi que ce soit, madame Dalloz : je constate simplement qu'il y a 400 overdoses par an et que c'est trop.

Mme Marie-Christine Dalloz. Cela n'y changera rien.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est une réalité.

Mme Marisol Touraine, ministre. Que vous le vouliez ou non, des hommes et des femmes se droguent dans les jardins publics, dans les rues, dans les gares : on ne peut se satisfaire d'une telle situation ! Ce n'est pas en faisant tomber un voile opaque sur cette réalité sociale qu'on la fera disparaître. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

La position du Gouvernement vise simplement, de façon pragmatique et réaliste, à renforcer les actions en direction de celles et ceux que jusqu'à présent rien n'a permis d'atteindre et qui se trouvent à l'écart de tout. Ces salles de consommation à moindre risque...

M. Yannick Moreau. Ces salles de *shoot*.

Mme Marisol Touraine, ministre. ...sont précisément destinées à une population très particulière et très précarisée, souvent sans domicile fixe, et qui ne peut pas se retrouver dans les structures habituelles. J'ajoute, pour qu'on prenne la mesure de cette disposition, que le coût de cette expérimentation serait de 800 000 euros par an.

M. Yannick Moreau. 1,2 millions d'euros.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette somme est à rapporter aux 388 millions d'euros que nous consacrons chaque année à la prévention et à la lutte contre les addictions.

Mme Marie-Christine Dalloz. C'est autant de moins pour la prévention.

Mme Marisol Touraine, ministre. Certains se sont demandés pourquoi on ne pourrait pas installer ces salles dans les hôpitaux. La question est légitime mais il est absolument essentiel de ne pas confondre les personnes qui fréquenteront ces salles avec des patients habituels. Le problème n'est pas qu'elles soient installées ou non au sein d'un hôpital : il faut avant tout garantir un accès autonome et indépendant à ces installations. Aucune confusion ne doit être possible. Les personnes qui ont besoin d'être prises en charge ne doivent pas avoir le sentiment qu'on veut les tirer, en quelque sorte de force, vers une structure exclusivement sanitaire.

M. Jean-François Lamour. Quelle incohérence !

Mme Marisol Touraine, ministre. L'enjeu est social : il s'agit d'accompagner ces personnes tout en protégeant, disons-le clairement, le personnel.

M. Bernard Accoyer. Et les substances : qui les fournira ? Vous légalisez le trafic.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il faut en effet que les personnels qui vont intervenir dans ces salles bénéficient de protections spécifiques puisqu'ils seront exposés à des risques particuliers.

Toutes ces raisons nous ont amenés à proposer une expérimentation d'une durée maximale de six ans. Il fut un temps, mesdames et messieurs de l'opposition, où certains responsables de vos partis s'exprimaient en faveur de telles expérimentations et faisaient preuve de beaucoup plus d'ouverture d'esprit que celle dont vous faites preuve aujourd'hui. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Je vous invite à vous reporter aux déclarations des uns et des autres, d'origines géographiques ou politiques très diverses.

Mme la présidente. Du calme, mes chers collègues.

Mme Marisol Touraine, ministre. Mais je trouve que ce débat mérite mieux qu'un débat politicien.

M. Bernard Accoyer. Parce que vous, vous ne faites pas de politique ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit en effet de soutenir, d'accompagner et de soigner des femmes et des hommes qui sont aujourd'hui laissés à eux-mêmes. Tel est le sens de l'article 9, qui s'inscrit dans un cadre rénové et adapté aux réalités sociales d'aujourd'hui comme aux difficultés rencontrées par celles et ceux qui sont entrés dans l'enfer de la dépendance.

Mme Seybah Dagoma. Absolument.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet enfer, il faut donc autant que possible les aider à en sortir, et à tout le moins limiter les risques auxquels ils sont exposés. Tel est le sens de l'action portée par le Gouvernement dans ce projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. Nous avons achevé la discussion sur l'article.

Je suis saisie de six amendements identiques, n^{os} 39, 218, 383, 588, 771 et 1770, visant à supprimer l'article 8.

La parole est à M. Philippe Goujon, pour soutenir l'amendement n° 39.

M. Philippe Goujon. Nous avons tous pour ambition de soigner le toxicomane, et nous ne vous en faisons pas, madame la ministre, le procès. Mais nous considérons, pour notre part, qu'on le soigne en l'aidant à se défaire de son addiction par la seule méthode qui vaille, c'est-à-dire par le sevrage. Nulle intoxication ne peut être soignée par le produit qui l'a créée.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr !

M. Philippe Goujon. Or le sevrage va de pair avec l'interdit de l'injection par voie intraveineuse que vous levez dans cet article 8. Cette interdiction n'a pas un but moralisateur mais poursuit un objectif de prévention. Selon l'étude *European School Project on Alcohol and other Drugs*, dite ESPAD, la moitié des jeunes âgés de dix-sept ans et plus qui ne se droguent pas disent justement ne pas le faire parce que c'est interdit. Or vous levez cet interdit.

Mme Marisol Touraine, ministre. Non.

M. Philippe Goujon. Si, puisque c'est précisément l'objet de l'article 8. Ouvrir des salles de *shoot* pour accompagner les toxicomanes dans leur dépendance irait totalement à l'encontre de la mission régaliennne de santé publique de l'État.

Nous pensons que les autorisations d'analyse de drogues ne feront qu'ouvrir la voie au *testing* des produits illégaux, dont le trafic continuera à enrichir les réseaux criminels, sans permettre de connaître en temps utile la toxicité des produits que s'injecteront les usagers de drogue dans ces salles.

Une étude australienne a montré que le danger de faire une overdose était trente-six fois plus élevé dans la salle qu'à l'extérieur parce que le toxicomane, se sentant protégé par la supervision médicale de l'État, consomme plus et plus intensément. Vous reconnaissez vous-même le degré élevé de ce risque puisque vous comptez autoriser l'usage du naloxone pour le réduire.

Vous êtes même obligés de proposer d'exonérer de toute responsabilité pénale les professionnels de santé. C'est que vous savez que ces salles contreviennent aux obligations et aux principes qui s'imposent au corps médical, l'aide à l'administration de substances de nature à provoquer un dommage corporel grave ou entraîner la mort étant réprimée par l'article L. 221-5 du code pénal. Mais qu'en sera-t-il de la responsabilité des professionnels de santé en cas d'overdose dans la salle, mais aussi à l'extérieur, du fait d'un produit injecté sous leur surveillance ?

Le corps médical est très divisé sur ce projet, alors qu'il faut un consensus dans un tel domaine. Dans tous les États — tous fédéraux d'ailleurs, comme le soulignait Bernard Accoyer — où l'ouverture de telles salles a été autorisée, il y a eu consensus en ce sens. Ce n'est pas du tout le cas en France, comme vous pouvez le constater ici même.

Vous ne pouvez négliger de surcroît, je le répète, les avis négatifs, non pas seulement de l'opposition, que vous fustigez à longueur de temps, mais également des académies de médecine et de pharmacie, de l'ordre des médecins, de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, dont la recommandation 32 exige même la fermeture de ces salles partout dans le monde.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous demandons la suppression de l'article 8. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. Sur les amendements identiques n^{os} 39, 218, 383, 588, 771 et 1770, je suis saisie par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 218.

M. Bernard Accoyer. Vous nous avez longuement expliqué, madame la ministre, que le Gouvernement voulait conduire une politique radicalement inverse de celle qui a été conduite jusqu'à présent tout en vous félicitant des résultats de vos prédécesseurs — ce qui est assez rare de la part d'un gouvernement socialiste. Vous ne nous avez cependant pas convaincus. En effet cette levée de l'interdit qu'est l'ouverture de salles de *shoot* va à l'encontre de tout ce qui a été fait dans ce domaine, notamment de la loi de 1970. C'est une remise en cause de la pénalisation et, pour tout dire, l'ouverture d'une voie vers la légalisation.

Qui fournira les toxicomanes dans ces salles, dont le statut sera officiel ? Les dealers seront-ils tolérés aux abords de ces salles d'intoxication ? *Quid* du droit des riverains à la sécurité et la tranquillité, et *quid* de la sécurité aux abords de ces salles ? (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*) Je ne comprends pas vos protestations, mes chers collègues, alors que ces questions ont déjà été posées lorsque la mairie de Paris a eu le projet d'ouvrir une salle de *shoot*, projet que le Conseil d'État a dénoncé dans l'un de ses avis.

Comme l'a expliqué Mme la ministre, ce n'est pas un sujet politicien : c'est un sujet de santé publique. Il s'agit de prévenir l'un des principaux maux qui frappent notre pays. C'est parce que cet article ne permettra pas de le régler qu'il faut le supprimer.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Larrivé, pour soutenir l'amendement n^o 383.

M. Guillaume Larrivé. À ce stade de nos débats, mes chers collègues, je tiens à dénoncer le cynisme dont fait preuve le gouvernement de Manuel Valls sur ces questions. (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Bernard Accoyer. Le mot est faible !

M. Guillaume Larrivé. La position de la majorité n'est pas claire sur ce sujet. Il y a ceux qui, avec le groupe écologiste, sont résolument pour la légalisation de l'usage des drogues ; quelques-uns au sein du parti socialiste sont pour sa dépénalisation et le gouvernement de Manuel Valls, sous l'autorité de François Hollande, tente, comme d'habitude, une improbable synthèse en proposant d'expérimenter les salles de shoot pendant quelques années. S'il ne s'agit pas d'une légalisation totale de la consommation de drogues, c'est assurément un pas dans cette direction.

La position de la droite, elle, est claire et simple : nous souhaitons que soit maintenue, aujourd'hui et dans l'avenir, l'interdiction de l'usage des drogues. C'est pourquoi nous vous proposons ces amendements de suppression et regrettons le cynisme dont font preuve le Gouvernement, Manuel Valls et Mme Touraine sur ces questions. Pour régler les problèmes internes de votre majorité, vous prenez en otages les familles, les adolescents qui, à cause de cet article que vous allez voter, se droguent demain, détruiront leur santé. (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*) C'est une honte. (*Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe UMP.*)

Mme Elisabeth Pochon. Le délire ça suffit !

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq, pour soutenir l'amendement n° 588.

M. Nicolas Dhuicq. Madame la ministre, mes chers collègues, nous faisons tous fausse route dans ce débat parce que nous employons des termes qui ne correspondent pas à ce qu'est la toxicomanie.

La toxicomanie n'est pas une maladie : c'est un mode de fonctionnement, un rapport à la réalité, un jeu terrible avec la mort, une volonté d'autodestruction qui naît de la rencontre entre un produit, une personnalité – tout le monde ne devient pas toxicomane lorsqu'il rentre en contact avec un produit – et une culture.

L'article 8 a pour objectif de venir en aide aux professions qui, pour des raisons somatiques, c'est-à-dire pour lutter contre le VIH et autres maladies transmissibles, se sont engagés il y a quelques années dans une politique de distribution de seringues pour l'injection de drogues. Il officialise ce système, en lui faisant franchir une étape supplémentaire, où l'injection n'est plus une exception ni un tabou. Sur le plan symbolique, l'adoption de cet article 8 engagera un processus de rupture radicale avec un interdit non écrit : celui du respect du corps, du « moi-peau » en quelque sorte, cette frontière entre ce qui me constitue et ce qui m'est extérieur, que le toxicomane franchit allègrement tant sa souffrance dépasse ce qu'on appelle maladie.

C'est notre responsabilité d'adulte qui est engagée aujourd'hui. Si, devant les adolescents qui nous écoutent, nous faisons sauter ces derniers tabous et ces dernières limites, nous porterons sur les épaules le poids d'une faute morale terrible.

Nous avons tous, dans notre enfance et notre adolescence transgressé ces multiples petits interdits que nos parents nous opposaient, et vous voulez imposer à la société française des interdits inédits, sur l'alcool, le tabac, la conduite à risque, alors que s'agissant des interdits fondamentaux, ceux qui concernent le rapport à la mort, l'intégrité physique et corporelle, vous transgressez largement toute morale.

Voilà la terrible faute dont nous nous rendrons coupables si nous adoptons l'article 8. Je ne parle pas d'interdiction, mes chers collègues, je parle de respect. Il ne s'agit pas là des petites transgressions de l'enfance ou de l'adolescence, mais d'une transgression majeure.

C'est en cela que notre société faillit. Elle devrait plutôt se demander pourquoi de plus en plus de jeunes consomment des produits toxiques. Pourquoi ont-ils peur de l'avenir et de la vie en société au point de se réfugier dans des paradis artificiels ? C'est la seule question qui vaille.

Mme Chaynesse Khirouni. Votre argumentation est totalement incohérente !

M. Nicolas Dhuicq. Les questions que vous posez sont de fausses questions. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Ce que vous recherchez, c'est à assurer la tranquillité de la bourgeoisie

urbaine. Circulez, il n'y a rien à voir, on va fournir des produits et tout le monde restera bien tranquille. C'est un monde terrible que vous préparez pour nos enfants.

Mme Claude Greff. Ils sont déconnectés de la réalité !

Mme la présidente. La parole est à Mme Marion Maréchal-Le Pen, pour soutenir l'amendement n° 771.

Mme Marion Maréchal-Le Pen. C'est en effet un signal catastrophique qui est envoyé à la population française puisque, que vous le vouliez ou non, l'État organisera une exception légale à la consommation et à la détention de substances illicites : autrement dit, l'État organisera une violation de la loi. C'est un renversement de principe, qui ouvre la porte à bien des dérives. Il se fera ainsi le complice de la consommation et de la dépendance plutôt que le garant de l'interdiction des drogues dangereuses.

C'est une politique de résignation que vous nous proposez : le shoot hygiénique plutôt que le sevrage. Cette politique, les Français n'en veulent pas. Il suffit pour s'en convaincre de se souvenir de la vive opposition des habitants au projet d'installation d'une salle de shoot à Paris. Il est vrai que ce sont eux qui devront subir demain les allers retours des toxicomanes shootés à la drogue dure sur la voie publique, avec les risques que cela comporte pour les résidents.

Vous vous référez aux conclusions d'un certain nombre d'études consacrées aux précédents étrangers. Or, d'une façon assez surprenante, le rapport de 2009 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, qui reprend largement les conclusions de son rapport de 2004, pointe dans son propos liminaire « les limites méthodologiques récurrentes sur les analyses systématiques d'études ». L'INPES formule les mêmes réserves : nous manquons du recul nécessaire pour apprécier l'efficacité de ces salles de shoot.

Plus inquiétant, l'observatoire remarque que les toxicomanes adeptes de ces salles retardent leur entrée en cure de désintoxication en raison du « confort » éprouvé dans ces centres spécialisés,...

M. Yannick Moreau. Bien sûr !

Mme Marion Maréchal-Le Pen. ...et que, par ailleurs, il semble que le trafic de drogue se développe autour des salles de shoot.

C'est pourquoi je m'oppose à ce principe et propose la suppression de l'article 8.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Frédéric Poisson, pour soutenir l'amendement n° 1770.

M. Jean-Frédéric Poisson. Madame la ministre, étant donné les résultats des politiques qui ont été conduites jusqu'à présent, et que vous avez vous-même évoqués dans votre intervention, pourquoi fallait-il écrire cet article 8 ?

Mais si j'ai déposé un amendement de suppression, c'est surtout en raison de l'alinéa qui instaure une rupture de la barrière symbolique...

Mme Claude Greff. Tout à fait !

M. Jean-Frédéric Poisson. ...que constitue l'interdiction stricte et formelle de fournir des produits d'injection et de favoriser l'injection en tant que telle. Le problème de fond est là. Très franchement, le reste de l'article ne change pas énormément de choses par rapport à ce qui existe déjà.

M. Bernard Accoyer. Et qui marche bien !

M. Jean-Frédéric Poisson. On pourrait même dire qu'il se contente de présenter de façon un peu différente des dispositions déjà très courus. Vous avez bien fait de consacrer 388 millions d'euro à cette prévention spécifique. Contentons-nous de cela et voyons comment cela fonctionnera.

Si, comme je le crains, cet article ne sert effectivement qu'à introduire l'alinéa autorisant l'injection, c'est là une raison suffisante pour le supprimer. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Mme Claude Greff. Tout à fait !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission sur cette série d'amendements.

Mme Claude Greff. Il y a des arguments à prendre en compte !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Vous prétendez qu'il n'y a qu'une seule position à droite, monsieur Larrivé, mais j'ai entendu des responsables de droite défendre une autre position que la vôtre. M. Jean-Christophe Lagarde a dit dans une émission de grande écoute qu'il était, favorable à l'ouverture de telles salles de consommation dans sa ville, tout simplement par respect pour le principe de réalité. Je pense par ailleurs à M. Alain Juppé, maire de Bordeaux, qui s'exprime sur le sujet depuis des années.

M. Yannick Moreau. Ce n'est pas un exemple !

M. Philippe Meunier. C'est pour cela qu'il ne sera pas président !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je rappelle à ceux qui l'ignoraient, qu'il y a un consensus très large en faveur de cet article 8, notamment parmi les professeurs qui œuvrent au sein de la fédération française d'addictologie.

La protection des intervenants dans les réseaux d'addictologie est d'ores et déjà prévue dans l'article 9.

Monsieur Accoyer, le Conseil d'État ne s'est absolument pas prononcé sur le fond dans son avis d'octobre 2013 : il n'a fait que demander une base légale pour que ces salles puissent ouvrir. Il faut appeler un chat un chat.

M. Bernard Accoyer. C'est précisément la raison pour laquelle vous revenez sur la loi de 1970 !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. On a l'impression que notre débat oppose les partisans du laxisme à ceux qui le refusent, mais ce n'est pas le sujet. Doit-on fermer les yeux sur le fait qu'une partie des toxicomanes n'a pas accès aux dispositifs existants ? Ce n'est pas le choix qu'a fait le Gouvernement, qui veut garder les yeux ouverts sur cette réalité : il y a des toxicomanes qu'aucun des dispositifs existants ne parvient à atteindre.

M. Philippe Goujon. Il y a d'autres moyens !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Vous pouvez prendre le problème par le bout que vous voulez, ces gens n'arriveront jamais jusqu'à ces dispositifs. C'est également la raison pour laquelle de telles salles ne peuvent pas être ouvertes dans des hôpitaux.

Vous avez évoqué l'avis de l'Académie nationale de médecine et celui de l'Académie nationale de pharmacie.

M. Yannick Moreau. Négatifs !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. J'ai eu l'occasion de débattre il y a quelques mois avec un membre éminent de l'Académie nationale de médecine. Je ne veux pas le mettre en cause, mais cette personne a osé dire, sur un média national et à une heure de grande écoute, que les pays qui avaient ouvert ces salles de consommation voulaient « nettoyer » les rues.

M. Nicolas Dhuicq. C'est une réalité !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Nettoyer les rues ? Est-ce ainsi que l'on parle d'hommes et de femmes ? Les membres de l'Académie nationale de médecine tiennent parfois des propos quelque peu déplacés ! Avis défavorable. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Bernard Accoyer. Attaquer les académiciens, on n'a jamais vu cela au Parlement ! C'est de l'obscurantisme !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. L'avis est défavorable. Je m'étonne que certains disent que nous devrions écarter toute polémique politicienne sur un tel débat tout en multipliant les interventions qui ne sont que politiciennes. Des arguments de santé publique, je n'en ai pas entendu, pas plus que des arguments de prévention !

M. Philippe Meunier. Honteux !

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir à l'article 9, mais je veux dire d'ores et déjà que personne ne présente les salles de consommation à moindre risque comme la solution qui permettrait de régler l'ensemble des difficultés.

Mme Claude Greff. C'est du n'importe quoi !

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous nous engageons dans une démarche expérimentale, en prenant pour base ce qui se fait déjà dans beaucoup de pays développés, certains pratiquant ce dispositif depuis trente ans. On y observe une baisse du nombre de personnes qui s'injectent des drogues dans les espaces publics, une réduction des déchets à recycler et une diminution du nombre de morts par overdose. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Philippe Vitel. Mais non !

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce sont ces éléments qui nous ont amenés à réfléchir en toute sérénité. Nous nous sommes dit qu'il y avait là une expérimentation qui méritait d'être tentée, dans l'intérêt de la santé de ces personnes, que rien actuellement ne permet de prendre en charge.

Mme Claude Greff. Vous êtes en dehors de la réalité !

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Madame la ministre, il y a déjà eu une telle expérimentation en France : en 1995, une salle de *shoot* a été ouverte à Montpellier.

M. Élie Aboud. Je confirme !

M. Bernard Debré. Et pourquoi a-t-elle été fermée ? À la suite de l'overdose d'un mineur, qui a entraîné la mise en examen des responsables de cette salle de *shoot*. Pourquoi n'en parle-t-on jamais ici ?

Outre le fait que cela n'a nulle part réduit le nombre de drogués, il y a des problèmes de responsabilité qui se posent en cas d'accident, qu'il s'agisse d'une overdose survenue à l'intérieur ou d'un crime ou un délit commis à l'extérieur. Renseignez-vous : Montpellier a déjà fait cette expérimentation et a été obligé de fermer sa salle de *shoot* ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la présidente de la commission, je connais la passion que vous mettez dans vos combats, mais je ne peux pas vous laisser parler ainsi de l'Académie de médecine.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Je n'ai parlé que de l'un de ses membres !

M. Élie Aboud. Il faut écouter ce que disent les médecins et ne pas escamoter débat. On ne peut pas demander à un médecin qui ne connaît ni la nature ni la concentration du produit – par ailleurs ni stérile ni apyrogène – de pratiquer un tel geste. Je ne suis pas dogmatique et je suis prêt à entendre tous vos arguments, mais un tel geste engage la responsabilité, non seulement médicale, mais aussi pénale. Une personne toxico-dépendante qui commettrait un crime – cela n'est pas rare – à la sortie d'une salle de *shoot*, pourrait, sur les conseils d'un bon avocat, se retourner contre le praticien qui a pratiqué l'injection. Voilà des questions claires et précises, et nous attendons des réponses !

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. J'ai discuté de cette question avec des juristes. Vous savez que tout un chacun, et le corps médical en particulier, peut voir sa responsabilité engagée s'il n'a pas porté secours à une personne en danger. En dehors même du cadre de cette expérimentation, on pourrait ainsi incriminer quiconque ne porterait pas assistance à une personne se faisant une injection dans des conditions d'hygiène déplorable.

Par ailleurs, je voudrais saluer ici Alain Juppé pour la position qu'il a prise sur ce sujet. Il ne l'a pas fait de façon dogmatique, mais après avoir envoyé plusieurs de ses adjoints en Suisse étudier la question et avoir reçu des spécialistes bordelais de l'addictologie. Je vous invite, amicalement, à suivre son exemple ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et écologiste.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 39, 218, 383, 588, 771 et 1770. (*Il est procédé au scrutin.*)

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------|----|
| Nombre de votants | 95 |
| Nombre de suffrages exprimés | 95 |
| Majorité absolue | 48 |
| Pour l'adoption | 38 |
| contre | 57 |

(Les amendements identiques n^{os} 39, 218, 383, 588, 771 et 1770 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2311.

M. Yannick Moreau. Cet amendement vise à dire les choses telles qu'elles sont, en précisant à l'alinéa 4 que la mortalité par surdose est liée à l'injection de drogue intraveineuse. Avec cette expérimentation de salle de *shoot* – en fait, une légalisation et une généralisation –, l'État encadrera l'injection de poison dans les veines de personnes malades.

L'observation de Bernard Debré est tout à fait juste. Que se passera-t-il en cas de décès ? Ce n'est pas parce que vous appelez cela des salles « de réduction du risque » que vous supprimerez le risque : le risque de la présence d'une bulle d'air ou d'une overdose existe. Qui sera responsable ? L'État, qui encadre l'injection de ce poison dans les veines des malades toxicomanes ? Le personnel présent ? Madame la ministre, nous attendons toujours votre réponse à cette question.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* La rédaction de l'article 8 indique sans ambiguïté que « la politique de réduction des risques et des dommages vise à prévenir [...] la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ». Cette consommation ne se fait pas forcément par injection. En proposant d'ajouter spécifiquement « la mortalité par surdose liée à l'injection de drogue intraveineuse », vous restreignez le champ des objectifs que nous nous sommes fixés.

Cet ajout, un peu polémique et inutile, entraîne de surcroît une confusion : l'injection par voie intraveineuse n'est qu'une modalité de consommation du produit stupéfiant. Or c'est le produit lui-même qui cause la surdose. Ainsi, les psychotropes – dont les Français figurent parmi les plus grands consommateurs – que les médecins prescrivent de façon tout à fait régulière et licite, sont malheureusement utilisés pour des suicides.

Votre amendement tend à faire croire qu'une drogue présente un risque de surdose moindre si elle est fumée ou ingérée. La loi n'a pas à entrer dans ce genre de considérations scabreuses. Le risque spécifique lié à l'injection par voie intraveineuse n'est pas principalement la surdose, mais la transmission des infections.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Je veux dire, pour éclairer l'hémicycle, que c'est bien parce que le geste d'injection – car c'est bien lui qui est essentiellement visé à l'article 8 – n'est pas anodin, qu'un gouvernement précédent a autorisé l'usage du subutex. Or les toxicomanes, dans leur génie de l'autodestruction, en ont fait un véritable objet de trafic, qu'ils pilent et s'injectent.

C'est là notre drame : nous pensons naïvement que pour résoudre la question de la toxicomanie, il suffit de légiférer sur un produit. Mais ce que vous devez comprendre, mes chers collègues, c'est que lorsqu'un produit devient licite, les toxicomanes continuent leur entreprise de remise en question des interdits en se tournant vers d'autres produits. C'est ainsi qu'ils ont détourné de son usage la kétamine, d'usage vétérinaire à l'origine. Vous aurez toujours un métro de retard. Ceux d'entre vous qui pensent naïvement – je le dis sans agressivité – qu'ils résoudront le problème éternel de la toxicomanie par la libéralisation de la consommation, que ce soit par l'autorisation du produit ou par son mode d'administration, se trompent.

Mme Jacqueline Fraysse. Personne ne le pense !

M. Nicolas Dhuicq. Vous déplacerez toujours le problème vers l'usage d'autres produits. Vous entrez, madame la ministre, dans un cycle sans fin.

Le confrère de l'Académie de médecine avait parfaitement raison. J'ai parlé de puritanisme la semaine dernière ; je répète ce mot aujourd'hui. L'article 9 ne sert qu'à déplacer un problème : « Circulez, il n'y a rien à voir ! ». Sous couvert de générosité, vous allez aggraver le malheur de ceux qui se trouvent aujourd'hui dans l'esclavage de la dépendance.

Je voudrais dire, pour finir, que je préfère au terme d'« addictologie » le mot français de « dépendance », bien plus parlant pour ceux qui suivent nos débats.

(L'amendement n° 2311 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2246.

Mme Dominique Orliac. Au cours des années 1990, l'épidémie du SIDA a nécessité des réponses de la part des pouvoirs publics en matière de réduction des risques. Si après vingt ans, le bilan est positif, les traitements substitutifs aux opiacées permettant de rompre plus facilement le cycle de la dépendance, de nouvelles problématiques sont apparues depuis.

Ces problématiques de mésusage sont largement soulignées par l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, de la direction générale de la santé ou encore des associations. Une politique publique de prise en charge doit être développée pour ces usagers, car une sortie de la dépendance est fortement envisageable dans le cadre d'un parcours de soins et d'un accompagnement global. C'est le sens de cet amendement.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Votre amendement est déjà satisfait à l'alinéa 7, qui prévoit la mise en œuvre d'un « parcours de santé », formulation préférable à celle de « parcours de soins » que vous proposez, puisqu'il ne s'agit pas seulement d'actions curatives, mais d'actions de prévention – ce qui se rapproche de l'éducation thérapeutique – visant à préserver le maintien du capital santé des personnes en addiction. Ce parcours doit être adapté à la situation spécifique de chacun, ce qui rejoint votre intention.

Par ailleurs, la commission a précisé à l'alinéa 10 la mission de veille sur les usages, ce qui satisfait également votre intention d'adaptation des actions à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés.

Enfin, la commission n'a pas jugé que l'expression « morbi-mortalité par surdose » était particulièrement bienvenue : la surdose entraîne le décès, mais elle n'est pas en elle-même associée à des maladies identifiées. Je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement, à défaut de quoi l'avis sera défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Orliac, retirez-vous cet amendement ?

Mme Dominique Orliac. Je maintiens l'amendement car j'estime qu'il n'est pas totalement satisfait.

(L'amendement n° 2246 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2380.

M. Yannick Moreau. Cet amendement a pour but de rappeler ce que devrait être l'objectif final de ce projet de loi, dit de « santé » : « L'objectif final de la politique de santé est de permettre et proposer aux usagers de drogues un accompagnement vers le sevrage et l'abstinence de tout produit. » Vous ne pouvez pas injecter des millions d'euros dans vos salles de shoot sans même évoquer le rôle d'accompagnement des encadrants en matière d'orientation des toxicomanes vers les thérapies qui fonctionnent et qui, seules, leur permettent de retrouver le chemin de la liberté et l'espoir d'une vie normale. Le grand absent de ce débat, c'est le malade dépendant de la drogue : on parle simplement de réduction hygiénique des risques d'injection, mais on ne parle pas du malade dépendant. Que lui proposez-vous pour sortir de son addiction et de l'enfer de la consommation ? Rien dans ce projet de loi.

Cet amendement a donc pour but de redéfinir l'objectif ultime et final, qui devrait être l'objectif principal : guérir le malade.

M. Jean-Frédéric Poisson. Très bien !

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Je suis encore d'accord avec M. Dhuicq, bien que je le sois rarement par ailleurs : les usagers de drogues ne sont pas des malades.

Relisez par ailleurs l'alinéa 7 de l'article, monsieur Moreau. Il dispose que la mise en œuvre de la politique de réduction des risques comprend et permet les actions visant à « orienter les usagers de drogues vers les services sociaux, les services de soins généraux ou de soins spécialisés afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ». Le but est donc bien qu'ils sortent de cette addiction,...

M. Yannick Moreau. Ce n'est pas la même chose !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* ...sachant que dans ce domaine, la seule politique qui vaille est une politique de tout petits pas. Pour bien connaître le sujet, je sais qu'un injecteur compulsif va d'abord s'injecter la buprénorphine, alors qu'elle doit normalement être prise par voie perlinguale, et il peut se passer des années avant qu'il ne passe à une prise par voie perlinguale. Voilà ce que j'appelle une politique des petits pas, et je crois que l'article 8 répond à votre objectif car le but est bien que l'utilisateur de drogues, de petit pas en petit pas, s'en sorte.

Les drogues licites, prescrites par le médecin et qui, apparemment ne vous choquent pas, peuvent avoir cette fonction, car ne pensez pas qu'on sorte d'une addiction aux drogues illicites comme ça, sans passer auparavant par d'autres substances, licites et prescrites par le médecin !

M. Yannick Moreau. C'est possible, madame la présidente !

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Quand on consacre des millions d'euros et un débat parlementaire à ces personnes, on ne peut pas dire qu'elles ne sont pas malades. La dépendance est quand même une maladie, quelle que soit la définition psychiatrique ou somatique donnée par notre collègue Dhuicq.

Je voudrais revenir rapidement à l'amendement n° 2311. Si nous avons, avec mon collègue Moreau, voulu ajouter la précision de l'injection intraveineuse, c'est aussi parce que les drogues consommées ainsi sont adultérées, au fil de coupages successifs, par des ingrédients variés qui ajoutent leur propre toxicité à celle de la drogue.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Madame la présidente de la commission des affaires sociales, vous nous dites que quelqu'un qui se rendra dans ces salles de shoot entrera automatiquement dans un parcours de sevrage. Ce serait l'idéal, mais je crois que c'est le contraire qui est vrai.

Plutôt que de grands discours, je me permettrai de vous faire part de la réponse que m'a faite un membre de ma famille, qui s'est drogué par le passé et a écrit un livre sur son expérience, alors que je lui demandais ce qu'il aurait fait s'il avait eu la possibilité d'aller dans ces salles de shoot : « Ça aurait été l'idéal ! Pourquoi aurais-je dans ces conditions suivi un parcours pour me désintoxiquer, alors qu'il n'y aurait plus eu ni risque, en dehors de celui de faire une overdose, ni problème juridique, et que j'aurais été pris en charge. À la limite, on m'aurait même proposé une drogue meilleure à celle trop coupée qu'on consomme d'ordinaire. »

Plusieurs députés du groupe SRC. N'importe quoi !

Mme Claude Greff. Mais c'est vrai !

M. Bernard Debré. « Dans ces conditions pourquoi serais-je allé suivre un parcours de désintoxication ? »

C'est cela qui me gêne profondément. Si vous aviez raison, je serais cent fois d'accord avec vous, parce que, en tant que député, mais aussi en tant que médecin, je pense qu'il faut tout faire pour venir en aide aux toxicomanes. Le problème c'est ce que je ne crois pas que ce que vous proposez les aidera en rien. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

(*L'amendement n° 2380 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1869.

M. Jean-Louis Roumegas. Tout à l'heure, quelqu'un a fait observer sur les bancs de l'opposition que l'on allait demander aux médecins d'injecter des produits qu'ils ne connaissaient pas. Il est vrai que la qualité des produits injectés peut poser problème, soit en raison d'un surdosage, soit parce que de nouveaux produits circulent dont on ignore la dangerosité. C'est pourquoi cet amendement vise à donner une base légale au *testing* des produits, sans lequel il est difficile d'agir.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Monsieur le député, parler de « qualité » à propos de ce type de produits me paraît quelque peu paradoxal et incompatible avec la politique de réduction des risques et des dommages.

En outre, nous avons déjà introduit, à l'alinéa 10, un 5° qui dispose que la politique de réduction des risques et des dommages comprend et permet les actions visant à « participer à [...] la veille et à l'information à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, [...] la transformation [...] et sur la dangerosité des substances consommées ». Je crois qu'il faut s'en tenir à cette terminologie et ne pas parler de « qualité ».

La commission a en conséquence repoussé cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Faisons un peu d'histoire, et même de préhistoire pour les jeunes qui nous écoutent. Le nom du célèbre groupe The Doors vient du titre du livre d'Aldous Huxley : *The Doors of Perception*, Les Portes de la perception. C'était un temps où l'on pensait qu'il était possible de consommer du LSD sans dommage, et que cette drogue ouvrait d'autres dimensions à l'esprit humain. Le résultat fut différent de celui espéré combien restèrent « collés au plafond », comme on disait alors, après avoir consommé du LSD, pourtant un produit pur !

Mme Nicole Ameline et Mme Claude Greff. Eh oui !

M. Nicolas Dhuicq. J'en viens à un deuxième point. L'amendement de M. Roumegas s'inscrit tout à fait dans la logique de ce texte, madame la ministre, dont il manifeste la faiblesse. De toute manière, chaque fois que vous légaliserez un produit, je le redis ici solennellement, le toxicomane emploiera tout son génie – même si c'est un génie de mort – à trouver un autre produit illicite, parce que son rôle est de transgresser les interdits majeurs de la société.

Vous avez, j'ose le dire, une vision profondément bourgeoise de la civilisation et de la société : une société uniforme, sans bruit, sans différence, où tous pensent de la même façon, où tout est calme. Dormez tranquillement, braves gens, nous, les bons, les gentils, les merveilleux, nous allons faire en sorte que la jeunesse du pays puisse continuer à prendre les produits les plus purs possibles, qu'elle continue à rechercher les paradis artificiels !

La noblesse de la politique serait plutôt de poser les questions de fond : pourquoi tant de personnes se sentent aliénés ? Pourquoi tant d'adultes s'acharnent à dépeindre le monde comme noir, dangereux, difficile ? Et pourquoi tant d'enfants et d'adolescents consomment ces produits, quels qu'ils soient ?

Votre projet de loi, madame la ministre, ne répond à aucune de ses questions, mais la réflexion de M. Roumegas est intéressante en ce qu'il est idéologiquement dominant à gauche et que ce qu'il nous indique là c'est l'avenir : l'officialisation des paradis artificiels, à côté de la télévision.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Je crois, madame la présidente de la commission, qu'il faut avoir l'honnêteté de parler de la qualité et de la pureté de ces produits. Pourquoi le refuser, alors que vous avez vous-même

reconnu que ces produits pouvaient être totalement frelatés, avec le risque de provoquer des accidents extrêmement graves ? En outre, ils sont quelquefois additionnés les uns aux autres. S'ajoutant à cela la facilité avec laquelle on consomme désormais ces nouvelles drogues, par injection et par ingestion, on assiste à des catastrophes invraisemblables.

Comment saura-t-on qu'un toxicomane fréquentant une salle de *shoot* ne consommera que les produits qu'il s'y injectera ? Est-ce qu'il ne va pas prendre d'autres produits à la sortie ?

Le LSD, pardonnez-moi, mais c'est du passé, ça n'existe plus. Ça existait au Moyen Âge, sous le nom de bal des ardents, si vous voulez tout savoir, puisque c'était l'acide lysergique qu'on voyait quand...

Mme Michèle Delaunay. Ne « dhuicquisez » pas, monsieur Debré ! (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. Maintenant les toxicomanes consomment des produits extrêmement sophistiqués et extrêmement dangereux et qui peuvent être couplés ou coupés. Vous avez donc raison, monsieur Roumegas, de parler de la pureté des produits.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il est évident, madame la présidente de la commission que, ni dans ma bouche ni dans le texte de l'amendement, le mot de qualité n'impliquait une quelconque promotion de ces produits. Sa signification ici est neutre : il s'agit simplement d'indiquer la nécessité d'analyser la dangerosité des produits. Cependant, si le sens du 5^o, ajouté en commission, est bien celui que vous indiquez, il répond à la nécessité d'offrir une base légale au *testing*. En conséquence, je retire mon amendement.

(*L'amendement n° 1869 est retiré.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n° 659 rectifié.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* C'est un amendement rédactionnel, madame la présidente.

(*L'amendement n° 659 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2312.

M. Yannick Moreau. Je maintiens, madame la présidente de la commission, que les toxicomanes qui subissent l'enfer de l'addiction sont des malades dépendants que nous devons accompagner vers la guérison. Celle-ci est possible par le sevrage et l'abstinence et sans avoir recours à des produits de substitution : je peux vous emmener visiter des centres où les toxicomanes sont accompagnés sur ce chemin, le seul possible. Il est vrai que les toxicomanes, malades dépendants de la drogue, sont sous le joug de leur dépendance. Ils ont besoin d'aide, et l'honneur des pouvoirs publics n'est pas de les aider à se shooter hygiéniquement, « à moindre risque » pour reprendre les termes de votre texte : il est de les guider vers d'autres lieux et sur d'autres chemins, dont certains mènent à la guérison.

Reconnaissons qu'ils sont malades, et reconnaissons que, conformément à l'objectif de santé publique qui nous est commun, nous pouvons les amener sur le chemin d'une thérapie qui fonctionne et qui permet de sortir de cette addiction.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* En fait, monsieur Moreau, j'ai presque envie de dire que l'amendement que vous présentez va dans notre sens.

M. Yannick Moreau. Alors votez-le !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* D'abord, votre amendement est satisfait par l'alinéa 7, qui prévoit la mise en œuvre d'un parcours de santé. Surtout, proposer qu'ils soient aidés dans leurs démarches administratives, c'est admettre qu'il est une population tellement éloignée du droit commun et des dispositifs existants, qu'il ne faut pas attendre qu'elle vienne vers nous, mais leur proposer une solution facilement identifiable. Ce n'est que dans un deuxième temps que, peut-être, elles s'engageront dans une démarche administrative.

Bien évidemment, j'émetts un avis défavorable, mais, même s'il a été repoussé par la commission,

votre amendement démontre qu'il y a toute une population de toxicomanes qui échappe aujourd'hui aux dispositifs existants.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. J'entends bien votre argumentation, madame la présidente de la commission, mais permettez-moi de vous faire part de ma surprise. Oui, c'est vrai, il faut traiter, et faire en sorte que celles et ceux qui se droguent, qui sont des *addicts* à tous ces produits, s'engagent dans la voie du traitement et s'adressent à des centres susceptibles de les traiter. Mais je suis un peu choqué de vous entendre dire : « Comme certains ne peuvent pas être contactés, on va les attirer dans des salles de *shoot* et on pourra alors les informer ». Ce serait donc une sorte de piège !

Pourtant, le bilan des salles de *shoot* montre que l'on aboutit rarement, si ce n'est jamais, à une diminution du nombre de drogués. Les drogués vont dans ces salles par facilité, et parce que cela coûte moins cher, mais peu s'y font soigner. Alors, ne nous dites pas que l'alinéa 7 vise à les orienter sur le bon chemin, celui de la désintoxication, car ce n'est pas vrai !

Je suis d'accord avec mon collègue Moreau : il faut donner plus d'argent aux centres de désintoxication. D'ailleurs, ceux qui y travaillent affirment qu'ils ont la possibilité d'aller au-devant des drogués, sans que l'on ait besoin de piéger ceux-ci.

M. Yannick Moreau. Tout à fait !

M. Bernard Debré. Ils le font avec des psychiatres et des médecins pour, sinon les raisonner, car c'est très difficile, du moins prendre contact avec eux. C'est pourquoi il conviendrait de mieux financer les centres de désintoxication plutôt que d'utiliser une partie de l'argent disponible pour ouvrir ces centres d'intoxication appelés « salles de *shoot* ».

M. Yannick Moreau. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Il y a un terme que mes maîtres m'ont appris : il s'agit de « la demande ». C'est peut-être là que réside la grande différence entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales. Nous devons accepter de ne pas pouvoir sauver tout le monde, et de ne pas pouvoir sauver quelqu'un qui refuse de l'être – hors cas d'urgence que la loi a prévu, avec l'hospitalisation sous contrainte.

M. Bernard Debré. Exact.

M. Nicolas Dhuicq. Madame la ministre, mes chers collègues, je comprends les intentions de ce texte ; elles sont généreuses, mais c'est une générosité de surface.

Mme Claude Greff. Tout à fait !

M. Nicolas Dhuicq. Vous allez vous casser les dents sur la réalité du fonctionnement d'une personne toxicomane ! La toxicomanie, c'est autre chose qu'une maladie, c'est un mode de fonctionnement, et un fonctionnement profondément transgressif envers ces limites fondamentales que sont le corps et la mort. Votre projet de loi, animé d'une générosité de surface, va se briser sur ce mode de fonctionnement. Quelle mesure faudra-t-il prendre le jour où vos salles d'intoxication échoueront ? Quelle crédibilité aurons-nous, nous autres adultes, qui serons nus devant les toxicomanes parce que nous aurons à la fois adopté une législation autorisant l'accès aux produits et tenu un discours sur la nocivité de ces mêmes produits ? Où est la cohérence du raisonnement ? Nous leur disons simultanément : « Allez-y, nous vous donnons un produit pour vous détruire » et « Attention, cher ami, c'est mauvais pour votre santé » ! Qu'aurons-nous à proposer à celles et ceux qui, au bout d'un long chemin, auront échappé à la mort et demanderont des soins pour pouvoir accéder à la vraie liberté, celle de vivre sans produits ?

(L'amendement n° 2312 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 1676 et 334, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Guy Delcourt, pour soutenir l'amendement n° 1676.

M. Guy Delcourt. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme Chantal Guittet, pour soutenir l'amendement n° 334.

Mme Chantal Guittet. Cet amendement tend à substituer aux mots « mettre en garde » les mots « faire prendre conscience des pratiques à risque ». « Mettre en garde » nous semble trop directif ; les personnes qui souffrent d'addiction ont besoin de ne pas être culpabilisées si l'on veut qu'elles puissent guérir.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Je demande le retrait des amendements ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

« Mettre en garde » a un sens objectif : on sait de quoi il relève. En revanche, une « prise de conscience » est plus difficile à évaluer de manière objective. Par conséquent, je préfère que l'on en reste à la rédaction initiale.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable, pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. Monsieur Delcourt, que décidez-vous ?

M. Guy Delcourt. Je retire mon amendement.

(L'amendement n° 1676 est retiré.)

Mme la présidente. Madame Guittet ?

Mme Chantal Guittet. Je maintiens le mien.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Ces amendements illustrent bien ce que je viens de dire. Il existe dans la langue française un très beau mot, que les jeunes qui nous écoutent devraient retenir : « l'anosognosie », c'est-à-dire l'absence de prise de conscience de la maladie et des troubles qu'elle engendre. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)* C'est pourquoi de nombreux alcooliques se sont cassé les dents sur des patients dépendants à l'alcool. Vous avez beau leur montrer des photos abominables de cirrhose, leur expliquer les effets de l'alcool à haute dose sur les artères, cela ne fonctionne pas. C'est la même chose ici ! Ce serait merveilleux, mes chères consœurs, si l'on pouvait faire arrêter un patient toxicomane en lui montrant les conséquences des toxiques. Mais non ! Notre esprit ne fonctionne pas comme cela.

Encore une fois, madame la ministre, votre loi sera un échec parce que, structurellement, vous et votre majorité ne voulez pas entendre ce que nous répétons, à savoir que le mode de fonctionnement d'un patient toxicomane n'est pas le vôtre. Vous aurez beau mettre ce patient en garde, il n'entendra pas vos arguments tant qu'il ne sera pas prêt à arrêter – et cela au terme d'un long parcours, la mort étant passée juste à côté de lui.

Un dernier mot à propos de l'alcoolisme. Un psychiatre disait fort justement : « Au mieux, nos interventions thérapeutiques n'empêchent pas le processus naturel de guérison. » C'est dire s'il faut être modeste sur ces sujets !

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Votre test est positif, monsieur Dhuicq : tout le monde ici se souvient que vendredi dernier, vous aviez déjà fait référence à l'anosognosie. Personne n'en est victime ! *(Rires sur les bancs du groupe SRC.)*

J'appelle l'attention de mes collègues de droite sur le risque de « dhuicisation » des esprits et des discours. Même M. Debré, que je respecte beaucoup, y a cédé ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

(L'amendement n° 334 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 2180 qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 2447.

La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Les acteurs qui interviennent dans ces salles, ou dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CAARUD –, ou encore dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA – ne font pas le geste : ils l'accompagnent, au sens où ils réduisent les risques. Les actions de supervision des gestes et des comportements ne visent donc en aucun cas à faciliter l'usage illicite de produits stupéfiants. Je vous propose de lever toute ambiguïté en rappelant l'existence d'une garantie pénale, par un renvoi à l'article 122-4 du code pénal.

Quant au sevrage et à l'abstinence, ils seront possibles, et proposés ; mais ils ne peuvent s'adresser qu'à ceux qui en ont la capacité. Il s'agit de proposer une offre graduée et complémentaire, étant entendu qu'il faut avoir l'humilité et l'objectivité de penser que chacun dispose de son propre parcours – voire de sa propre solution.

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir le sous-amendement n° 2447.

M. Stéphane Claireaux. Ce sous-amendement tend à substituer les mots « l'intervenant agissant » aux mots : « le professionnel intervenant », de manière à intégrer les intervenants bénévoles dans la sécurisation juridique des acteurs de la réduction des risques et des dommages.

Une telle modification semble plus adaptée à l'activité des CAARUD, animés très largement par des acteurs associatifs bénévoles, ainsi qu'aux différents types d'actions de réduction des risques et des dommages.

Si l'on limitait aux seuls professionnels la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal, il y aurait un flou juridique concernant les intervenants bénévoles.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement ?

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement et le sous-amendement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Favorable aux deux.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Le diable est dans les détails, madame la présidente de la commission ! Faut-il traiter ou entretenir l'addiction ? Votre amendement touche à la responsabilité médicale et au code de déontologie. Comment pouvez-vous, vous qui êtes une professionnelle de santé, introduire une « garantie pénale » par amendement à un projet de loi ? Voilà qui pose question au Conseil de l'Ordre des médecins !

Vous proposez d'exempter de leurs responsabilités les professionnels de santé qui regarderaient ou surveilleraient les personnes qui se shootent. L'exemple de Montpellier, évoqué tout à l'heure, est pourtant catégorique : des salles de *shoot*, cela signifiera des surdoses et des décès brutaux, sans que l'on ait la possibilité de ranimer. L'impunité est une question morale. Voilà des années que nous débattons de la responsabilité civile professionnelle, madame la présidente Lemorton. Et là, vous shootez dedans ! Personnellement, cela me choque. Vous devriez demander l'avis du Conseil de l'ordre.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Je vais aller dans le même sens que M. Door. Je suis extrêmement surpris : ce n'est plus le geste ou l'attitude, c'est le lieu qui va soustraire ces professionnels de santé, voire d'autres, à l'application de la loi. S'ils faisaient la même chose ailleurs, ils seraient condamnés – ou du moins condamnables ; mais dès lors qu'ils le feront dans un endroit para-étatique – puisque ces lieux seront vraisemblablement municipaux –, ils ne seront pas pénalisés.

Et s'ils assistent à une injection ou à une prise de comprimé et que la personne droguée commet à proximité un crime ou un délit, ne seront-ils pas responsables ? Pourront-ils dire : « Je suis enfermé dans un local, la salle de *shoot*, qui me désresponsabilise » ?

M. Jean-Pierre Door. Eh oui ! Ce sera l'impunité !

M. Bernard Debré. Je ne veux pas parler au nom du comité d'éthique ou de l'Académie de médecine, mais je ne vois pas comment on peut défendre cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Il y a confusion. Cet amendement ne contredit ni le code de déontologie ni la responsabilité civile. L'article 122-4 du code pénal prévoit que « n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit et autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires ». Il s'agit d'une marque de reconnaissance pour les équipes, qui travaillent le plus souvent en bonne intelligence avec les forces de police, de gendarmerie ou des douanes, dont les membres bénéficient, eux, dans l'exercice de leurs missions, d'une immunité pénale.

À l'inverse, on peut considérer qu'un médecin ou un professionnel de santé prend des risques quand il laisse quelqu'un en danger. Il s'agit de protéger le professionnel de santé dans les cas rudes, pour qu'on ne puisse l'accuser d'inciter à la consommation de substances illicites.

Enfin, j'aimerais que l'on s'appelle « collègue » dans l'hémicycle. Nous ne sommes ni consœurs ni confrères : nous ne sommes ni dans un hôpital ni dans un centre de santé. Merci ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.* – « Elle a raison ! » *sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la présidente de la commission, je comprends quant à moi le sens de votre amendement. Il apporte, à la limite, une forme de reconnaissance aux équipes médicales et paramédicales. Mais il y a quand même un grand flou. Quand on est observateur ou organisateur, on ne peut être attaqué. Mais il s'agit de populations très fragiles, au plan psychologique comme au plan somatique. Quand il y a une intervention du soignant – il y en aura fatalement – cette immunité va-t-elle s'appliquer ? Ou bien sort-on du cadre de la loi parce qu'il y a eu intervention ?

C'est un point très important et l'Ordre des médecins a appelé notre attention sur cette difficulté.

L'expérience de Montpellier, je la connais très bien. Je ne vous appellerai ni « consœur » ni « collègue », mais je suis issu de cette université. Il y a eu des dysfonctionnements majeurs, graves même. Nous allons assister aux mêmes problèmes.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Lellouche.

M. Pierre Lellouche. Mes chers collègues, je ne suis quant à moi ni médecin ni spécialiste des questions de santé.

Mme Claude Greff. La ministre non plus n'est pas médecin !

M. Pierre Lellouche. Je suis un simple citoyen et aussi un élu d'une ville qui connaît les conséquences tragiques de la drogue. Il se trouve que la salle de *shoot* dont on parle à Paris depuis des années doit être implantée à quelques pas de ma circonscription et je connais les craintes de la population.

Sur le plan du droit, je voudrais souligner que l'on trouve une formulation très similaire à l'alinéa 4 de l'article 9 : « Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation d'usage illicite de stupéfiants ». Je vous soumets donc l'idée d'harmoniser les deux articles, puisque nous y retrouvons le même concept.

Ce concept a quelque chose de choquant. Que se passe-t-il à l'intérieur d'une salle de *shoot* ? J'ai pu en voir à l'étranger : les équipes médicales sont les témoins actifs d'actes terribles, d'actes d'intoxication qui peuvent avoir des conséquences graves, jusqu'à la mort.

Le citoyen vous pose donc la question suivante, madame la ministre et madame la présidente de la commission : comment se fait-il que, dans cette assemblée, on traite pendant des semaines de la responsabilité du médecin devant la fin de vie, on rappelle à ce propos le caractère sacré de sa mission qui consiste à sauver et non à accélérer la mort, même quand celle-ci est souhaitée, et qu'au détour d'un texte sur la santé et donc sur la protection de la santé, non seulement on va faire en sorte que l'État distribue de la drogue,...

Mme Seybah Dagoma. Non !

M. Gérard Sebaoun. Ce n'est pas vrai !

M. Pierre Lellouche. ...mais on va dédouaner à l'avance les médecins de toutes les conséquences de leurs actes ?

Je comprends, naturellement, qu'il faille protéger les médecins qui travaillent dans ce genre de centres, mais vous inscrivez dans la loi quelque chose qui est profondément contraire à l'éthique médicale.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

M. Élie Aboud. La ministre n'a pas répondu !

Mme la présidente. La ministre a donné son avis tout à l'heure.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Nous renvoyons à une clause générale plutôt que de lister des infractions particulières. Puisque cela figure à l'article 9, comme vous l'avez très bien dit, il faut que ce soit aussi précisé à l'article 8, pour que non seulement les professionnels de santé, mais aussi les acteurs sociaux qui vont travailler dans ces centres soient protégés à raison de leur action de santé publique. Je rappelle que nous parlons de cas rudes, pour être en cohérence avec l'article 9.

M. Élie Aboud. Même quand il y a intervention ?

M. Philippe Cochet. C'est important !

(Le sous-amendement n° 2447 est adopté.)

(L'amendement n° 2180, sous-amendé, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Lamblin, pour soutenir l'amendement n° 955.

M. Jacques Lamblin. Cet amendement a pour objet de supprimer l'alinéa 11 qui stipule que « La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. »

Le mot « réduction » n'a rien à voir avec le mot « prévention ». Implicitement, il signifie qu'il y a consommation de drogue dans les prisons.

Je ne suis pas tout à fait naïf : nous savons que cela existe, mais il me semble qu'au lieu de viser la réduction des risques, il conviendrait d'avoir une stratégie pour empêcher que la drogue entre dans les prisons. C'est la priorité qui devrait être la vôtre.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Avis défavorable. Par définition, les prisons sont des lieux particuliers, au fonctionnement particulier.

Nous partons du terrain. Je suis d'accord avec vous, l'idéal serait qu'aucune sorte de drogue n'entre dans les prisons. Or, nous savons très bien que ce n'est pas le cas.

M. Arnaud Robinet. Donc on l'autorise !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Je considère que la prison fait encore partie de la République. Les règles valables hors les murs doivent pouvoir s'adapter à l'intérieur. Si on est en prison, c'est pour payer sa dette à la société et non pour contracter le VIH ou une hépatite. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)* Il faut tenir compte du principe de réalité.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Lamblin.

M. Jacques Lamblin. J'en conviens, on ne va pas en prison pour attraper le VIH, mais pas non plus pour consommer de la drogue, jusqu'à preuve du contraire. Qu'il entre un petit peu de drogue, à l'occasion d'un trafic exceptionnel, on peut le comprendre, mais qu'il soit aussi facile de se procurer de la drogue que du tabac c'est inacceptable.

Si nous en sommes là, c'est parce qu'en matière de drogue, la stratégie adoptée n'est pas toujours celle de la répression. Au passage, je vous signale que le Subutex compte parmi les dix produits les plus remboursés en France.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Jean-Louis Touraine, *rapporteur de la commission des affaires sociales.* Tout le monde ici est d'accord pour reconnaître que la peine du prisonnier consiste en une privation de liberté, mais non en une privation de santé.

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Très bien !

M. Jean-Louis Touraine, *rapporteur.* Il est de notre devoir de veiller à ce que les contaminations soient moins nombreuses que dans le passé. Or, aucun gouvernement, ni de droite ni de gauche, n'a pu empêcher la circulation de drogue dans les prisons. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

Je pense non seulement à la drogue, mais aussi aux anabolisants et autres produits que les prisonniers s'injectent, trop souvent avec du matériel qui n'est pas à usage unique. Il y a donc un taux de contamination très élevé. Entre l'entrée et la sortie, un nombre significatif de prisonniers se contaminent durant leur séjour. Il est donc logique de continuer à prendre des mesures, de plus en plus efficaces et pragmatiques, tout en poursuivant la lutte contre l'introduction de drogue en prison. Mais sachons que, malgré tout, il y a encore et il y aura encore des détenus parvenant à se procurer différentes sortes de drogues. Soyons réalistes et protégeons les prisonniers contre toute atteinte à leur santé. Sinon, nous serions coupables. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Je suis stupéfait. Comment le législateur peut-il autoriser qu'on aille contre la loi, qui interdit rigoureusement la détention et la consommation de stupéfiants en milieu carcéral ? Comment pouvez-vous aller à l'encontre de la loi de la République ?

C'est incroyable ! Je ne sais pas quelle est la position de la contrôlée des lieux de privation de liberté. Je sais qu'elle voulait faire entrer les portables dans les prisons. Je voudrais bien avoir son avis sur cette autorisation par le législateur de la consommation de drogue en milieu carcéral.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Monsieur Robinet, nous sommes tous d'accord pour dire que, hors les murs de la prison, la consommation d'héroïne est interdite par la loi. Or, il me semble que depuis des décennies, Mme Barzach ayant eu la bonne idée – et je l'en félicite – d'autoriser la vente de seringues, des programmes d'échange de seringues existent, compte tenu du retard qu'avait pris notre pays pour lutter contre l'épidémie de sida.

Effectivement, la loi interdit, mais il y a un principe de réalité. Est-ce à dire, monsieur Robinet, que vous êtes contre les programmes d'échange de seringues en dehors des prisons ? Je ne vous comprends pas.

M. Pierre Lellouche. La prison et le monde extérieur, c'est donc la même chose ?

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Pour donner un élément factuel, je rappelle que selon le rapport de l'INSERM publié en 2010, à l'initiative de Mme Bachelot, entre 16 % et 60 % des sujets s'injectent encore des produits en détention. Évidemment que la prison est un haut lieu de consommation de drogue ! Évidemment que c'est un haut lieu de contamination, qu'il s'agisse du VIH ou de l'hépatite C !

Comment faire ? Il y a des programmes de substitution, comme le disait Mme Lemorton, mais la réalité s'impose à nous. Il est essentiel de réduire les risques, mais vous ne pouvez pas passer outre la réalité.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Madame la ministre, comment se fait-il que le Gouvernement ne modifie pas la loi pour que les équipes cynophiles de l'administration pénitentiaire puissent contrôler les familles à l'entrée ? Comment se fait-il que les portiques millimétriques ne soient pas installés aux accès ?

Comment se fait-il que les familles de prisonniers reçoivent des menaces à l'extérieur si elles n'adoptent pas certains comportements ?

Comment se fait-il que vous vouliez donner une information, mais que Mme le garde des sceaux laisse nos prisons devenir de véritables passoires, y compris les centrales de France, où le règlement pénitentiaire n'est pas appliqué ? J'avais interrogé à ce sujet le ministre de l'intérieur, avant qu'il devienne Premier ministre : il avait acquiescé à ce sujet. Malgré les caricatures faites dans les médias, je redis que le simple règlement pénitentiaire n'est pas appliqué dans les centrales de France.

Je vous invite à voir ce qui se passe en Suède, même pour le tabac : le patient dispose d'un casier où il laisse son tabac et il n'a le droit de fumer que dans certains endroits.

Nous savons, madame la ministre, que dans notre pays la drogue circule largement et plus encore en prison qu'ailleurs.

Comprenez les inquiétudes et les interrogations des députés de l'opposition : votre objectif est-il de donner, en quelque sorte, une information « prophylactique » sur les abus de substances, quelles qu'elles soient, ou préparez-vous à terme l'ouverture en milieu carcéral de salles comparables à celles que vous instituez à l'extérieur ? Voilà ce qui nous inquiète !

Nous savons fort bien que l'abus de ces substances est un problème majeur en milieu carcéral, que ce soit en maisons d'arrêt ou en centrales – où, en l'occurrence, le problème de la surpopulation ne se pose pas, mon excellent collègue Joaquim Pueyo l'expliquerait beaucoup mieux que moi.

Au lieu de rédiger une loi de santé de plus, je demanderais quant à moi que le simple règlement de l'administration pénitentiaire protégeant les gardiens et les prisonniers soit appliqué, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je n'avais pas prévu d'intervenir, mais les propos que j'entends m'incitent à le faire.

On ne peut pas considérer que la prison serait un lieu où le droit à la santé serait exclu par principe.

M. Arnaud Robinet. Vous caricaturez !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous rappelle que c'est la loi du 18 janvier 1994, votée par une majorité que vous souteniez et portée par Mme Veil, qui a posé opportunément le juste principe de l'égalité d'accès aux traitements entre le milieu carcéral et le milieu ordinaire.

M. Arnaud Robinet. En l'occurrence, il ne s'agit pas de traitement ! Cela n'a rien à voir !

Mme Marisol Touraine, ministre. Parce que c'est une grande loi à destination des personnes détenues, j'ai eu à cœur de célébrer l'année dernière le vingtième anniversaire de son adoption.

À cette occasion, les professionnels de santé et les associations qui interviennent en milieu carcéral se sont exprimés. Tous ont jugé qu'il était absolument nécessaire de pouvoir intervenir auprès des détenus dans des conditions de droit identiques.

M. Philippe Goujon. Il ne s'agit pas de cela !

Mme Marie-Jo Zimmermann. Cela n'a rien à voir !

Mme Marisol Touraine, ministre. Aujourd'hui, la prévalence du VIH est six fois supérieure en prison qu'en milieu ordinaire. Une fois sur quatre, ce virus est détecté au moment de l'incarcération. Nous avons donc besoin de porter des politiques concrètes de prévention des risques en les adaptant au milieu carcéral.

J'entends le discours qui consiste à dire qu'au fond, il ne devrait pas y avoir de drogue en prison.

M. Pierre Lellouche. C'est en effet interdit.

Mme Marisol Touraine, ministre. Eh bien oui ! Il ne devrait pas y avoir de drogue en prison. Les personnels pénitentiaires font d'ailleurs leur travail en luttant contre cet usage et en le limitant. En même temps, nous savons que des hommes et des femmes détenus s'injectent des produits – parfois même de l'eau de Javel, mesdames, messieurs les députés.

M. Nicolas Dhuicq. Il y en a même qui, tous les jours, agressent les gardiens !

Mme Marisol Touraine, ministre. Leur état de manque est tel qu'ils ont besoin de s'injecter des produits avec la même seringue. Quelle que soit la nature du produit que ces hommes et ces femmes s'injectent, nous devons faire en sorte de sécuriser la situation et d'empêcher la circulation des seringues.

Ce n'est pas en fermant les yeux sur les réalités que l'on apporte les meilleures réponses.

Mme Marie-Jo Zimmermann. Nous ne fermons pas les yeux !

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit de soigner...

M. Arnaud Robinet. Là, on ne soigne pas !

Mme Marisol Touraine, ministre. ...et d'éviter la propagation de la maladie, non de porter des jugements moraux. Pour ma part, je m'en tiens là.

Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Lellouche.

M. Pierre Lellouche. Juste un mot pour vous dire, madame la ministre, que l'égalité de traitement ne justifie pas vos propos selon quoi il serait normal que la drogue circule en prison...

Mme Michèle Delaunay. Elle n'a pas dit cela !

M. Pierre Lellouche. ...et qu'il le serait donc tout autant d'utiliser des produits de substitution.

Monsieur le rapporteur, nous examinerons dans une semaine un projet de loi sur le renseignement dont une partie, figurez-vous, concerne le milieu carcéral.

Sur les 77 000 détenus que compte notre pays nombreux sont ceux qui, malheureusement, se livrent au djihadisme et utilisent des petits téléphones portables qui leur parviennent en prison – je les ai vus, j'ai été sur place, où on me les a montrés.

Plusieurs collègues de l'opposition ont demandé que l'État bloque la possibilité d'utiliser ces téléphones qui, je le rappelle, sont interdits en prison. Le Gouvernement fera donc installer des systèmes de brouillage et multipliera les interdictions des téléphones portables.

En l'occurrence, nous parlons de l'entrée, tout aussi illégale, de drogue en prison et que dites-vous ? Qu'une telle situation est bien regrettable mais que nous allons traiter les drogués et que nous continuerons à leur permettre de consommer en prison !

C'est le monde à l'envers – je rejoins de ce point de vue-là M. Robinet – lorsqu'une majorité politique contourne le code pénal en demandant à l'Assemblée nationale...

Mme Brigitte Bourguignon. C'est une caricature !

M. Pierre Lellouche. Non ! Vous écrivez le droit !

M. Yannick Moreau. Il a raison !

M. Pierre Lellouche. Lorsque l'on écrit le droit, on évite de contredire le code pénal et la loi qui sera votée dans quinze jours !

(L'amendement n° 955 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 335 et 336, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Chantal Guittet, pour les soutenir.

Mme Chantal Guittet. L'amendement n° 335 vise à supprimer, à la fin de l'alinéa 11, après le mot « détenues », les mots : « selon des modalités adaptées en milieu carcéral ». En effet, cette dernière partie de phrase, qui n'apporte pas de véritable contenu, pourrait motiver une application plus restrictive de la loi.

L'amendement de repli n° 336 vise quant à lui à remplacer les mots « au milieu carcéral » par les mots « aux lieux privatifs de liberté », lesquels intègrent différents dispositifs d'enfermement ne relevant pas nécessairement du milieu carcéral.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Hors la prison, dont le fonctionnement est particulier et implique une détention de court, moyen ou long terme, les autres zones de privation de liberté recouvrent des réalités très différentes. Il serait donc difficile d'adapter des dispositifs d'accompagnement – je ne dis pas que cela serait impossible, mais cela serait vraiment très compliqué.

En effet, cela concerne les centres de rétention, les locaux de garde-à-vue, les dépôts des tribunaux, des secteurs psychiatriques, des zones d'attente dans les ports, les gares et les aéroports. Tout cela me paraît donc très compliqué.

M. Philippe Goujon. Ce n'est pas seulement compliqué. Ce serait scandaleux !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je préfère donc que l'on en reste aux termes de « milieu carcéral ».

Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Guénaël Huet.

M. Guénaël Huet. J'avais demandé la parole sur un amendement précédent, mais celui-ci est à peu près de la même veine.

Je suis effaré de constater combien le principe de réalité a bon dos. En son nom, on admet tout et on accepte toutes les dérives.

Je rappelle en cette enceinte que si la loi se contente de suivre l'évolution de la société, il ne sera bientôt plus nécessaire de la faire.

M. Yannick Moreau. Exactement ! Il a raison !

M. Guénaël Huet. Laissons donc les choses aller et dériver, laissons les voyous dire ce qu'il faut faire et ne rédigeons plus de lois ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Nous sommes en train de dénaturer complètement le sens de la loi.

Lorsque j'entends Mme la présidente de la commission et Mme la ministre dire qu'il faut agir ainsi parce que telle est la réalité, je considère que c'est un déni de droit.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Il faudrait tout de même que certains voient les armes blanches fabriquées par les prisonniers. De retour d'une séance de sport, ils passent sous le portique mais ils laissent leur sac de côté avant de le reprendre.

Je souhaite donc que les membres de l'administration pénitentiaire, qui souffrent tous les jours, qui sont agressés quotidiennement, entendent vos propos.

Avec les seringues, on s'apprête à laisser circuler des armes blanches supplémentaires en prison. Bravo, quand on sait combien il est difficile de travailler dans le milieu pénitentiaire et d'assurer la sécurité des gardiens ainsi que des prisonniers qui sont l'objet de vexations de la part de leurs codétenus !

Je comprends la générosité dont témoignent les amendements de notre collègue, mais les lieux privatifs de liberté intègrent aussi des services d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie et les chambres d'isolement.

Ce texte comporte d'ailleurs un article complètement fou, qui associe deux prescriptions totalement différentes – contention et isolement – *via* la tenue d'un registre. J'espère que nous évoquerons ce soir ce sujet délirant !

Je comprends donc la générosité dont vous faites preuve, chère collègue, mais vous devriez retirer votre amendement car son adoption compliquerait sacrément la tâche des membres de l'administration pénitentiaire – qui est déjà assez compliquée comme cela – et celle des soignants, en particulier en hôpital psychiatrique.

Mme Claude Greff. Celle des policiers aussi !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, rapporteur.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Je me demande si certains collègues ne se sont pas trompés de semaine. Je croyais que nous discutons du projet de loi relatif à la santé et non d'un texte sur la sécurité.

M. Philippe Vitel. En l'occurrence, les deux sont liés !

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Nous aurons l'opportunité de discuter des conditions de sécurité en milieu carcéral, mais si nous discutons des problèmes de santé, il est de notre devoir de garantir cette dernière à tous nos concitoyens – et même au-delà. En temps de guerre, c'est notre honneur de soigner les blessés du camp ennemi comme ceux de notre camp.

M. Philippe Vitel. Et les gardiens aussi !

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Il est donc clair que nous travaillons ici à protéger aussi la santé des personnes détenues.

En outre, les interdits, leur transgression et les risques que cela comporte ne concernent pas le seul milieu carcéral. Par exemple, le *binge drinking* est interdit et nous soignons bien les comas éthyliques de tous les jeunes qui se sont saoulés de façon outrancière !

De la même façon, les mineurs n'ont pas le droit d'acheter du tabac et lorsqu'ils ont des maladies respiratoires, nous les soignons.

M. Arnaud Robinet. Cela n'a rien à voir !

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. La santé de ceux qui transgressent des interdits doit aussi être protégée. Ce sont deux choses différentes.

(L'amendement n° 335 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Chantal Guittet.

Mme Chantal Guittet. Je retire l'amendement n° 336.

(L'amendement n° 336 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1870.

M. Jean-Louis Roumegas. Dans le même esprit que l'amendement présenté tout à l'heure par Mme la présidente de la commission, celui-ci vise à proposer une sécurisation pénale des acteurs et usagers – et non une dépenalisation générale. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Il s'agit ainsi de permettre un accès effectif aux politiques et dispositifs de réduction des risques.

L'amendement dispose que ne peut être poursuivie des chefs d'usage illicite et de détention illicite de stupéfiants la personne qui détient pour son seul usage personnel des stupéfiants dans le cadre d'actions de réduction des risques.

Il est de bon sens, précis et cohérent. On ne peut d'un côté ouvrir des espaces médicalisés où seront mises en œuvre des politiques de réduction des risques et en user comme des pièges pour incarcérer les usagers. Soit on considère ces derniers comme des délinquants, soit on les considère comme des patients qui doivent être soignés et protégés.

Les professionnels qui agiront dans le cadre de la politique de réduction des risques doivent également être sécurisés pénalement.

Certains ont fait référence à des expériences qui ont été menées dans le passé, où des actions contradictoires se sont produites.

J'insiste, en particulier, sur la situation des professionnels de santé et paramédicaux qui agissent dans ce cadre-là. Ils remplissent pour la société des missions extrêmement difficiles et ils ont parfois été poursuivis.

Ils ne cherchent pas à gagner de l'argent, pas plus qu'ils ne contribuent à promouvoir la toxicomanie. Ils accomplissent des missions extrêmement difficiles pour notre compte à tous afin d'éviter que la situation d'un certain nombre de gens n'empire.

Puisque nous inscrivons dans la loi cette politique de réduction des risques, il faut protéger pleinement ceux qui en seront les acteurs.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Votre amendement, monsieur Roumegas, est satisfait par l'amendement n° 2180, qui vient d'être adopté et qui rappelle que l'article 122-4 du code pénal s'applique.

Par ailleurs, la rédaction que vous proposez a l'inconvénient d'être trop restrictive : elle risquerait d'entraîner la pénalisation de toutes les infractions que votre amendement ne vise pas. Ce que vous tentez de faire à travers cet amendement, et c'est votre droit, c'est d'inscrire à l'article 8 l'expérimentation prévue par l'article 9. Or ce n'est pas de cette manière que nous avons conçu l'articulation de ces deux articles. Donc, avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, alors que nous sommes sur le point de voter l'article 8, vous n'avez pas répondu à la question simple que je vous ai posée, et qui intéresse les médecins, les militants, les bénévoles et les acteurs médico-sociaux qui suivent notre débat.

Mme la présidente de la commission a déposé, à juste titre, un amendement sur l'immunité des soignants. Ma question est simple, et fondée sur l'expérience du passé : l'immunité des soignants sera-t-elle appliquée en cas d'observation ou en cas d'intervention ? Tous les acteurs concernés nous surveillent, nous suivent, et ils attendent une réponse claire à cette question. Si l'immunité ne concerne pas l'intervention, ces acteurs ne feront rien du tout, par crainte des poursuites. Ma question est simple, mais je n'ai toujours pas de réponse !

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Je me demande si certains de nos collègues sont sérieux ou s'ils font de l'humour – auquel cas il y aura de nombreux nominés pour l'édition 2015 du prix de l'humour politique.

Mme Brigitte Bourguignon. Cela commence à bien faire !

M. Arnaud Robinet. Les mêmes qui, la semaine dernière, considéraient presque les fumeurs comme des délinquants, et les vigneron comme des meurtriers (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC. – Applaudissements sur les bancs du groupe UMP*) nous disent aujourd'hui qu'il faut protéger les consommateurs de produits illicites lorsqu'ils sont dans des salles de *shoot*. Je peux vous dire que les salles de *shoot* vont avoir un vrai succès ; tout le monde va y aller ! Et vous allez favoriser le trafic, puisque les trafiquants de drogue pourront pénétrer aisément dans ces salles qui seront des zones de non-droit où ils ne seront inquiétés ni par la police ni par la justice. C'est irresponsable de la part du législateur !

Mme Annick Lepetit. Vous racontez vraiment n'importe quoi ! Vous ne pouvez pas croire à ce que vous dites !

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse de la commission des affaires sociales.* Tout ce qui est excessif est insignifiant !

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Monsieur Robinet, ce n'est pas digne de vous ! Personne sur ces bancs n'a jamais comparé les fumeurs à des délinquants. Les fumeurs sont des victimes de stratégies qui, malheureusement, nous dépassent bien souvent...

Mme Claude Greff. Et pas les drogués ?

Mme Michèle Delaunay. ...et qu'en tout cas nous avons beaucoup de difficulté à contrôler. Voilà ce qui a été dit sur le tabac. Et vous ne trouverez pas un mot qui aille en sens contraire.

M. Michel Issindou. Très bien !

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

M. Philippe Goujon. Avec cet amendement, et avec la réponse de Mme la présidente de la commission, nous voilà hélas arrivés à ce que nombre d'entre nous redoutaient, à savoir une dépénalisation de fait de la consommation de drogue dans notre pays.

Mme Claude Greff. Absolument !

M. Philippe Goujon. La loi de 1970 interdit la consommation de drogue. Or vous êtes en train de nous dire que, dans certains secteurs, dont on ne connaît même pas le périmètre – seront-ils limités aux salles de shoot ou s'étendront-ils sur une zone de 10 kilomètres alentour ? – les usagers pourront consommer de la drogue sans être interpellés ni jugés pour usage personnel.

De surcroît, vous allez tout bonnement permettre la dépénalisation des trafiquants. En effet, comment ferez-vous la différence entre un usager simple et un trafiquant qui se dira usager, mais qui aura en réalité deux ou trois doses sur lui ? La meilleure preuve de ce que j'avance, c'est que la garde des sceaux, en ce moment même, est en train de réaliser, dans une région française, une expérimentation de non-mise en détention des usagers de drogue à partir du moment où ils sont seulement usagers. Cela va évidemment servir les petits trafiquants, qui n'encourront aucune peine s'ils se disent usagers. Vous êtes donc en train de dépénaliser la consommation de drogue en France.

M. Yannick Moreau. Assumez-le !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Je voudrais d'abord inviter mes collègues à ne pas caricaturer ce que font les uns et les autres. Pensez-vous vraiment qu'il faille mettre en prison les consommateurs pour leur simple usage personnel de stupéfiants ?

M. Yannick Moreau. Est-ce illégal, oui ou non ?

M. Jean-Pierre Door. La loi, c'est la loi !

M. Yannick Moreau. *Dura lex, sed lex !*

M. Jean-Louis Roumegas. Puisque vous n'admettez pas qu'il puisse exister des lieux où les toxicomanes soient pris en charge de façon sanitaire et où ils puissent être traités...

Mme Claude Greff. Vous ne les traitez pas, vous leur distribuez de la drogue !

M. Jean-Louis Roumegas. ...afin d'éviter des situations tragiques, dois-je en déduire que la seule solution que vous envisagez est d'incarcérer immédiatement les simples consommateurs – puisque c'est bien d'eux que nous parlons ? Vous savez très bien que ce n'est pas la pratique dans notre pays : aucun juge ne met systématiquement en prison un simple consommateur.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Heureusement !

M. Jean-Louis Roumegas. Outre que cela serait impossible, car on manquerait de place dans les prisons, cela ne résoudrait absolument rien. Il n'est pas question ici de trafic : il faut arrêter les caricatures ! Nous sommes tous d'accord pour combattre le trafic de drogue, c'est évident, et de la façon la plus sévère. Il n'est question ici que de consommateurs, et de cas pathologiques.

Mme Claude Greff. Quand on est malade, on va à l'hôpital, pas dans une salle de *shoot* !

M. Jean-Louis Roumegas. Vous ne voulez tout de même pas mettre des malades en prison ? Nous sommes bien d'accord ? Alors ne caricaturez pas notre position.

Compte tenu des explications données par Mme la présidente de la commission, je retire mon amendement, qui est effectivement satisfait.

(L'amendement n° 1870 est retiré.)

(L'article 8, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A (*nouveau*) À l'article L. 3121-3, qui devient l'article L. 3411-6, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

1° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

1° bis A Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV est complété par un article L. 3411-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-7. – I. – La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° (*nouveau*) Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II bis (*nouveau*). – L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. – La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;

1° bis (*nouveau*) L'article L. 3121-5 devient l'article L. 3411-8 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

2° (*Supprimé*)

3° (*nouveau*) Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-7 ; »

b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} bis intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu'ils résultent des 1°A, 1° bis A et 1° bis du présent article ;

c) Le même chapitre I^{er} bis est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-9. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

2. Sénat

a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015

Article 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A (*nouveau*) À l'article L. 3121-3, qui devient l'article L. 3411-6, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

1° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

1° *bis* A Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV est complété par un article L. 3411-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-7. - I. - La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

« II. - Sa mise en oeuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en oeuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° (*nouveau*) Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II *bis* (*nouveau*). - L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. - La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;

1° *bis* (*nouveau*) L'article L. 3121-5 devient l'article L. 3411-8 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

2° (*Supprimé*)

3° (*nouveau*) Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-7 ; »

b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu'ils résultent des 1°A, 1° *bis* A et 1° *bis* du présent article ;

c) Le même chapitre I^{er} *bis* est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-9. - Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

b. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° COM-155, présenté par M. Barbier

Alinéa 5

Après le mot :

« sanitaires »,

rédigé ainsi la fin de l'alinéa :

« médicaux, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, les risques de morbi-mortalité par surdose ou mésusage liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants, à orienter les usagers vers un parcours de soins tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés. »

Objet

L'objet de cet amendement est de compléter la définition de la politique de réduction des risques, qui doit intégrer un objectif thérapeutique dans le cadre des parcours de soins individualisés pour chaque patient.

- Amendement n° COM-162, présenté par M. Commeinhes

Article 8

Alinéa 10

Après les mots « et les procédures » ajouter les mots « de consommation et »

Après les mots « des risques », ajouter les mots « et à visée éducative et thérapeutique »

Substituer les mots « mettre en garde » par « favoriser la prise de conscience »

Objet

Ces trois modifications visent à rapprocher ici la supervision des gestes de ce qui existe en matière d'éducation thérapeutique et comportements protecteurs en santé, avec l'aspect préventif qui y est lié. Elles contribuent à étayer la dimension de renforcement des capacités des personnes dans leurs pratiques de consommation et de prévention, par rapport à leur santé globale. Privilégier l'expression « favoriser la prise de conscience » vise à atténuer la dimension stigmatisante et jugeante du terme « mettre en garde ».

- Amendement n° COM-235, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du Groupe écologiste

Article 8

Alinéa 10

Après les mots « et les procédures » ajouter les mots « de consommation et »

Après les mots « des risques », ajouter les mots « et à visée éducative et thérapeutique »

Substituer les mots « mettre en garde » par « favoriser la prise de conscience »

Objet

Ces trois modifications visent à rapprocher ici la supervision des gestes de ce qui existe en matière d'éducation thérapeutique et comportements protecteurs en santé, avec l'aspect préventif qui y est lié. Elles contribuent à étayer la dimension de renforcement des capacités des personnes dans leurs pratiques de consommation et de prévention, par rapport à leur santé globale.

Privilégier l'expression « favoriser la prise de conscience » vise à atténuer la dimension stigmatisante et jugeante du terme « mettre en garde ».

- Amendement n° COM-298, présenté par M. Amiel,

Article 8

Alinéa 10

1° Après les mots :

"et les procédures"

Insérer les mots

"de consommation et"

2° Après les mots :

"des risques"

Insérer les mots :

"et à visée éducative et thérapeutique"

3° Remplacer les mots :

"mettre en garde"

par :

"favoriser la prise de conscience"

Objet

Ces trois modifications visent à rapprocher ici la supervision des gestes de ce qui existe en matière d'éducation thérapeutique et comportements protecteurs en santé, avec l'aspect préventif qui y est lié. Elles contribuent à étayer la dimension de renforcement des capacités des personnes dans leurs pratiques de consommation et de prévention, par rapport à leur santé globale. Privilégier l'expression « favoriser la prise de conscience » vise à atténuer la dimension stigmatisante et jugeante du terme « mettre en garde ».

- Amendement n° COM-119, présenté par M. Chasseing

Article 8

Alinea 13

Supprimer de cet alinea les mots "selon les modalités"

Objet

La politique de réduction des risques et des dommages vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de drogues. Il est donc nécessaire de supprimer « *selon des modalités adaptées* » pour les détenus du milieu carcéral ; en effet, ils doivent bénéficier des mêmes droits que chaque citoyen concernant la prévention et la distribution de matériel destinés à la réduction des risques. Nous savons malheureusement que la circulation de drogue existe en milieu carcéral. Tel est l'objet de cet amendement.

c. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015

Article 8
(art. L. 3411-3, L. 3411-6 à L. 3411-9 [nouveaux],
et L. 3121-3 à L. 3121-5 du code de la santé publique)
Politique de réduction des risques et des dommages

Objet : Cet article propose une redéfinition de la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogue.

I - Le dispositif proposé

Mise en oeuvre dès les années 1980 sur le fondement de dispositions réglementaires, la politique de réduction des risques a enregistré des résultats inégaux. L'importante baisse de la transmission du VIH parmi les usagers de drogues au cours des dernières décennies apparaît comme l'un de ses incontestables succès. De nombreux progrès restent néanmoins à réaliser, comme l'illustre par exemple le maintien à des niveaux élevés de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C.

Les dispositions aujourd'hui applicables sont issues de la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, et codifiées aux articles L. 3121-3 à L. 3121-5 du code de la santé publique. Elles ont permis de consacrer dans la loi les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (Caarud) et de faire coexister les dispositifs de réduction des risques avec les interdictions générales frappant l'usage et la détention de produits stupéfiants.

La définition actuelle de la politique de réduction des risques dans le code de la santé publique

L'article L. 3121-3 dispose que la définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues relève de l'État.

L'article L. 3121-4 précise que cette politique« *vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ».

Enfin, l'article L. 3121-5 prévoit que les Caarud concourent à cette politique aux côtés des autres dispositifs et que leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État. Leurs dépenses sont prises en charge par l'État, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Il précise que les personnes accueillies dans ces centres bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

Le présent article entend préciser la définition de la politique de réduction des risques, en cohérence avec les orientations retenues dans le cadre du plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives pour les années 2013 à 2017 dont plusieurs dispositifs visent à améliorer la prise en charge des usagers, avec par exemple l'expérimentation de programmes d'échanges de seringues ou l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (prévue à l'article 9 du présent projet de loi).

Le 8 octobre 2013, le Conseil d'État a en effet rendu un avis jugeant que, dans sa rédaction actuelle, le code de la santé publique n'offrait pas une base légale suffisamment précise pour autoriser l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque compte tenu des dispositions en vigueur prohibant l'usage de stupéfiants.

Le présent article abroge l'article L. 3121-4 dont les dispositions sont remplacées par un article L. 3411-7 nouveau composé de quatre paragraphes.

Le paragraphe I définit la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue en des termes plus larges que ceux employés aujourd'hui. Elle« *vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants* »(alinéa 5).

Le paragraphe II énumère ses domaines d'action :

délivrer des informations sur les risques et les dommages (alinéa 7) ;

orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés (alinéa 8) ;

promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques (alinéa 9) ;

promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. Il est précisé que cette supervision ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation (alinéa 10) ;

participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées (alinéa 11).

Le paragraphe II *bis* précise que, dans le cadre de ses missions de réduction des risques et des dommages, le professionnel bénéficie de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal, c'est-à-dire de l'absence de responsabilité pénale de la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

Le paragraphe III dispose que la politique de réduction des risques et des dommages « *s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral* ».

Les alinéas 22 et 23 créent un article L. 3411-9 nouveau qui prévoit que, sauf dispositions contraires, les modalités d'application sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Les autres alinéas du présent article sont des dispositions de coordination, les articles applicables à la réduction des risques et des dommages, actuellement codifiés dans la troisième partie du code de la santé publique, dans le livre premier relatif à la lutte contre les maladies transmissibles et dans son titre II relatif aux infections sexuellement transmissibles, étant transférés dans de nouveaux articles L. 3411-6 à 3411-9, dans la même partie du code mais dans son livre IV relatif à la lutte contre la toxicomanie et au sein d'un chapitre dédié (chapitre I *bis* nouveau, intitulé « Réduction des risques et des dommages »).

II - La position de la commission

Votre commission a adopté plusieurs amendements visant à préciser le dispositif proposé au présent article.

Suivant la proposition de Gilbert Barbier, elle a jugé utile de modifier la définition de la politique de réduction des risques et des dommages prévue à l'alinéa 5 afin d'y inclure un objectif thérapeutique et d'insister sur la nécessité d'adapter le parcours de soins à chaque usager (amendement COM-155). Cette politique est désormais définie comme visant à « *prévenir les dommages sanitaires, médicaux, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, les risques de morbi-mortalité par surdose ou mésusage liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants, à orienter les usagers vers un parcours de soins tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés* ».

Votre commission a en outre complété l'alinéa 10 en adoptant trois amendements identiques présentés par nos collègues François Commeinhes (amendement COM-162), Aline Archimbaud et les membres du groupe écologiste (amendement COM-235), et Michel Amiel (amendement COM-298). Il est désormais précisé que la supervision concerne les procédures de consommation, de prévention des risques et les actions à visée éducative et thérapeutique afin de favoriser la prise de conscience des usagers à l'égard des pratiques à risque.

Enfin, votre commission juge indispensable de développer les dispositifs de réduction des risques et des dommages dans le milieu carcéral, en particulier les programmes d'échanges de seringues. La prévalence du VIH et de l'hépatite C y est en effet très supérieure à celle de la population générale. Elle a donc adopté un amendement de Daniel Chasseing qui modifie l'alinéa 8 pour prévoir l'application de cette politique aux personnes détenues (amendement COM-119).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

d. Amendements présentés en séance publique

- Amendement n° 872 rect. bis présenté par MM Amiel, Barbier, Mézard et a.

Article 8

Alinéa 11

Après le mot :

Participer

insérer les mots :

au recensement des substances en circulation et

Objet

Si un dispositif d'alerte sur les risques sanitaires émergents chez les usagers de drogue a bien été mis en place à compter de 2007 par la DGS, dans le cadre d'une procédure spécifique associant plusieurs agences, services et autorités, il conviendrait tout de même d'intégrer le recensement comme une des actions de la politique de réduction des risques.

L'amendement permettrait de mieux recenser les différentes substances en circulation, et vise dans sa formulation à anticiper sur la collecte et l'analyse des nouveaux produits de synthèse qui arriveraient en circulation, et dont la composition et la dangerosité ne seraient alors pas connue.

e. Séance publique du 17 septembre 2015

Article 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A À l'article L. 3121-3, qui devient l'article L. 3411-6, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

1° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

1° bis A Le chapitre Ier du titre Ier du livre IV est complété par un article L. 3411-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-7. – I. – La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, médicaux, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, les risques de morbi-mortalité par surdose ou mésusage liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants, et à orienter les usagers vers un parcours de soins tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de consommation et de prévention des risques et à visée éducative et thérapeutique. La supervision consiste à favoriser la prise de conscience des usagers à l'égard des pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou

de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II *bis*. – L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. – La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues. » ;

1° *bis* L'article L. 3121-5 devient l'article L. 3411-8 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

2° (*Supprimé*)

3° Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-7 ; »

b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu'ils résultent des 1°A, 1° *bis* A et 1° *bis* du présent article ;

c) Le même chapitre I^{er} *bis* est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-9. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

[Mme Annie David.](#) Le groupe communiste, républicain et citoyen votera l'article 8.

Je le rappelle, le principe de réduction des risques est inscrit dans la loi depuis 2004. Toutefois, bien souvent, la mise en œuvre de ces dispositions était définie uniquement dans des textes réglementaires, ce qui fragilisait certaines pratiques, notamment, des professionnels.

L'objectif est donc de sécuriser les interventions ; je pense, par exemple, au fait de prémunir les professionnels de toute éventuelle poursuite pénale. En effet, la réduction des risques est avant tout une réponse de santé publique : il s'agit non pas de moraliser les usagers de drogue, mais d'éviter tout risque de contamination ou d'infection.

Que cet objectif vise également les personnes détenues me semble aller dans le bon sens, loin des tabous ! D'ailleurs, il faut absolument mettre en place un plan d'échange de seringues dans les prisons.

L'aspect nouveau de cet article 8 tient également à la prise en compte de la notion de « dommages » dans l'expression « réduction des risques et des dommages ». Cette évolution sémantique fait l'objet de nombreux débats, je le sais, parmi les spécialistes des addictions, tant l'idée de dommages peut induire une notion plus « moralisatrice », avec des soins et une responsabilisation de l'individu.

Mais, avec la rédaction retenue, la dimension de la réduction des risques est prise en compte et légitimée ; et c'est ce qui me semble très important.

Je profite de cette occasion pour demander à Mme la ministre un premier bilan d'étape, à mi-chemin, du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Cela nous intéresserait beaucoup.

[Mme la présidente.](#) Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1057, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

1° Alinéa 11

Après le mot :

Participer

insérer les mots :

à la collecte,

2° Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le cas échéant, des dispositifs d'alertes sanitaires peuvent être déclenchés afin d'informer les usagers de drogues lorsque des substances en circulations créent un danger immédiat et grave pour la vie et la santé des personnes.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

[Mme Aline Archimbaud](#). L'article 8 concerne la politique de réduction des risques, y compris en prison.

L'idée est principalement de conférer un cadre législatif à cette politique, afin de sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers de drogues et d'autoriser le développement de stratégies d'action innovantes, qui est nécessaire.

L'amendement n° 1057 vise à préciser une mission : la mission de veille et d'analyse des produits. Cette mission tend à spécifier que des produits en circulation doivent être collectés et analysés au cas par cas. L'idée est de les tester pour mieux connaître leur qualité et leur provenance.

En outre, il est proposé que ces produits puissent faire l'objet, en cas de surdosage ou de composition particulièrement dangereuse avec risques graves et immédiats pour la santé, d'alertes sanitaires à destination des usagers de drogues. Cette formulation permet ainsi de mieux recenser les substances en circulation.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 872 rectifié *bis*, présenté par MM. Amiel, Barbier, Mézard et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Après le mot :

Participer

insérer les mots :

au recensement des substances en circulation et

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

[M. Jean-Claude Requier](#). L'article 8 vise à redéfinir la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues et énumère notamment les domaines d'action visés.

Ainsi, il est prévu que les actions tendent à « participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées ».

Toutefois, cette action ne peut se faire sans un recensement des produits. Comment rendre compte aux usagers et aux pouvoirs publics des dangers des substances dont le recensement n'est pas prévu ?

Aussi, il est proposé d'intégrer le recensement des diverses substances dans les actions de la politique de réduction des risques. Cela permettrait ainsi de mieux connaître les différentes substances en circulation.

Conformément à ce qu'a proposé la commission des affaires sociales, nous avons substitué au mot « collecte », qui fait un peu penser à la collecte des ordures ménagères (*Exclamations.*), celui de « recensement ».

J'espère que la commission émettra un avis favorable sur cet amendement, ainsi – espérons-le – que Mme la ministre.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis de la commission ?

[M. Alain Milon](#), *corapporteur*. L'amendement n° 1057 prévoit un dispositif d'alerte sanitaire en cas de dangers posés par la circulation de certaines drogues.

Or il semble que cette mesure soit déjà prévue dans le cadre des missions de l'Institut de veille sanitaire, l'InVS. Un dispositif d'alerte sur les risques sanitaires émergents chez les usagers de drogues a été mis en place en 2007 par la direction générale de la santé, dans le cadre d'une procédure

spécifique associant l'ANSM, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'OFDT, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, la MILDECA, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et l'InVS, utilisant le système de surveillance syndromique OSCOUR.

En conséquence, l'amendement n° 1057 semble satisfait. C'est pourquoi je vous demande, ma chère collègue, de bien vouloir le retirer ; à défaut, la commission y sera défavorable.

En revanche, la commission est favorable à l'amendement n° 872 rectifié *bis* dans la mesure où ce texte a été modifié sur un point rédactionnel à l'invitation, hier, de la commission des affaires sociales.

Selon nous, la précision apportée n'est pas inutile, car elle tend à améliorer l'information sur les nouveaux produits entrant en circulation. La commission est donc favorable à cet amendement à la suite, je le répète, de la modification demandée par la commission.

[Mme la présidente.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Tout d'abord, je tiens à préciser que l'article 8 porte la nécessité d'une évolution des politiques de réduction des risques.

Les politiques engagées en la matière depuis le milieu des années quatre-vingt-dix ont incontestablement permis des résultats tout à fait positifs. Ainsi, le taux de prévalence du VIH a été divisé par quatre. Les résultats sont donc au rendez-vous grâce à des politiques particulièrement résolues et déterminées.

Néanmoins, depuis le début ou le milieu des années 2000, on assiste à une recrudescence des risques, qui correspond à une évolution des pratiques, des environnements et, aussi, des drogues consommées. C'est pourquoi nous devons faire évoluer nos politiques.

À cet égard, madame David, il appartiendra à la MILDECA de faire régulièrement le point sur la mise en œuvre des politiques que nous portons.

Je demanderai à Mme Archimbaud de bien vouloir retirer l'amendement n° 1057, qui, au fond, ne me semble pas apporter d'éléments nouveaux par rapport au texte existant.

En effet, les CAARUD, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction, et les structures engagées dans la lutte en vue de la réduction des risques ont déjà la possibilité de faire de la collecte. L'ouverture du champ de la collecte, sans plus de précision, peut être porteuse de risques. La rédaction que nous proposons, madame la sénatrice, fait l'objet d'un consensus parmi les acteurs engagés dans la réduction des risques. À défaut d'un retrait de l'amendement n° 1057, je serais donc obligée d'émettre, au nom du Gouvernement, un avis défavorable.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 872 rectifié *bis*, qui n'est pas tout à fait de même nature en ce qu'il apporte une précision en matière d'information, je m'en remets à la sagesse du Sénat, même si je ne suis pas certaine, pour être honnête, que la disposition proposée soit totalement nécessaire.

[Mme la présidente.](#) Madame Archimbaud, l'amendement n° 1057 est-il maintenu ?

[Mme Aline Archimbaud.](#) Compte tenu des explications données, je le retire, madame la présidente.

[Mme la présidente.](#) L'amendement n° 1057 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 872 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

[Mme la présidente.](#) L'amendement n° 713, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins souhaitant être prescripteurs de traitement aux opiacés reçoivent un agrément subordonné à une formation en addictologie.

La parole est à Mme Annie David.

[Mme Annie David.](#) Cet amendement a pour objet d'instaurer une formation préalable destinée aux médecins prescripteurs de traitements de substitution. Il s'agit à la fois de garantir aux patients une prescription adaptée et efficace et de prévenir les dérives en matière de prescription qui ont pu se produire récemment.

La mise à disposition de la buprénorphine haut dosage, la BHD, en médecine de ville a impliqué de plus en plus directement les médecins généralistes dans la mise en œuvre des traitements de substitution aux opiacés, en leur fournissant une réponse institutionnelle leur permettant de nouer une relation thérapeutique avec leur patient.

La BHD, un opiacé de synthèse utilisé dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou à d'autres opiacés, permet aux personnes dépendantes aux opiacés illicites d'arrêter leur consommation sans ressentir les signes du manque et de réduire les risques liés à leur consommation. Ce traitement peut être transitoire en vue d'un sevrage complet ou être maintenu aussi longtemps que nécessaire.

La BHD peut être primoprescrite par tout médecin, sans restriction d'activité. Cette facilité de prescription et de délivrance en fait le traitement de substitution aux opiacés le plus couramment dispensé en France.

Si une nouvelle discipline est apparue à la fin des années quatre-vingt-dix, l'addictologie, avec la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire et de nombreux diplômes universitaires, les médecins formés actuellement ne sont pas tenus de suivre un module d'addictologie parmi leurs enseignements transversaux, alors qu'une telle formation leur offrirait une prévention individuelle ciblée et les préparerait à prendre en charge leurs patients de manière adéquate.

Or des médecins peu ou mal formés aux questions liées aux addictions ne prescriront peut-être pas les dosages de BHD suffisants ou adéquats ; et, comme le rappelle l'institut national de la santé et de la recherche médicale, l'INSERM, des dosages inadéquats ou insuffisants de BHD contribuent au nomadisme médical, les personnes dépendantes cherchant à obtenir des dosages supérieurs, voire au mésusage du traitement.

Par ailleurs, les patients peinent à percevoir les objectifs de leur traitement, qui, de leur point de vue, sont rarement explicités et souvent peu réajustés pour s'adapter à des besoins évolutifs au cours d'un traitement de longue durée. Cette absence de clarté des objectifs peut, à la longue, mettre à mal la relation entre le soignant et le soigné, déjà fragilisée par l'instabilité des situations des usagers pendant la durée du traitement.

[Mme la présidente.](#) Veuillez conclure, ma chère collègue.

[Mme Annie David.](#) Dans ce contexte, il nous paraît souhaitable de favoriser la mise en place de véritables projets thérapeutiques, en prévoyant la formation des médecins aux processus addictifs et à l'ensemble de la palette des alternatives thérapeutiques possibles.

[Mme la présidente.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[M. Alain Milon, corapporteur.](#) Il nous a semblé que l'adoption de cet amendement risquerait d'être contre-productive, en freinant la prise en charge de la douleur. Il convient en effet qu'un docteur en médecine générale puisse continuer de prescrire des opiacés, même sans avoir suivi de formation en addictologie. Si l'on suivait votre raisonnement, ma chère collègue, il n'y aurait plus de médecins spécialistes, puisque, pour exercer une spécialité, il faudrait les avoir étudiées toutes !

L'avis de la commission est donc défavorable.

[Mme la présidente.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Madame David, il importe en effet de sécuriser la prescription, mais sans multiplier les barrières à l'entrée, dans l'intérêt des personnes qui ont besoin d'un accompagnement médical.

Améliorer la formation des médecins et veiller à ce qu'elle soit toujours adaptée, oui ! D'ailleurs, l'assurance maladie obligatoire a lancé un plan de contrôle portant à la fois sur les prescriptions et sur les prescripteurs, afin de lutter contre le nomadisme dont vous avez parlé et de vérifier la qualité des prescriptions. Ce plan de contrôle est mis en œuvre en partenariat avec les pharmacies, qui ont un regard direct sur la délivrance des produits.

Je tiens à vous rappeler que la délivrance des produits de substitution, en particulier de la méthadone, est strictement encadrée depuis 1995 : ces produits ne peuvent être prescrits que sur ordonnance sécurisée, et la durée maximale de prescription est fixée à vingt-huit jours ; en outre, la délivrance est fractionnée par périodes de sept jours au maximum et l'ordonnance doit obligatoirement comporter le nom de la pharmacie choisie par le patient pour assurer la délivrance.

Par ailleurs, un cadre spécifique est en vigueur pour la méthadone, puisque les médecins de ville ne peuvent pas en faire une première prescription, mais seulement reconduire une prescription antérieure. Madame David, je ne voudrais pas que l'adoption de votre amendement envoie le message d'une restriction et de la fixation de nouvelles barrières au détriment des personnes qui ont besoin d'être accompagnées. Je vous demande donc de bien vouloir le retirer ; si vous le maintenez, j'y serais défavorable.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

[M. Gilbert Barbier](#). Je comprends l'inquiétude de Mme David au sujet d'un problème qui est bien réel, comme l'a montré le rapport établi il y a quelques années par la mission d'information bicamérale sur les toxicomanies.

Seulement, ma chère collègue, il me semble que votre amendement pose un problème de rédaction. En effet, plutôt que de « prescripteurs de traitement aux opiacés », il conviendrait de parler de prescripteurs de traitement de substitution aux opiacés, car ce sont ces traitements qui posent problème, qu'il s'agisse de Subutex ou de méthadone.

Quant à votre idée de prévoir un agrément, il me semble qu'il y a déjà de nombreux niveaux de formation des médecins... Il n'est pas souhaitable d'instituer encore un échelon supplémentaire.

Toutefois, madame David, je le répète, je comprends votre inquiétude, d'autant plus justifiée que nous avons affaire à un trafic. De fait, madame la ministre, il faut bien voir que, indépendamment des prescriptions réglementaires assurées par les médecins, de nombreux malades sont victimes de ventes sauvages, notamment de Subutex, liées à un trafic international. Il y a là un véritable problème de société.

[Mme la présidente](#). Madame David, l'amendement n° 713 est-il maintenu ?

[Mme Annie David](#). Au sein de notre groupe, c'est Laurence Cohen qui connaît le mieux les problèmes d'addictologie ; elle a d'ailleurs été rapporteur de la commission sur ces questions. Notre collègue a été alertée, notamment à propos des dérives dont M. Barbier vient de parler, mais aussi au sujet des difficultés rencontrées par certains patients pour suivre correctement leur traitement, difficultés qui les contraignent, dans leur esprit, à pratiquer le nomadisme médical.

J'entends, madame la ministre, qu'un plan de contrôle est en train d'être mis en œuvre par l'assurance maladie ; peut-être le rapport dont M. Barbier a parlé a-t-il contribué à donner l'alerte et à inspirer certaines des mesures qui sont prises.

En l'absence de Laurence Cohen, qui n'a pu venir siéger ce matin, je retire notre amendement, non sans vous assurer, madame la ministre, que nous surveillerons de près les suites qui seront données à ce problème par l'assurance maladie.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 713 est retiré.

L'amendement n° 1058, présenté par Mmes Archimbaud et Benbassa, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ne peut être poursuivie des chefs d'usage illicite et de détention illicite de stupéfiants, la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants dans le cadre d'actions de réductions des risques, telles que définies par le présent article.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

[Mme Aline Archimbaud](#). L'article 8 du projet de loi donne une reconnaissance légale à la réduction des risques, ce qui marque une avancée importante. Dans le même esprit, les auteurs de cet amendement vous proposent de mettre fin aux poursuites qui visent les personnes détenant pour leur seul usage personnel et consommant des stupéfiants dans le cadre d'actions de réduction des risques – j'insiste sur cette dernière précision.

Cette évolution correspond aux pratiques qui ont cours dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, les CAARUD, dont Mme la ministre a mentionné l'action, avec le concours d'acteurs bénévoles formés dont la présence favorise l'échange, le dialogue et l'efficacité du dispositif, notamment en ce qui concerne l'orientation dans le

parcours de santé, la création d'un lien de confiance et l'appropriation par les personnes du parcours de santé.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis de la commission ?

[M. Alain Milon](#), *corapporteur*. Les auteurs de cet amendement proposent que, dans le cadre d'actions de réduction des risques, la détention de produits stupéfiants ne puisse être réprimée lorsque l'utilisateur les réserve à son seul usage personnel. Nous comprenons leur intention, mais nous nous interrogeons : peut-on énoncer ce principe sans définir précisément le lieu dans lequel cette dérogation s'appliquerait, ainsi qu'il est fait à l'article 9 ?

En effet, les actions de réduction des risques n'ont pas forcément lieu dans des locaux spécifiques : elles peuvent se dérouler en des lieux plus habituellement fréquentés par les usagers de drogues. Dans ces conditions, prévoir une dérogation aussi générale nous a laissés dubitatifs.

La commission a donc émis un avis défavorable.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Madame la sénatrice, une nouvelle rédaction a été trouvée à l'Assemblée nationale, sur l'initiative notamment de députés du groupe écologiste : elle garantit les professionnels des politiques de réduction des risques, ainsi que l'ensemble des intervenants qui y concourent, contre les risques pénaux qu'ils pouvaient courir. Cette rédaction, qui garantit leur protection, correspond à un équilibre satisfaisant, qui rassure toutes les parties prenantes.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

[Mme la présidente](#). Madame Archimbaud, l'amendement n° 1058 est-il maintenu ?

[Mme Aline Archimbaud](#). Non, je le retire, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 1058 est retiré.

L'amendement n° 1185, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 13

Compléter cet alinéa par les mots :

selon des modalités adaptées au milieu carcéral

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. La commission des affaires sociales du Sénat a retiré de l'article 8 du projet de loi la mention relative à l'adaptation de la politique de réduction des risques et des dommages aux spécificités du milieu carcéral, pour insister sur la nécessité d'assurer aux personnes détenues un accès au traitement équivalent à celui qui existe en milieu ordinaire.

Je signale que l'article 8 rappelle le principe en vigueur, énoncé par la loi du 18 janvier 1994 : l'égalité d'accès au traitement entre le milieu carcéral et le milieu ordinaire.

Dans la mesure où, aujourd'hui, les détenus ne bénéficient pas encore de l'ensemble des outils de prévention des risques, nous avons besoin de mettre en œuvre des politiques de prévention concrètes à leur intention, en adaptant les mesures au milieu carcéral. C'est pourquoi la ministre de la justice et moi-même avons souhaité la création d'un groupe de travail visant à expertiser les modalités de mise en place de programmes d'échanges de seringues en détention.

Pour la même raison, je souhaite le rétablissement de la mention supprimée par la commission.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis de la commission ?

[M. Alain Milon](#), *corapporteur*. Cet amendement du Gouvernement vise à réintroduire à l'article 8 une mention supprimée par la commission des affaires sociales, qui prévoit l'adaptation de la politique de réduction des risques aux particularités du milieu carcéral.

La commission des affaires sociales entend garantir aux personnes détenues les mêmes droits qu'aux autres citoyens dans le domaine de la prévention et de la distribution de matériel destiné à la réduction des risques, notamment d'échanges de seringues.

La mention dont Mme la ministre souhaite le rétablissement a été supprimée par la commission des affaires sociales à la demande des médecins de prison, qui souhaitent pouvoir assurer le secret médical en ce qui concerne les détenus et, surtout, la sécurité des échanges de seringues qui ont lieu de toute

façon, afin d'éviter la contamination. Nous estimons que notre position, qui répond à leur demande, assure la sécurité des détenus, dans le respect du secret médical.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Georges Labazée, pour explication de vote.

[M. Georges Labazée](#). À l'invitation du ministère de la justice et avec les associations d'aide aux personnes détenues, nous avons été amenés à visiter des établissements pénitentiaires au cours de ces dernières semaines, ce que j'ai fait dans mon département, à Pau et à Bayonne. Au-delà de la prise en considération des problèmes propres au milieu carcéral, nous avons discuté de cet aspect particulier du dossier et du problème de la prévention des risques.

En raison de mon expérience, je me trouve tout à fait en phase avec l'amendement défendu par le Gouvernement. Je suis certes avec attention les propositions des différents corapporteurs de la commission des affaires sociales, mais je crois véritablement, pour l'avoir vécu sur le terrain, dans le milieu carcéral, que l'amendement du Gouvernement doit être pris en compte sur l'ensemble de ces travées, au-delà de nos différences politiques.

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

[Mme Annie David](#). Pour notre part, nous sommes quelque peu sceptiques par rapport à l'amendement du Gouvernement. En effet, l'article 8, en son alinéa 13, prévoit que « la politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues. » En précisant que l'application de cette politique se fera « selon des modalités adaptées au milieu carcéral », le texte de cet amendement fait donc quelque peu redondance avec la rédaction actuelle de l'article.

En outre, une telle précision risque d'empêcher l'application des mêmes droits entre détenus et personnes non détenues.

Par conséquent, cet amendement est soit inutile, parce qu'il est redondant, soit restrictif pour les personnes en détention. Dans le doute, le groupe CRC s'abstiendra.

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Notre amendement vise bien à garantir l'effectivité du principe de l'égalité dans l'accès au droit.

La loi de 1994, dont j'ai d'ailleurs célébré l'anniversaire l'an dernier en me rendant au centre pénitentiaire du Mans, qui avait été portée par Mme Simone Veil, est une grande loi pour les détenus, puisqu'elle pose le principe de l'égalité dans l'accès au droit en matière de santé et d'accès aux politiques de réduction des risques.

Aussi, dès lors que ce droit est inscrit dans la loi, la question est plutôt de savoir si les détenus accèdent effectivement à ces politiques. Or la réponse est non. Les médecins eux-mêmes le disent : le fait d'être détenu crée des contraintes particulières.

Sans vouloir vous manquer de respect, monsieur Milon, je pense que vous avez anticipé sur un autre amendement et sur un autre article lorsque vous avez évoqué la position défendue par les médecins en prison.

[M. Alain Milon](#), *corapporteur*. Pas complètement...

Mme Marisol Touraine, *ministre*. En proposant d'ajouter ces quelques mots, le Gouvernement défend l'idée qu'il faut se donner les moyens de mettre en place des stratégies spécifiques pour garantir l'effectivité de l'accès au droit en prison. Le fait est d'ailleurs que certains protocoles en milieu ouvert ne peuvent être déclinés en milieu fermé, comme l'échange de seringues par exemple.

L'échange de seringues, s'il est en théorie possible, ne peut en réalité avoir lieu dans les mêmes conditions selon que l'on est libre ou détenu. En effet, une personne en détention n'est pas libre d'aller et venir et ne peut pas procéder elle-même à un tel échange. Un cadre particulier est donc nécessaire.

Il faut réfléchir à des modalités d'accès au droit adaptées à la situation des détenus et nous donner les moyens de prendre en considération la réalité des conditions dans lesquelles ils vivent, si nous voulons faire progresser leurs droits.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

[M. Daniel Chasseing.](#) Je suis assez d'accord avec les propos de notre collègue Annie David. En effet, les médecins que nous avons rencontrés confirment qu'il existe des échanges de seringues et considèrent que, là où l'on trouve de la drogue – comme en prison, dans les faits –, on devrait disposer des mêmes droits qu'à l'hôpital. Selon eux, il est très important que, en matière de santé, les détenus soient traités comme s'ils étaient à l'extérieur de la prison.

Madame la ministre, vous avez évoqué l'article du projet de loi qui établit l'absolue nécessité de respecter le secret professionnel. Cependant, il s'agit bien là d'un autre article que l'article 8, sur lequel je partage l'analyse de M. le corapporteur.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

[M. Alain Vasselle.](#) Je suis prêt à soutenir l'amendement du Gouvernement, à la condition que vous vous engagiez, madame la ministre, à publier une circulaire relative à l'application de cet article.

En effet, comme l'ont dit certains de nos collègues, le texte risque d'aboutir à des interprétations différentes selon la situation interne propre à chaque établissement carcéral. Pour lever toute ambiguïté et éviter que l'on se retrouve dans la situation évoquée par Mme David, il faudrait s'assurer qu'une circulaire d'application soit adressée dans toutes les prisons.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

[M. Alain Milon, corapporteur.](#) Je vous rejoins sur ce sujet, madame David.

Si l'on insérait un amendement comme celui du Gouvernement dans un projet de loi sur la santé, le ministère de la santé perdrait la main au profit du ministère de la justice. En effet, ce dernier pourrait notamment considérer que les seringues qui sont échangées entre détenus sont des armes possibles. C'est là que réside la difficulté, même si les médecins nous ont indiqué qu'il existait déjà des seringues rétractables, qui ne peuvent pas être regardées comme des armes.

Il ne faut pas voter en faveur de cet amendement, car les politiques de santé en milieu carcéral risqueraient de ne plus dépendre de la responsabilité du ministère de la santé.

[Mme la présidente.](#) La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je me réjouis que ce débat extrêmement important ait lieu. Les prises de position des uns et des autres, qui se déroulent dans le calme et la sérénité,...

[M. Alain Milon, corapporteur.](#) C'est grâce à vous, madame la ministre !(*Sourires.*)

Mme Marisol Touraine, *ministre*... montrent que, au fond, nous cherchons tous à trouver les conditions d'une meilleure prise en charge des personnes en détention.

La loi de 1994 a représenté une avancée majeure, notamment parce qu'elle a placé les politiques et les pratiques de santé en milieu carcéral sous l'autorité du ministère de la santé, alors que tout ce qui concernait la vie en prison – y compris la santé – dépendait jusqu'alors du ministère de la justice.

Évidemment, il est question de la prison. Toutefois, tout ce qui touche au domaine de la santé dans cet espace relève intégralement du ministère de la santé. Si mon ministère travaille avec celui de la justice pour faciliter l'intégration des politiques de santé dans l'environnement carcéral, il n'empêche que seuls les professionnels de santé et le ministère de la santé sont responsables en matière de pratiques de santé.

En ce qui concerne l'amendement du Gouvernement, monsieur Vasselle, il me semblait que son objet était suffisamment clair.

Cependant, comme je l'ai déjà dit, un groupe de travail commun entre le ministère de la santé et celui de la justice travaille actuellement sur ces sujets. Il me paraîtrait tout à fait positif et souhaitable que des circulaires interprétatives ou des recommandations soient adressées aux établissements carcéraux, afin qu'il soit bien clair que l'enjeu réside dans l'intérêt pour la santé des personnes détenues. (*M. Alain Vasselle acquiesce.*) En effet, c'est à cela que nous travaillons.

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 1185.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'article 8, modifié.

(*L'article 8 est adopté.*)



f. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A L'article L. 3121-3 devient l'article L. 3411-6 et après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

1° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

1° *bis* A Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV est complété par un article L. 3411-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3411-7.* - I. - La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, médicaux, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, les risques de morbi-mortalité par surdose ou mésusage liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants, et à orienter les usagers vers un parcours de soins tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés.

« II. - Sa mise en oeuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en oeuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de consommation et de prévention des risques et à visée éducative et thérapeutique. La supervision consiste à favoriser la prise de conscience des usagers à l'égard des pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° Participer au recensement des substances en circulation et à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II *bis.* - L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. - La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues. » ;

1° *bis* L'article L. 3121-5 devient l'article L. 3411-8 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

2° (*Supprimé*)

3° Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-7 ; »

b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu'ils résultent des 1°A, 1° *bis* A et 1° *bis* du présent article ;

c) Le même chapitre I^{er} *bis* est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-9. - Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A L'article L. 3121-3 devient l'article L. 3411-6 et après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

1° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

1° *bis* A Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV est complété par un article L. 3411-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-7. – I. – La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, médicaux, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, les risques de morbi-mortalité par surdose ou mésusage liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants, et à orienter les usagers vers un parcours de soins tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de consommation et de prévention des risques et à visée éducative et thérapeutique. La supervision consiste à favoriser la prise de conscience des usagers à l'égard des pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° Participer au recensement des substances en circulation et à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II *bis*. – L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. – La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues. » ;

1° *bis* L'article L. 3121-5 devient l'article L. 3411-8 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

2° (*Supprimé*)

3° Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-7 ; »

b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu'ils résultent des 1^oA, 1^o *bis* A et 1^o *bis* du présent article ;

c) Le même chapitre I^{er} *bis* est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-9. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

b. Amendement adopté en commission

- Amendement n° AS 352 présenté par M. Sebaou, rapporteur

ARTICLE 8

Substituer aux alinéas 5 à 13 les neuf alinéas suivants :

« Art. L. 3411-7. – I. – La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II bis. – L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. – La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale.

Il ne paraît pas pertinent de différencier les publics consommateurs visés par la politique de réduction des risques et des dommages, celle-ci ayant vocation à s'appliquer indifféremment à tous les usagers.

c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 21h30, compte rendu n° 13

Article 8 : Politique de réduction des risques et des dommages à destination des usagers de drogues

La Commission est saisie des amendements identiques AS104 de M. Philippe Goujon, AS155 de M. Bernard Accoyer et AS156 de Mme Valérie Boyer.

M. Jean-Pierre Door. Nous abordons un sujet sur lequel nous avons un conflit de valeurs. Pour nous, la lutte contre la toxicomanie est un combat que nous avons l'obligation de mener à travers une politique fondée sur l'interdit. Vous, au contraire, vous levez le tabou de l'interdiction d'injection de drogues et infléchissez, ce faisant, le périmètre de la mission de santé publique. À cette fin, vous modifiez le code de la santé publique, compromettant ainsi la réduction des risques. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

M. Bernard Accoyer. L'ouverture des salles de shoot est un signal adressé à la jeunesse aux antipodes de toute la politique de lutte contre les drogues conduite jusqu'à présent. Le choix fait par le Gouvernement est délétère pour la santé publique. Je plaide également pour la suppression cet article, qui légaliserait, en quelque sorte, la détention et la consommation de stupéfiants alors que, dans d'autres contextes, l'interdit et la pénalisation seraient maintenus. Comment seront traités les dealers à proximité de ces salles de shoot ?

Manifestement, ce texte oublie, sciemment ou non, la question du cannabis dont la consommation conduit, dans la majorité des cas, à l'usage de drogues injectées. Or le cannabis est un fléau en France en particulier. Aussi, je demande que l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) puisse conduire un travail sur les effets sur la santé de la consommation de ce produit. Contrairement à ce qu'avancait tout à l'heure Mme Delaunay, cette drogue est cancérigène, elle provoque la désocialisation des jeunes consommateurs qui négligent leurs études. Surtout, les effets psychiatriques, bien connus, sont redoutables : schizophrénie, aggravation de la maladie et résistance aux traitements. Il faut prendre la mesure de la situation des malades et de leurs familles confrontés à ces graves psychoses.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Certes, mais la loi ne traite pas la question du cannabis.

Mme Valérie Boyer. Alors que ce projet de loi met tout en œuvre pour réduire la consommation de tabac, l'article 8 lève le tabou de l'interdiction d'injection de drogues.

Avec la dépendance tabagique, on passe du plaisir à la souffrance, disiez-vous, madame la présidente. Je dirai, pour ma part, qu'avec cet article, on passe de la permissivité à la destruction, voire à la mort. C'est la porte ouverte à la consommation de drogue, et surtout un message catastrophique adressé aux drogués, aux malades, aux parents et, même, aux forces de l'ordre.

Au sein de la société, certains interdits sont constitutifs du vivre ensemble. Depuis plus de vingt ans et sous tous les Gouvernements, la politique de lutte contre la drogue menée en France est axée sur les soins, le sevrage, la prévention précoce des jeunes contre le fléau de la drogue, la prohibition totale des stupéfiants et une réponse pénale très ferme à l'endroit des trafiquants de drogue. Il s'agit là d'une rupture radicale, d'un véritable retour en arrière puisqu'on abandonne les usagers à leur addiction au lieu de tout mettre en œuvre pour les en délivrer.

L'article 8 infléchit le périmètre de la mission de santé publique en réécrivant le code de la santé publique. Il en efface la lutte contre la mortalité par surdose d'injection de drogue intraveineuse pour encourager les salles de shoot. C'est la raison pour laquelle je demande la suppression de cet article

J'ajoute que rouvrir aujourd'hui, comme l'ont fait certains de nos collègues socialistes à Marseille, le débat sur la dépénalisation du cannabis et sur les salles de shoot ne peut qu'affaiblir toutes les politiques conduites jusqu'à présent, les familles et les forces de l'ordre qui luttent avec beaucoup d'énergie et de courage contre les trafiquants de mort.

M. Jean-Louis Roumégas. Monsieur Accoyer, les salles de réduction des risques ne concernent pas le cannabis, qui, par ailleurs, ne s'injecte pas. Cette manière que vous avez de revenir au cannabis dès que nous parlons de toxicomanie, de tabac ou de dépendance à l'alcool pourrait bien indiquer une forme d'addiction inquiétante...

Ceux qui, sur le terrain, s'occupent du public visé pourraient vous dire qu'il s'agit de gens totalement exclus de la société, vivant pour la plupart dans la rue. Le but, avec les salles de réduction des risques, c'est d'organiser la prise en charge sanitaire et sociale d'une population qui s'adonne à la drogue sur la voie publique, à la vue de tous, donc des enfants. C'est à la fois une question de sauvegarde sanitaire de personnes en danger et de sécurité publique.

De même que nous avons été amenés à distribuer des seringues dans le cadre d'une politique de réduction des risques, nous n'avons pas d'autre solution que d'accompagner les professionnels qui s'attaquent courageusement à ces questions en donnant un cadre légal à leur activité. Se figer dans une position moralisatrice est complètement inefficace. Plutôt que de les stigmatiser, il faut les remercier, car ils rendent un fier service à la société.

M. Dominique Tian. Sur proposition de Jean-Claude Gaudin, le Sénat a prévu, à l'article 9, que les salles de shoot seraient intégrées à un établissement hospitalier. Vous avez supprimé cette disposition. Contre l'avis du maire de Marseille, la ministre de la République a indiqué sa préférence pour l'installation de ces salles sur la voie publique. Il n'est pas possible de légaliser l'injection de drogue par intraveineuse dans des structures non médicales !

Mme Michèle Delaunay. Monsieur Accoyer, je confirme que le cannabis ne s'injecte pas. Par ailleurs, d'éminentes personnalités de votre parti, tel M. Juppé, sont favorables à ces salles de réduction des risques. Avec son accord, nous allons en installer à Bordeaux. Je vous invite à aller y compléter votre formation en matière de drogues.

Mme Anne-Yvonne Le Dain. Face à une réalité que nous ne pouvons pas ignorer, nous faisons ce que font les Canadiens à Vancouver et les Hollandais à Rotterdam ou Amsterdam, et qui marche. Ce qui importe, c'est que ces populations soient dans un état de santé correct, alors, qu'actuellement, elles se piquent dans des conditions épouvantables et contractent des virus transmissibles.

Nous menons une politique de santé cohérente avec celle qu'a initiée la garde des Sceaux, ministre de la Justice, Mme Taubira, et qui prend acte de la société telle qu'elle est et pas telle que certains la voudraient, fondée sur de pseudo-valeurs morales appartenant à un monde qui n'existe pas – la politique de prohibition n'a pas fonctionné. Nous faisons, avec cette expérimentation, quelque chose de sain et solide, non pas dans un but irénique, mais pour traiter les personnes comme des êtres humains.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je rappelle, madame Le Dain, que, dans le cadre du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC), avec M. Laurent Marcangeli, vous avez conduit un long travail sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites.

M. Bernard Accoyer. Mon message n'est pas de dire que le cannabis s'injecte. Que l'on me prête la connaissance de ce qu'est le delta-9-tétrahydrocannabinol et la façon dont la jeunesse de France s'en imprègne ! Je maintiens que le vrai problème de santé publique pour notre jeunesse est que notre pays détient le record du monde de consommation de cannabis, mais ce texte n'en parle pas. Or cette drogue est bien souvent l'entrée vers celles qui s'injectent.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Avis défavorable aux amendements de suppression. Le débat a tout de suite dévié sur les salles de réduction des risques, alors que l'article 8 concerne la politique globale de réduction des risques. Cette politique essentielle a été introduite par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, au détour d'un article de trois lignes. Le texte que nous proposons ne diffère guère de celui du Sénat, il détaille une politique de réduction des risques et des dommages qui mérite qu'on s'y arrête.

La Commission **rejette** les amendements.

Puis elle étudie l'amendement AS352 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Il s'agit de revenir au texte de l'Assemblée nationale, que le Sénat a modifié, voire affadi. La question du milieu carcéral en particulier peut faire débat : les personnes détenues – c'est la loi – ont vocation à bénéficier des mêmes soins que les autres personnes ; toutefois, l'incarcération appelle des conditions spécifiques. J'ai entendu les préventions des associations à cet égard, mais la situation est particulière.

Mme Isabelle Le Calennec. J'ai quelques interrogations sur cet amendement.

Au 4 ° du II, il n'est plus question de promouvoir et superviser les procédures « de consommation » non plus que les procédures de prévention « à visée éducative et thérapeutique ». Pourquoi une telle disparition ?

Au 5 °, la version du Sénat prévoyait une action de recensement des substances en circulation ; elle a été supprimée dans votre amendement. Je pense pourtant qu'elle était intéressante.

Enfin, quelles sont les fameuses conditions particulières applicables au milieu carcéral, que vous venez d'évoquer ?

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. La rédaction du Sénat du 4 ° n'apportait rien. Le référencement des substances, pour autant que nous les connaissions toutes, existe déjà, nous disposons même d'un processus d'alerte en cas de risque majeur de consommation d'une substance.

Fort heureusement, les principes généraux de la santé publique s'appliquent aussi aux personnes incarcérées, et vous conviendrez avec moi que le milieu fermé appelle des pratiques adaptées.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 8 **modifié**

d. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales

Article 8

(art. L. 3121-3, L. 3121-4, L. 3121-5 et L. 3121-6 [nouveau], L. 3411-3, L. 3411-6 à L. 3411-9 [nouveaux] du code de la santé publique)

Politique de réduction des risques et des dommages à destination des usagers de drogues

Cet article vise à redéfinir la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogue.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen du texte en première lecture, la commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements qui ont significativement enrichi l'article 8. Ces amendements visaient respectivement :

- à retenir la dénomination de « réduction des risques et des dommages » afin de souligner que la survenue de dommages en cas de consommation de produits stupéfiants n'est pas qu'une simple éventualité ;
- à mieux définir la portée de l'activité menée dans le cadre de la réduction des risques des dommages : il s'agit d'accompagner les usagers de drogues dans un parcours de santé visant à les rendre plus autonomes ;
- à faire entrer dans le champ de la mise en œuvre de la réduction des risques et des dommages la promotion et la distribution des produits de santé destinés à la réduction des risques ;
- à prévoir que la politique de réduction des risques s'applique aux personnes détenues « *selon des modalités adaptées au milieu carcéral* ».

À l'initiative du rapporteur, la commission a également adopté des amendements proposant une nouvelle codification pour les articles du code de la santé publique relatifs à la réduction des risques et des dommages.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a également adopté plusieurs amendements visant à préciser le dispositif.

À l'initiative de M. Gilbert Barbier, membre du groupe du Rassemblement démocratie et social européen (RDSE), la commission a adopté un amendement visant respectivement à compléter la définition de la politique de réduction des risques afin d'y inclure un objectif thérapeutique, et à insister sur la nécessité d'adapter le parcours de soins à chaque usager « *tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés* ».

Elle a également adopté plusieurs amendements identiques précisant que les actions visant à superviser les comportements concernent non seulement les procédures de prévention des risques mais aussi « *les procédures de consommation, et les actions à visée éducative et thérapeutique* ». Cet

amendement a supprimé les termes de « *mise en garde* » poursuivis par la politique de réduction des risques pour leur préférer l'objectif consistant à « *favoriser la prise de conscience* » des usagers.

La commission a enfin adopté un amendement supprimant la modulation des dispositifs de réduction des risques et des dommages en milieu carcéral.

En séance publique, le Sénat a adopté, suivant l'avis de sagesse du Gouvernement, un amendement proposant d'intégrer le recensement des différentes substances en circulation dans le cadre de la politique de réduction des risques. Selon l'exposé sommaire de l'amendement, cette disposition doit permettre d' « *anticiper sur la collecte et l'analyse des nouveaux produits de synthèse qui arriveraient en circulation, et dont la composition et la dangerosité ne seraient alors pas connue* ».

3. La position de la commission

Les ajouts du Sénat relatifs à la diversité des publics consommateurs ne sont pas justifiés : il ne paraît en effet pas pertinent de différencier les publics consommateurs visés par la politique de réduction des risques et des dommages, celle-ci ayant vocation à s'appliquer indifféremment à tous les usagers.

La commission des affaires sociales a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*

La commission est saisie des amendements identiques AS104 de M. Philippe Goujon, AS155 de M. Bernard Accoyer et AS156 de Mme Valérie Boyer.

M. Jean-Pierre Door. Nous abordons un sujet sur lequel nous avons un conflit de valeurs. Pour nous, la lutte contre la toxicomanie est un combat que nous avons l'obligation de mener à travers une politique fondée sur l'interdit. Vous, au contraire, vous levez le tabou de l'interdiction d'injection de drogues et infléchissez, ce faisant, le périmètre de la mission de santé publique. À cette fin, vous modifiez le code de la santé publique, compromettant ainsi la réduction des risques. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

M. Bernard Accoyer. L'ouverture des salles de *shoot* est un signal adressé à la jeunesse aux antipodes de toute la politique de lutte contre les drogues conduite jusqu'à présent. Le choix fait par le Gouvernement est délétère pour la santé publique. Je plaide également pour la suppression cet article, qui légaliserait, en quelque sorte, la détention et la consommation de stupéfiants alors que, dans d'autres contextes, l'interdit et la pénalisation seraient maintenus. Comment seront traités les *dealers* à proximité de ces salles de *shoot* ?

Manifestement, ce texte oublie, sciemment ou non, la question du cannabis dont la consommation conduit, dans la majorité des cas, à l'usage de drogues injectées. Or le cannabis est un fléau en France en particulier. Aussi, je demande que l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) puisse conduire un travail sur les effets sur la santé de la consommation de ce produit. Contrairement à ce qu'avancait tout à l'heure Mme Delaunay, cette drogue est cancérigène, elle provoque la désocialisation des jeunes consommateurs qui négligent leurs études. Surtout, les effets psychiatriques, bien connus, sont redoutables : schizophrénie, aggravation de la maladie et résistance aux traitements. Il faut prendre la mesure de la situation des malades et de leurs familles confrontés à ces graves psychoses.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Certes, mais la loi ne traite pas la question du cannabis.

Mme Valérie Boyer. Alors que ce projet de loi met tout en œuvre pour réduire la consommation de tabac, l'article 8 lève le tabou de l'interdiction d'injection de drogues.

Avec la dépendance tabagique, on passe du plaisir à la souffrance, disiez-vous, madame la présidente. Je dirai, pour ma part, qu'avec cet article, on passe de la permissivité à la destruction, voire à la mort. C'est la porte ouverte à la consommation de drogue, et surtout un message catastrophique adressé aux drogués, aux malades, aux parents et, même, aux forces de l'ordre.

Au sein de la société, certains interdits sont constitutifs du vivre ensemble. Depuis plus de vingt ans et sous tous les Gouvernements, la politique de lutte contre la drogue menée en France est axée sur les soins, le sevrage, la prévention précoce des jeunes contre le fléau de la drogue, la prohibition totale des stupéfiants et une réponse pénale très ferme à l'endroit des trafiquants de drogue. Il s'agit là d'une rupture radicale, d'un véritable retour en arrière puisqu'on abandonne les usagers à leur addiction au lieu de tout mettre en œuvre pour les en délivrer.

L'article 8 infléchit le périmètre de la mission de santé publique en réécrivant le code de la santé publique. Il en efface la lutte contre la mortalité par surdose d'injection de drogue intraveineuse pour encourager les salles de *shoot*. C'est la raison pour laquelle je demande la suppression de cet article

J'ajoute que rouvrir aujourd'hui, comme l'ont fait certains de nos collègues socialistes à Marseille, le débat sur la dépénalisation du cannabis et sur les salles de *shoot* ne peut qu'affaiblir toutes les politiques conduites jusqu'à présent, les familles et les forces de l'ordre qui luttent avec beaucoup d'énergie et de courage contre les trafiquants de mort.

M. Jean-Louis Roumégas. Monsieur Accoyer, les salles de réduction des risques ne concernent pas le cannabis, qui, par ailleurs, ne s'injecte pas. Cette manière que vous avez de revenir au cannabis dès que nous parlons de toxicomanie, de tabac ou de dépendance à l'alcool pourrait bien indiquer une forme d'addiction inquiétante...

Ceux qui, sur le terrain, s'occupent du public visé pourraient vous dire qu'il s'agit de gens totalement exclus de la société, vivant pour la plupart dans la rue. Le but, avec les salles de réduction des risques, c'est d'organiser la prise en charge sanitaire et sociale d'une population qui s'adonne à la drogue sur la voie publique, à la vue de tous, donc des enfants. C'est à la fois une question de sauvegarde sanitaire de personnes en danger et de sécurité publique.

De même que nous avons été amenés à distribuer des seringues dans le cadre d'une politique de réduction des risques, nous n'avons pas d'autre solution que d'accompagner les professionnels qui s'attaquent courageusement à ces questions en donnant un cadre légal à leur activité. Se figer dans une position moralisatrice est complètement inefficace. Plutôt que de les stigmatiser, il faut les remercier, car ils rendent un fier service à la société.

M. Dominique Tian. Sur proposition de Jean-Claude Gaudin, le Sénat a prévu, à l'article 9, que les salles de *shoot* seraient intégrées à un établissement hospitalier. Vous avez supprimé cette disposition. Contre l'avis du maire de Marseille, la ministre de la République a indiqué sa préférence pour l'installation de ces salles sur la voie publique. Il n'est pas possible de légaliser l'injection de drogue par intraveineuse dans des structures non médicales !

Mme Michèle Delaunay. Monsieur Accoyer, je confirme que le cannabis ne s'injecte pas. Par ailleurs, d'éminentes personnalités de votre parti, tel M. Juppé, sont favorables à ces salles de réduction des risques. Avec son accord, nous allons en installer à Bordeaux. Je vous invite à aller y compléter votre formation en matière de drogues.

Mme Anne-Yvonne Le Dain. Face à une réalité que nous ne pouvons pas ignorer, nous faisons ce que font les Canadiens à Vancouver et les Hollandais à Rotterdam ou Amsterdam, et qui marche. Ce qui importe, c'est que ces populations soient dans un état de santé correct, alors, qu'actuellement, elles se piquent dans des conditions épouvantables et contractent des virus transmissibles.

Nous menons une politique de santé cohérente avec celle qu'a initiée la garde des Sceaux, ministre de la Justice, Mme Taubira, et qui prend acte de la société telle qu'elle est et pas telle que certains la voudraient, fondée sur de pseudo-valeurs morales appartenant à un monde qui n'existe pas – la politique de prohibition n'a pas fonctionné. Nous faisons, avec cette expérimentation, quelque chose de sain et solide, non pas dans un but irénique, mais pour traiter les personnes comme des êtres humains.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je rappelle, madame Le Dain, que, dans le cadre du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC), avec M. Laurent Marcangeli, vous avez conduit un long travail sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites.

M. Bernard Accoyer. Mon message n'est pas de dire que le cannabis s'injecte. Que l'on me prête la connaissance de ce qu'est le delta-9-tétrahydrocannabinol et la façon dont la jeunesse de France s'en imprègne ! Je maintiens que le vrai problème de santé publique pour notre jeunesse est que notre pays détient le record du monde de consommation de cannabis, mais ce texte n'en parle pas. Or cette drogue est bien souvent l'entrée vers celles qui s'injectent.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Avis défavorable aux amendements de suppression. Le débat a tout de suite dévié sur les salles de réduction des risques, alors que l'article 8 concerne la politique globale de réduction des risques. Cette politique essentielle a été introduite par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, au détour d'un article de trois lignes. Le texte que nous

proposons ne diffère guère de celui du Sénat, il détaille une politique de réduction des risques et des dommages qui mérite qu'on s'y arrête.

La commission rejette les amendements.

Puis elle étudie l'amendement AS352 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Il s'agit de revenir au texte de l'Assemblée nationale, que le Sénat a modifié, voire affadi. La question du milieu carcéral en particulier peut faire débat : les personnes détenues – c'est la loi – ont vocation à bénéficier des mêmes soins que les autres personnes ; toutefois, l'incarcération appelle des conditions spécifiques. J'ai entendu les préventions des associations à cet égard, mais la situation est particulière.

Mme Isabelle Le Callennec. J'ai quelques interrogations sur cet amendement.

Au 4 ° du II, il n'est plus question de promouvoir et superviser les procédures « de consommation » non plus que les procédures de prévention « à visée éducative et thérapeutique ». Pourquoi une telle disparition ?

Au 5 °, la version du Sénat prévoyait une action de recensement des substances en circulation ; elle a été supprimée dans votre amendement. Je pense pourtant qu'elle était intéressante.

Enfin, quelles sont les fameuses conditions particulières applicables au milieu carcéral, que vous venez d'évoquer ?

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. La rédaction du Sénat du 4 ° n'apportait rien. Le référencement des substances, pour autant que nous les connaissions toutes, existe déjà, nous disposons même d'un processus d'alerte en cas de risque majeur de consommation d'une substance.

Fort heureusement, les principes généraux de la santé publique s'appliquent aussi aux personnes incarcérées, et vous conviendrez avec moi que le milieu fermé appelle des pratiques adaptées.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 modifié.

e. Compte rendu intégral des débats, première séance du vendredi 27 novembre 2015

Article 8

M. le président. La parole est à Mme Anne-Yvonne Le Dain.

Mme Anne-Yvonne Le Dain. Monsieur le président, madame la ministre, madame et messieurs les rapporteurs, cet article est important car il concerne l'usage des substances psychotropes illicites qui, selon les critères de santé publique, altèrent la santé mais dont les utilisateurs semblent considérer qu'il améliore leur situation psychologique personnelle.

Une première partie de cet article vise les salles de consommation à moindre risque.

L'année dernière, j'ai travaillé sur cette question dans le cadre du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Cela m'a donné l'occasion de constater que les politiques publiques conduites en Hollande, qui valorisent la tranquillité publique *via* ces salles de consommation à moindre risque, permettent d'améliorer l'état sanitaire des personnes concernées – ces personnes qui se piquent, se « shootent » – tout en assurant la tranquillité du voisinage, ce qui contribue également à améliorer la situation en matière de sécurité publique.

Au Canada, plus précisément à Vancouver, l'approche diffère un peu car l'amélioration de la santé des personnes qui se « shootent » est fondée sur la prophylaxie sanitaire.

La démarche entreprise dans notre pays est remarquable et doit être remarquée. J'aurais préféré qu'elle soit plus rapide mais je constate, depuis l'année dernière, que les choses vont dans le bon sens et s'améliorent. C'est un beau travail qui a été réalisé.

Avant d'exposer le sens des amendements que j'ai déposés à l'article 8 *bis* A, je tiens à rappeler que la question du cannabis n'est pas du tout anodine. Cette réalité-là gangrène nos sociétés. Nous devons y prendre garde et nous en saisir à bras-le-corps.

S'agissant des substances illicites, nos textes sont fondés sur la loi de 1970, elle-même fondée sur un engagement international de 1960. Il est temps de repenser ces questions-là, y compris pour des drogues dont l'usage est désormais « banal », pour utiliser un mot que je n'aime pas. Nous devons donc avancer, j'y reviendrai tout à l'heure.

En tout cas, bravo et merci pour la mise en place des salles de consommation à moindre risque.

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

M. Denis Jacquat. Nous abordons un sujet tabou.

Je me souviens des discussions que nous avons eues ici, dans cet hémicycle, lorsque Michèle Barzach avait proposé la mise en place de distributeurs pour l'échange de seringues, mesure qui s'inspirait également d'exemples étrangers.

Sur le plan national, je souhaite que nous puissions disposer d'un bilan précis concernant l'utilisation des substances illicites. On parle beaucoup du tabac, substance, elle, licite, mais l'on parle très peu de ces dernières. En commission, nous avons été renvoyés dans nos buts lorsque nous avons demandé un tel bilan.

Enfin, je rejoins les propos de Mme Le Dain concernant le problème du cannabis.

M. le président. La parole est à M. Philippe Goujon.

M. Philippe Goujon. Ma position est rigoureusement inverse de celle qu'a exprimée Mme Le Dain, mais pas par posture politique ou idéologique.

Moi aussi, j'ai visité un certain nombre de ces centres. La politique que nous menons depuis longtemps en France témoigne que nous disposons de nombreux moyens dédiés à la réduction des risques et aux traitements préventifs pour ne pas nous embarquer dans l'aventure des salles de *shoot*.

Cet article, en effet, vise à légaliser ces dernières, contre l'avis – je le rappelle – de l'Académie de médecine, de l'Académie de pharmacie, de l'Ordre des médecins et même des Nations unies. Nous violons d'ailleurs nos engagements internationaux en dépénalisant ainsi la participation à un acte potentiellement létal et, en tout cas, illicite, des personnels de santé qui officieront dans ces salles.

C'est assez logique et cohérent de votre part comme en attestent les points suivants. Tout d'abord, vous vous inscrivez dans la logique de légalisation des drogues portée dans ce texte par les articles 8 et 9, après avoir d'ailleurs promu la transaction pénale – sur laquelle Mme Le Dain est intervenue –, directement issue de la loi Taubira.

Le confirme également l'article 8 *bis* A introduit par les sénateurs du groupe socialiste dans le cadre de la navette et qui sera peut-être modifié par voie d'amendement, mais le principe reste le même.

Il en est de même des déclarations assez contradictoires du Gouvernement et de sa majorité concernant la dépénalisation, la légalisation ou même l'institution d'un commerce d'État des drogues, comme le proposent certains d'entre vous.

Il est évident que les interdits en matière de drogues, auxquels le Premier ministre semblait pourtant être attaché, si l'on en croit les déclarations qu'il a faites voilà quelques mois, sont ainsi remis en cause. Il est grave d'envoyer ainsi un signal désastreux à notre jeunesse qui, vous l'avez dit, compte parmi les plus consommatrices de drogues en Europe.

Même si la commission des affaires sociales a supprimé l'article 8 *bis* A en adoptant d'ailleurs l'amendement que notre groupe avait déposé...

M. le président. Je vous remercie, monsieur le député.

M. Philippe Goujon. ...cet article 8 n'a pas sa place dans ce texte.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. J'interviens ici à la fois sur les articles 8 et 9 – je ne reprendrai donc pas la parole sur ce sujet.

Nous partageons tous une même démarche : la lutte contre la toxicomanie et les addictions dont les dégâts, que nous avons l'obligation de combattre, sont énormes et bien connus. Être un professionnel de santé, c'est d'abord prodiguer des soins et non entretenir des maux !

L'ancienne majorité n'a pas à rougir de son action tant elle a soutenu sur le plan financier tous les dispositifs de prise en charge et de traitements, les CSAP – centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie –, les CAARUD – centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues –, les hébergements et appartements thérapeutiques.

Dans ce combat, la France est en pointe par rapport aux pays voisins.

Nous savons que, même s'ils ont augmenté ces dernières années, les niveaux de consommation de drogues demeurent chez nous encore très inférieurs à ceux qui sont constatés en Espagne, en Italie, en Grande-Bretagne ou en Suisse.

Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, dans ces pays, la consommation de cocaïne a dépassé le million d'usagers mais la France – c'est encore beaucoup, certes – n'en compte que 200 000 à 250 000 réguliers.

La politique française est fondée sur l'interdit et sur le sevrage, ce qui est déjà exemplaire en matière de prévention et de réduction des risques.

Si la toxicomanie était soignée dans certains CAARUD, nous nous opposons à la levée de l'interdit, c'est-à-dire à ces salles de *shoot* dont, M. Goujon l'a rappelé, le programme des Nations-Unies de lutte contre la toxicomanie déconseille l'instauration.

On va trop loin : l'interdit doit être respecté.

M. le président. La parole est à M. Philippe Goujon, pour soutenir l'amendement n° 90, tendant à supprimer l'article 8.

M. Philippe Goujon. Cet article lève le tabou de l'interdiction d'injection de drogue par voie intraveineuse pour exempter les personnels de toute poursuite pénale.

Il est évident que les familles des personnes qui décéderaient d'une overdose – c'est toujours possible, hélas ! – dans la salle ou à ses abords immédiats ne manqueront pas d'attaquer l'État et les personnels de santé. De plus, la question du contrôle des produits injectés n'a pas été du tout résolue car le délai de réalisation de leurs analyses n'est pas compatible avec l'exigence d'injection des victimes de la drogue.

Notre groupe s'oppose évidemment à cet infléchissement de la mission de santé publique, pourtant consensuelle depuis plus de vingt ans au sein de tous les gouvernements et qui, comme le disait notre collègue Jean-Pierre Door à l'instant, a permis à la France d'atteindre des résultats absolument incomparables en matière de réduction des risques, laquelle est bien meilleure en France que dans les pays disposant de salles de *shoot*.

Enfin, il est assez symptomatique que vous ayez supprimé en commission la mention d'un objectif thérapeutique qui avait été introduite par le Sénat à l'article 8. C'est en effet assez significatif alors que l'on prétend tout de même – je crois que tel est notre objectif commun – soigner les toxicomanes.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je tiens à répondre à la défense de cet amendement de suppression de l'article 8.

Compte tenu de vos propos, monsieur Goujon, je suis assez stupéfait que vous souhaitiez supprimer cet article.

Je vais vous dire pourquoi : supprimer cet article, c'est en finir avec la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogues, c'est donc renoncer à lutter contre la transmission des infections et la mortalité par surdose, objet de l'alinéa 5 de cet article – lequel n'a rien à voir avec les salles de consommation à moindre risque, dont traite l'article 9 – qui décline également l'ensemble de la politique que nous souhaitons mettre en œuvre. Je vous renvoie aussi au plan 2013-2017 du Gouvernement.

Les arguments que vous avez développés n'ont rien à voir avec cet article 8, à la suppression duquel je suis évidemment défavorable.

(L'amendement n° 90, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 8 est adopté.)

f. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618

Article 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A L'article L. 3121-3 devient l'article L. 3411-6 et, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

1° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

1° bis A Après l'article L. 3411-6, tel qu'il résulte du 1° A du présent article, il est inséré un article L. 3411-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-7. – I. – La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II *bis*. – L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. – La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;

1° *bis* L'article L. 3121-5 devient l'article L. 3411-8 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

2° (*Supprimé*)

3° Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l'article L. 3411-7 ; »

b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu'ils résultent des 1°A, 1° *bis* A et 1° *bis* du présent article ;

c) Le même chapitre I^{er} *bis* est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3411-9.* – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

2. Sénat

a. Séance publique du 14 décembre 2015

Néant

b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015

Néant

Décision n° 2015 - 727 DC
**Loi de modernisation de notre système
de santé**

Article 43 de la loi Santé (ex art. 9)

Expérimentation des salles de consommation de drogue à moindre risque

**Article, consolidation et travaux
parlementaires**

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|---|----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| II. Consolidation | 4 |
| III. Travaux parlementaires..... | 5 |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| - (AN NL) Article 43 9..... | 4 |
| II. Consolidation | 4 |
| III. Travaux parlementaires..... | 5 |
| A. Première lecture | 5 |
| 1. Assemblée nationale | 5 |
| a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014..... | 5 |
| 1 - Exposé des motifs | 5 |
| b. Etude d'impact..... | 6 |
| c. Amendements adoptés en commission..... | 16 |
| - Amendement n° AS1466 présenté par Mme Dagoma, Mme Carrey-Conte, Mme Pinville, M. Aviragnet, M. Bapt, et a..... | 16 |
| - Amendement n° AS1714 présenté par M. Véran, rapporteur..... | 16 |
| - Amendement n° AS1465 présenté par Mme Dagoma, Mme Pinville, M. Aviragnet, M. Aylagas, M. Bapt et a..... | 16 |
| d. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 16h15..... | 16 |
| e. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015 | 24 |
| f. Amendement adopté en séance publique..... | 33 |
| - Amendement n° 2198 (rect.) présenté par Mme Lemorton..... | 33 |
| g. Discussion en séances publiques | 33 |
| - Première séance du mardi 7 avril 2015 | 33 |
| - Deuxième séance du mardi 7 avril 2015 | 45 |
| h. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture..... | 66 |
| 2. Sénat | 67 |
| a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015..... | 67 |
| b. Amendement adopté en commission..... | 67 |
| c. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015..... | 68 |
| d. Amendements présentés en séance publique..... | 69 |
| - Amendement n° 34 rect. bis. Présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. Béchu, Cambon et a..... | 69 |
| - Amendement n° 1207 présenté par M. Lemoine..... | 69 |
| - Amendement n° 291 rect. présenté par Mme Imbert, MM. D. Laurent, Longuet, Laufoaulu et a..... | 69 |
| - Amendement n° 882 rect. présenté par MM. Amiel et Guérini | 70 |
| - Amendement n° 409 rect. sexies présenté par MM. Mouiller, Retailleau, de Legge et a. | 70 |
| e. Séance publique du 17 septembre 2015 | 71 |
| f. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 89 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord)..... | 90 |
| C. Nouvelle lecture | 90 |
| 1. Assemblée nationale | 90 |
| a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015 | 90 |
| b. Amendements adoptés en commission..... | 90 |
| - Amendement n° AS 355 présenté par M. Sebaou, rapporteur et mme Lemorton | 90 |
| - Amendement n° AS 356 présenté par M. Sebaou, rapporteur et mme Lemorton | 91 |
| c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 21h30, compte rendu n° 13..... | 91 |
| d. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales | 96 |

| | |
|--|------------|
| e. Compte rendu intégral des débats, première séance du vendredi 27 novembre 2015. | 101 |
| f. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618 | 107 |
| 2. Sénat | 108 |
| a. Séance publique du 14 décembre 2015 | 108 |
| b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015 | 108 |

I. Texte adopté

- (AN NL) Article 43 9

I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article ~~L. 3411-8~~ L. 3411-9 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article ~~L. 3411-7~~ L. 3411-8 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

(AN1) III. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle ils sont implantés, au maire de la commune et au ministre chargé de la santé.

IV. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

V. – Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque mentionnée au I.

II. Consolidation

Néant

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Article 9 : des salles de consommation à moindre risque existent chez nos voisins européens (Allemagne, Luxembourg, Espagne, Suisse) et leur bilan est positif pour protéger les usagers de drogues par voie intraveineuse des risques sanitaires de l'injection, comme l'a souligné une expertise indépendante de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

La présente disposition prévoit donc l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour une durée de six ans et en détermine le cadre. Les objectifs de ces SCMR sont d'éviter les complications sanitaires liées à la prise de substances psycho-actives, de promouvoir l'hygiène de la consommation, d'inciter les usagers de drogues à s'orienter vers des modes de consommation à moindre risque et de les mener vers un processus de substitution ou de sevrage. Elles s'adressent notamment à des publics vulnérables, amenés à consommer des drogues dans un cadre précaire qui ne permet pas la mise en œuvre de mesures de réduction des risques. Ces salles doivent permettre également de réduire les nuisances dans l'espace public. Cela concerne en particulier la présence de matériel d'injection utilisé qui peut être source de contaminations accidentelles.

Article 9

I. – À titre expérimental et pour une durée de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues mentionnés à l'article L. 3121-5 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des usagers majeurs de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3121-4 du même code. Dans cet espace, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges susmentionné et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

Ne peut ainsi être poursuivie des chefs d'usage illicite et de détention illicite de stupéfiants la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application de la présente loi.

Ne peut également être poursuivi des chefs de complicité d'usage illicite de stupéfiants et de facilitation de l'usage illicite de stupéfiants le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque dès lors qu'il agit conformément à sa mission de supervision.

III. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils sont implantés, ainsi qu'au ministre chargé de la santé.

IV. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

V. – Les dispositions des articles L. 313-1-1, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5 et L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'un espace ouvert au public de réduction des risques par usage supervisé mentionné au I.

b. Etude d'impact

CHAPITRE III : SOUTENIR ET VALORISER LES INITIATIVES DES ACTEURS POUR FACILITER L'ACCÈS DE CHACUN À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ (ARTICLES 7 À 9)

I. DIAGNOSTIC

I. 1 Nécessité de donner des outils de dépistage rapide des maladies transmissibles

I. 1.1. Généralisation des tests rapides d'orientation diagnostique

En dépit d'une activité de dépistage extrêmement importante en France (environ 5 millions) près d'un tiers des personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH sont dépistées à un stade avancé de l'infection et 30 000 personnes ignorent encore leur séropositivité, ce qui représente une augmentation des complications pour le patient et des risques de transmission de l'infection à d'autres personnes.

Face à ce constat, le Conseil national du Sida (CNS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont recommandé une banalisation de la proposition d'un test en dehors de tout contexte de prise de risque, une réorganisation du dispositif pour aller au devant des populations notamment dans les territoires isolés, une offre de dépistage communautaire plus attractive, notamment les personnes les plus exposées, pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les femmes migrantes.

Suite à la parution de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, l'ensemble des TROD (infection à VIH, paludisme, streptocoques A, diabète, ...) ont été sortis du champ de la biologie médicale et les modalités de leur utilisation peuvent être définies par arrêté (L.6211.3 du code de la santé publique). Un arrêté du 11 juin 2013 est venu déterminer la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.

Un premier arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence était déjà intervenu pour fixer les conditions de réalisation du TROD VIH dans les situations d'urgence et pour ouvrir cette possibilité aux professionnels de santé, en plus des biologistes.

L'utilisation des TROD a ensuite été élargie par un second arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2), à tous professionnels médicaux et paramédicaux, hors contexte d'urgence, ainsi qu'à des intervenants associatifs exerçant dans des associations habilitées par les Agences régionales de santé (ARS).

I.1.2 Améliorer le dépistage des infections transmissibles en élargissant l'offre de dépistage à certaines personnes exposées ou vulnérables

Un des enjeux majeurs du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 est d'améliorer le dépistage, notamment le dépistage précoce de l'infection à VIH. Dépister précocement représente à la fois un bénéfice pour la personne mais aussi pour la collectivité en réduisant le risque de transmission dans la population par la mise sous traitement des

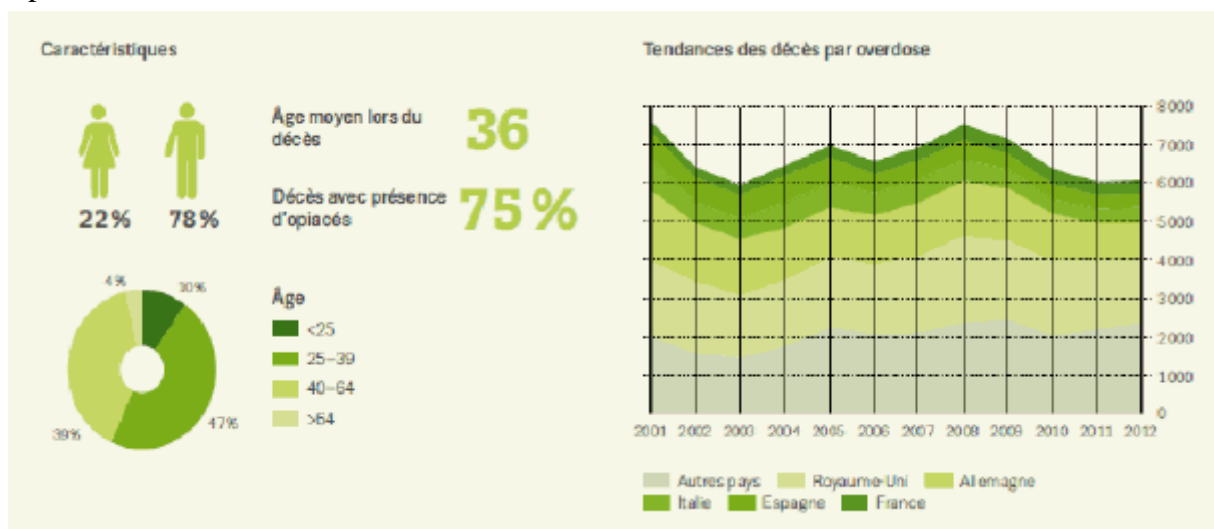
personnes séropositives. Néanmoins, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité est encore estimé à 30.000. Ce constat justifie de continuer à promouvoir la démarche de dépistage en diversifiant les occasions et les moyens de se faire tester, tout en concentrant les efforts en faveur des personnes les plus exposées ou éloignées du système de santé.

Comme suite à une saisine d'août 2012 de la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Conseil national du sida (CNS) a rendu le 22 mars 2013 un rapport constatant une insuffisance du dispositif actuel pour répondre aux nouveaux enjeux du dépistage et a émis un avis favorable pour la mise à disposition des autotests VIH en France. De même, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a publié le 25 mars 2013 un avis sur les problèmes éthiques posés par la commercialisation de tels tests en France, précisant notamment que leur mise à disposition répondrait aujourd'hui à « une nécessité de santé publique ».

I. 2 Nécessité de réaffirmer la politique de réduction des risques pour consolider les actions déjà mises en œuvre ou à mener

I.2.1 Des pratiques de consommation, facteur de risque de mortalité par surdose et de morbidité infectieuse

Les usagers de drogue, en général polyconsommateurs, qui utilisent de façon régulière des opiacés et d'autres substances, comme la cocaïne, s'exposent à des risques de surdoses. Après une forte baisse des overdoses suite à la mise en place d'un accès large aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) dès 1995, le nombre de décès par surdose a de nouveau commencé à augmenter en 2004 et de manière modérée pour atteindre un nombre de 392 en 2010. Plusieurs produits sont impliqués dans ces décès mais les plus représentés sont les opiacés, qu'il s'agisse de l'héroïne ou d'opiacés médicamenteux. Les données de l'enquête DRAMES font apparaître en 2011 une proportion de décès par surdose principalement imputée à l'héroïne de 15%, en nette baisse par rapport à la période 2006-2010 durant laquelle cette proportion était comprise entre 32% et 40%, et une proportion de morts causés par des médicaments de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine haut dosage – BHD) représentant 50% des décès.



Les usagers de drogue qui utilisent la voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés aux problèmes de santé liés à leur consommation de drogue. Cette voie reste le mode d'administration qui augmente le plus sensiblement les risques en matière de maladies infectieuses, en raison du partage du matériel d'injection (seringues, cuillères, filtre, eau...). L'injection de drogue continue donc de jouer un rôle essentiel dans la transmission de maladies infectieuses véhiculées par le sang, telles que le VIH/SIDA et l'hépatite C.

Par ailleurs, au risque infectieux s'ajoutent les autres complications auxquelles s'exposent les usagers de drogues (UD) injecteurs telles que : système veineux détérioré, infections bactériennes ou mycosiques. Par voie sanguine, ces affections peuvent essaimer à distance, entraînant des pathologies très lourdes (septicémies, endocardites, arthrites...), qu'aucune donnée ne permet actuellement de quantifier.

En 2011, selon l'enquête Coquelicot InVS-INSERM, 11 % des personnes ayant pratiqué l'injection ou le sniff au moins une fois dans leur vie étaient infectées par le VIH et 44% par le VHC. Les séroprévalences du VIH et VHC augmentent régulièrement avec l'âge. Chez les moins de 30 ans, la séroprévalence du VIH est de 0,6% et celle du VHC est de 9%.

En outre, les données concernant la santé des personnes détenues, et notamment le taux de contamination par le VIH et le VHC, sont préoccupantes : une prévalence du VIH (2 %) et du VHC (4,8 %) 6 fois plus élevée qu'en milieu libre ; une proportion importante des infections détectées au cours de l'incarcération (1 sur 4 pour le VIH, 1 sur 5 pour le VHC) et des pratiques à risque comme le partage de matériel d'injection.

Les principaux éléments contextuels récemment observés accroissant les risques de transmission de l'hépatite C sont notamment les pratiques d'injection de groupe et la consommation dans des lieux insalubres et dans la précipitation (dans des espaces publics peu propices : parking, cages d'escalier).

Par ailleurs, les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale, que ce soit en termes de logement, de revenu d'emploi, ou de couverture sociale. Depuis une dizaine d'années, de nouveaux groupes de populations précaires recourent aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD) : des jeunes dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou des migrants totalement démunis, notamment en provenance d'Europe de l'Est. Ces usagers de drogues adoptent souvent des conduites d'usage radicales (poly-usage anarchique, injections fréquentes), vivent dans des conditions de précarité souvent extrêmes et se rapprochent peu des systèmes de soins.

Ces nouveaux usagers précaires méconnaissent pour la plupart d'entre eux les pratiques de réduction des risques.

I.2.2 Définition des objectifs et modalités de la politique de réduction des risques

La réduction des risques désigne les politiques, les programmes et les interventions dont l'objectif est de prévenir, réduire et remédier aux effets néfastes liés à l'usage de drogues et aux comportements addictifs sur les personnes et sur la collectivité. Elle constitue un moyen d'atteindre des objectifs d'amélioration dans les domaines de la santé publique, de la sécurité et de la protection sociale, en contribuant à atténuer les problèmes sanitaires, sociaux, juridiques et économiques liés à l'usage de substances psychoactives.

La mise en place des premières mesures de réduction des risques au cours des années 1990 a abouti à des succès indéniables : la mise à disposition de matériel d'injection stérile, ainsi que le développement des programmes de substitution aux opiacés ont permis de diviser par quatre le nombre de contaminations par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) chez les usagers de drogues.

Toutefois, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) n'a pas diminué dans les mêmes proportions et demeure, aujourd'hui encore, élevée.

Le contexte de l'usage de drogues a fortement évolué : les produits consommés se sont diversifiés (injections de médicaments, de produits de synthèse, de cocaïne basée...), tout comme les publics et les contextes de consommation. Une forte majorité des usagers de drogues se distinguent désormais par des pratiques de polyconsommation, cumulant l'usage

d'alcool, de médicaments et de substances illicites. Ces pratiques représentent un facteur de risque supplémentaire.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précisait les objectifs de la politique de réduction des risques tout en renvoyant les modalités d'action à un référentiel national adopté par décret. Le succès des mesures de RDR mises en place dans cette période ne peut se maintenir et se poursuivre que si le dispositif évolue et s'adapte. En effet, le contexte épidémiologique des usages de produits psychoactifs a connu des évolutions profondes (diffusion de l'usage de cocaïne, essor des nouveaux produits de synthèse, possibilité de se fournir sur internet). Les réponses sanitaires ont également évolué en intégrant la RDR dans le parcours de soins des usagers et en développant les partenariats entre intervenants.

Par définition, la politique de réduction des risques doit continuellement s'adapter pour faire face aux évolutions des publics consommateurs, des produits consommés et des modes de consommation. Elle doit aussi identifier les publics émergents et s'adapter à leurs spécificités, afin de contribuer à intégrer ces nouveaux publics dans un parcours de soin. La prise en compte du milieu carcéral doit également être précisée.

I.2.3 Nécessité de recourir à l'expérimentation de nouvelles stratégies de réduction des risques, telle que la salle de consommation à moindre risque (SCMR)

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, piloté par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, ex- MILDT), l'expérimentation d'un nouveau dispositif de réduction des risques en direction des toxicomanes a reçu l'accord du Gouvernement.

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont des structures où les usagers de drogues peuvent consommer des drogues qu'ils apportent, de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision d'un personnel qualifié.

Le dispositif des SCMR s'attache à prévenir les dommages liés aux drogues pour l'individu lui-même (maladies, marginalisation) ainsi que les troubles à l'ordre public (usage de drogues dans les lieux publics). Elles ont aussi pour but de rapprocher les usagers du dispositif spécialisé de soins.

Historiquement, les centres de consommation supervisée ont vu le jour sous l'influence de plusieurs phénomènes: l'amplification de la consommation de drogues par injection (héroïne, cocaïne, médicaments), l'arrivée de l'épidémie de VIH et de VHC, la présence croissante de consommateurs de drogues en situation d'extrême précarité sociale, souvent sans domicile fixe et consommant des drogues dans l'espace public.

La première salle de consommation implantée en Europe remonte au milieu des années 1980 (Berne, 1986). Actuellement, il existe des salles de consommation supervisée dans 9 pays (39 villes européennes) : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse. Ces centres poursuivent des objectifs de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues et pour la communauté, dans les domaines de la santé publique et de l'ordre public.

Encadrés par des professionnels (médecins, infirmier(ère)s, travailleurs sociaux et tout autre professionnel formé pour répondre à des situations d'urgence sanitaire chez les usagers de drogues), ces salles constituent des espaces qui offrent aux usagers de drogues un cadre d'usage d'injection sécurisé, en dehors de l'espace public. Elles assurent une promotion de l'hygiène de la consommation (lavage des mains, désinfection), la mise à disposition de matériel stérile, ainsi qu'une supervision de l'injection et l'orientation vers des modes de consommation à risque moindre.

Ce dispositif s'inscrit dans la poursuite des objectifs de la politique de réduction des risques :

- contribuer à réduire chez les usagers injecteurs les risques de surdose et les infections en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile ;
- contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins, afin de lutter contre les addictions ;
- contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution ;
- réduire les nuisances dans l'espace public ;
- atteindre les usagers injecteurs à haut risque et les faire entrer dans un processus de réduction des risques et de soins ;
- améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages;
- encourager les usagers à pratiquer des dépistages afin de connaître leur statut sérologique.

Les études scientifiques ont conclu à une diminution des risques d'abcès et autres maladies liées à l'injection, une diminution des comportements à risque de transmission du VIH/VHC. En 2010, l'expertise collective INSERM sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues commandée par le ministère de la santé enregistre un impact positif sur la RDR ainsi que sur l'accès aux soins.

Les SCMR ont vocation à constituer une composante supplémentaire de l'éventail des outils proposés dans le but de réduire les risques et les dommages et de rapprocher les usagers du dispositif de soins. D'autres éléments de cette palette sont constitués par les traitements de substitution aux opiacés (TSO), la mise à disposition de matériel stérile et les entretiens individualisés de conseil.

En outre, les données de santé des personnes en détention plaident pour des actions spécifiques adaptées aux spécificités du milieu carcéral (sensibilisation à l'entrée en détention ; éducation à la santé sur la réduction des risques, mise à disposition de matériel stérile, etc.).

II. LES OBJECTIFS DE LA REFORME

II.1 Objectifs de la réforme visant à renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Le contexte épidémiologique actuel, notamment dans certains groupes fortement exposés au risque de transmission du VIH, les différents résultats des expérimentations menées à l'étranger et du dispositif des TROD déployé par des associations communautaires montrent l'intérêt de développer une nouvelle offre de dépistage par TROD par des professionnels de santé ou par des non professionnels de santé spécifiquement formés. Celle-ci doit s'inscrire en complémentarité de l'offre locale de dépistage pour répondre à une situation épidémiologique ou géographique spécifique.

La banalisation et l'élargissement de l'utilisation des TROD de l'infection à VIH, aux professionnels de santé, dans et en dehors des lieux de soins, et à des intervenants associatifs, sur la base d'un arrêté pris sur le fondement de l'article L.6211.3 précité est néanmoins apparu fragile au regard de la définition de l'exercice médical. Dans ces conditions, il semble pertinent d'inscrire cette possibilité dans la loi comme cela est déjà le cas pour les examens de détection du paludisme (article L 6211-4 du code de la santé publique).

En raison des évolutions techniques prévues à court et moyen terme en matière de TROD pour les hépatites virales B et C (VHB, VHC) et les IST, la disposition prévoit la possibilité d'un recours aux TROD pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles, dans des conditions définies par arrêté ministériel.

La HAS a en effet recommandé en mai 2014 l'utilisation de TROD VHC afin d'augmenter la couverture du dépistage de l'hépatite C et la proportion de personnes infectées connaissant

leur statut vis-à-vis de l'infection. La HAS recommande également l'élargissement de cette utilisation des TROD VHC aux associations s'occupant de VHC et habilitées par les ARS.

S'agissant des autotests, l'objectif est de mettre à disposition un outil de plus pour favoriser le dépistage et faire baisser le nombre de personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir (près de 30 000 personnes en France). Il ne s'agit en aucun cas de substituer les autotests aux traditionnels dépistages par voie sanguine, ni aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Les autotests VIH sont des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV) destiné par le fabricant à être utilisé par le public dans un environnement domestique. Leur mise sur le marché est conditionnée à l'obtention du marquage CE par le fabricant. Deux autotests VIH sont en cours de marquage CE et l'un d'eux pourrait être mis sur le marché d'ici la fin d'année 2014 en France. En l'état actuel du droit, seul le pharmacien dispose du monopole de la vente au détail et la dispensation de ces autotests.

Afin de favoriser l'élargissement du dépistage aux populations les plus exposées et vulnérables, il est prévu que la délivrance d'autotests VIH (voire d'autres maladies infectieuses transmissibles à l'avenir) puisse, par dérogation au monopole pharmaceutique, être confiée à des structures et opérateurs accueillant ces publics, à savoir les consultations de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH et les hépatites virales, les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues, et les appartements de coordination thérapeutique ainsi qu'à des organismes de prévention sanitaire habilités à réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique VIH.

II. 2 Objectifs de la réforme en matière de réduction des risques

La mesure proposée vise à préciser les contours de la politique de RDR et à expérimenter les salles de consommation à moindre risque, en répondant aux objectifs suivants : définir les objectifs et les modalités d'action de la réduction des risques, lui conférer un cadre législatif afin de sécuriser juridiquement les actions de santé publique menées auprès des usagers de drogues, autoriser le nécessaire développement de stratégies d'action innovantes, en tenant compte des dispositions de la loi pénale. Elle permet d'affirmer que la politique de réduction des risques s'applique au milieu carcéral, dans des conditions adaptées à ce milieu.

III. OPTIONS ET DISPOSITIFS RETENUS

III. 1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Option retenue

Il est proposé, d'une part, de conforter l'utilisation des TROD par des professionnels de santé ou du personnel formé relevant de structures de prévention ou associatives pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles, dans les conditions déjà déterminées par l'arrêté du 9 novembre 2010, et d'autre part, une dérogation au monopole pharmaceutique portant sur la délivrance des autotests par des structures associatives et de prévention sanitaire intervenant auprès des publics les plus exposés et vulnérables. Ces structures ont été identifiées pour le faire au regard de leurs missions et compétences en matière de conseils et information sur la prévention et le dépistage de maladies infectieuses (VIH/IST/hépatites).

III.2 Politique de réduction des risques

III.2.1. Statu quo

L'efficacité de la politique de réduction des risques repose sur la possibilité d'adapter les stratégies d'intervention aux évolutions des pratiques des usagers de drogues, aux complications sanitaires et sociales qu'ils subissent et aux produits les plus utilisés. Les textes existants limitent ces possibilités d'intervention.

Par ailleurs, les dispositions actuelles ne permettent pas d'engager l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. Elles ne permettent pas non plus l'application de la politique de réduction des risques au milieu carcéral.

III.2.2. Option retenue

Dans son avis du 8 octobre 2013, la section sociale du Conseil d'État a rejeté le projet de décret présenté par le gouvernement pour défaut de base légale suffisante, ledit décret ne pouvant autoriser les salles de consommation à moindre risque alors que la loi interdit l'usage de stupéfiants. Elle a considéré, en effet, que l'article L. 3121-4 du code de la santé publique relatif à la politique de prévention des risques, instauré par la loi du 9 août 2004 pour encadrer le dispositif de remise des seringues n'autorisait pas la supervision de la consommation de stupéfiants.

Une modification du code de la santé publique est donc nécessaire pour y inscrire la définition des objectifs et des modalités d'intervention en RDR, ainsi que la possibilité de mener des expérimentations, dont celles des SCMR, afin d'autoriser le développement de nouvelles stratégies dès lors que leur efficacité est avérée.

Par ailleurs, les dispositions législatives de la RDR doivent être précisées concernant les modalités d'application de cette politique auprès des personnes en détention.

IV. IMPACT DE LA LOI

IV.1. IMPACTS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

IV.1.1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Les expérimentations engagées pour développer les TROD avec des actions menées par des intervenants associatifs spécifiquement formés se sont basées sur un montant forfaitaire de 25€ par test pratiqué. Ce dispositif expérimental est en cours de montée en charge et les moyens financiers afférents au déploiement prévu pour les TROD VHC puis VHB, en plus du VIH, ont été prévus dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

La commercialisation des autotests VIH est attendue en France au troisième trimestre 2014. Les autotests seront en vente libre dans les pharmacies d'officine, à la charge financière exclusive de l'utilisateur.

La mise à disposition gratuite dans l'ensemble des structures de prévention sanitaire et associative visé représenterait un coût évalué à 0,6 M€ par an. S'agissant de la mise à disposition gratuite des autotests par les associations de prévention déjà habilitées par les ARS à réaliser des TROD conformément à l'engagement de la Ministre concernant les publics précaires, le coût de cette mesure a été évalué dans la perspective d'un financement FNPEIS dans la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2014-2017 de l'Assurance Maladie avec l'hypothèse d'un besoin de 20 000 autotests par an (soit 25 % du volume théorique des TROD à réaliser), au tarif unitaire de 20 € à partir de 2015. Sous cette hypothèse, le besoin de financement complémentaire sur la ligne VIH dans le cadre du FNPEIS serait de l'ordre à 0,4 M€/an, ce qui portera le coût total des autotests des associations de prévention pour toute la période de la COG à 1,2 M€/an. S'agissant de la mise à disposition gratuite dans les autres structures type centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG), centres d'information, de dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), etc., le besoin serait de moitié (soit globalement 10 000 autotests annuels pour ces structures) et les financements seraient prévus sur les enveloppes suivantes : missions d'intérêt général (MIG) pour les CDAG (5 000 autotests), fonds d'intervention régional (FIR) pour les CIDDIST (5 000 autotests), soit de l'ordre de 0,2 M€/an.

L'impact financier de la dérogation au monopole pharmaceutique apparaît limité, comparé aux 5,2 millions de sérologies VIH réalisées chaque année (correspondant à 100 M€ à raison

d'un coût unitaire de dépistage VIH de 19,31 € prélèvement sanguin compris) et aux 56 000 TROD VIH réalisés par les associations (correspondant à 1,4 M€ à raison d'un forfait de 25 €).

IV.1.2 Politique de réduction des risques et aux salles de consommation à moindre risque.

Impact social

Une réduction de la précarité de la population des usagers de drogues est attendue ainsi qu'une atténuation des conséquences sanitaires et sociales de la consommation de substances psychoactives.

Impact environnemental

L'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque doit permettre de réduire la présence de matériel d'injection à fort risque infectieux dans l'espace public.

IV.2. IMPACTS EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

S'agissant des mesures relatives à la politique de réduction des risques, les mesures envisagées sont bénéfiques dans la mesure où la proportion de femmes polyconsommatrices de drogues illicites est en croissance forte.

Concernant les IST, même si l'incidence du SIDA chez les femmes reste inférieure à celle observée chez les hommes, la part des femmes a progressivement augmenté depuis le début de l'épidémie pour plusieurs raisons. Elles présentent des risques accrus d'infection par le VIH au cours d'un rapport sexuel en raison de facteurs biologiques et de leur vulnérabilité socio-économique entraînant des difficultés tant dans l'accès à l'information et à la prévention, que dans la négociation du recours à un moyen de prévention avec leurs partenaires. Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir contracté une infection sexuellement transmissible (IST). L'augmentation des IST témoigne d'un relâchement des comportements sexuels de prévention pour les femmes comme pour les hommes. Les cas de nouveaux diagnostics concernent principalement les femmes âgées de 25 à 29 ans. A tous les âges, les femmes sont plus touchées par les hommes concernant les IST, comme le prouve l'infographie ci-jointe.⁵

IV.3. IMPACTS JURIDIQUES

IV.3.1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Le I de l'article 6 relatif aux TROD renforce et précise, au plan juridique, l'utilisation de tels dispositifs, en particulier pour les membres des associations qui utilisent ces tests. Elle prévoit l'information de la personne venant faire un TROD sur les conditions de réalisation du test et sur ses conséquences ainsi que le recueil de son consentement libre et éclairé comme le prévoit la Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine du 4 octobre 1997.

En application de la directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 relative aux DMDIV et du code de la santé publique, la mise sur le marché d'autotests VIH est conditionnée à l'obtention du marquage CE par le fabricant auprès d'un organisme notifié. Pour l'obtenir, le fabricant doit justifier que cet autotest satisfait à des exigences essentielles posées pour les DMDIV et celles additionnelles prévues pour les autodiagnostic. L'organisme notifié examine la demande et, si elle répond à ces exigences, il est chargé de la délivrance au demandeur d'un certificat d'examen CE de la conception.

Le 8° de l'article L.4211-1 du code de la santé publique (CSP) réserve aux pharmaciens, la vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation. En l'état du droit, il est rappelé qu'il n'y a pas de dispositions dans le CSP concernant la vente aux mineurs des dispositifs médicaux (tels que les préservatifs) ou de

dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (tels que les tests de grossesse). Ne nécessitant pas de prescription médicale (ordonnance) et n'étant pas remboursé par la sécurité sociale, les autotests n'obligent pas a priori le pharmacien à vérifier l'identité et l'âge de l'acheteur. Aussi, la vente d'un autotest de détection de maladies infectieuses transmissibles (notamment VIH) est possible à un mineur. Il convient néanmoins de signaler qu'il incombe au pharmacien dans le cadre de ses obligations déontologiques de préciser les informations et conseils utiles à l'utilisateur pour l'utilisation de l'autotest et qu'il dispose du droit de refuser la dispensation lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger.

L'arrêté pourrait ainsi imposer à ces structures :

- de délivrer aux mineurs des informations et conseils sur l'utilisation de l'autotest, d'une manière adaptée à leur degré de maturité (comme stipulé à l'article 6 de la Convention d'Oviedo précitée et à l'article L.1111-2 du CSP) et s'assurer de leurs facultés à discerner, comprendre et assumer le résultat d'un autotest ;
- voire de ne pas dispenser d'autotest en-deçà de 15 ans, âge que l'on déduit souvent du code pénal français et des lois de protection de l'enfance comme étant celui de la "majorité sexuelle".

La légalisation du dépistage de maladies infectieuses par TROD par des professionnels de santé ou du personnel associatif formé ainsi que la dérogation au monopole pharmaceutique présentent des conséquences non significatives sur le commerce. Toutes deux requièrent des arrêtés pour être applicables et devant faire l'objet d'une notification auprès de la Commission prévue à l'article 8 de la Directive 98/34/CE du 22 juin 1998 modifiée par la Directive 98/48/CE du 20 juillet 1998 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des normes et réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information.

IV.3.2 Réduction des risques

La mesure relative à la réduction des risques sera intégrée dans la partie législative du code de la santé publique relative à la lutte contre la toxicomanie. Elle permet de renforcer l'assise juridique nécessaire à mettre en œuvre les actions de réduction des risques. Cette disposition législative permettra en outre l'implantation de programmes de réduction des risques en détention dans des conditions juridiquement sécurisées pour les intervenants.

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque n'est pas codifiée, le dispositif n'étant pas pérenne.

IV.4. IMPACTS EN OUTRE-MER

Du fait de la prévalence élevée du VIH et des hépatites en outremer, notamment en Guyane et des difficultés de démographie médicale, la délégation de tâches aux personnels associatifs formés autorisée par la mesure relative aux TROD, travaillant dans des associations habilitées par l'ARS, représente une aide précieuse pour augmenter le dépistage.

De même, la mesure relative aux autotests a des impacts sur ces territoires qui ont une prévalence/incidence du VIH et des hépatites plus élevée qu'en métropole et un besoin encore plus important d'accroître les moyens de dépistage et de prévention des maladies transmissibles.

V. MODALITES D'APPLICATION DE LA LOI

V.1. APPLICATION DANS LE TEMPS

Toutes les mesures sont d'application immédiate. La mise en œuvre de l'expérimentation relative à la salle de consommation à moindre risque est prévue pour une durée maximale de 6 ans.

V.2. APPLICATION DANS L'ESPACE

L'ensemble de ces mesures ont vocation à s'appliquer sur le territoire national.

V.3. CONSULTATIONS

V.3.1 Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Les mesures relatives aux TROD et autotests ne font l'objet d'aucune consultation obligatoire.

Elles ont été soumises, pour avis, à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), au conseil national du Sida, à la Haute autorité de santé (HAS), aux Sociétés savantes (SPILF, SFLS), aux associations dans le champ de la lutte contre le VIH/Sida, IST et hépatites, au conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et aux autres ordres professionnels, au Haut conseil des professions paramédicales et au Syndicat de l'industrie du diagnostic in vitro (SIDIV) pour ce qui concerne les autotests.

V.3.2 Réduction des risques

La Haute autorité de santé a donné un avis positif à la mise en œuvre d'une salle de consommation à moindre risque en ce qui concerne le projet de décret qui avait été initialement soumis à consultation.

V.4. TEXTES D'APPLICATION

Renforcer le dépistage des maladies transmissibles

Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'ANSM, doit définir les conditions de réalisation des TROD de détection de maladies transmissibles par des professionnels de santé ou par du personnel relevant de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée, et précisera les conditions de recueil du consentement libre et éclairé de la personne.

Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'ANSM, doit fixer la liste des autotests de détection de maladies transmissibles et déterminer également les conditions particulières de la délivrance de ces autotests dans les structures et opérateurs envisagés. Il précisera les conditions de délivrance de ces autotests aux personnes mineures sachant que les mineurs sont une des populations fréquentant en particulier les centres de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH et les IST (CDAG et CIDDIST).

Ces textes d'application relatifs aux TROD et autotests doivent faire l'objet d'une procédure de notification auprès de la Commission Européenne en application de l'article 8 de la Directive 98/34/CE du 22 juin 1998 modifiée par la Directive 98/48/CE du 20 juillet 1998 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des normes et réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information. En effet, les arrêtés devant définir d'une part, les conditions de réalisation des TROD et d'autre part, de délivrance des autotests, hors le cadre du monopole des pharmacies d'officine, constituent des projets de règle technique susceptibles d'influencer la commercialisation ou l'utilisation des TROD et autotests et à ce titre, ils relèvent de l'obligation de notification au sens de l'article 8 de la directive précitée.

Politique de réduction des risques

Un décret en Conseil d'État doit définir les modalités d'application des dispositions relatives à la politique de réduction des risques.

Salles de consommation à moindre risque

Un arrêté doit déterminer la liste des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues pouvant ouvrir un espace de réduction des risques par usage supervisé.

Un arrêté déterminera également le cahier des charges à respecter pour disposer d'un tel espace.

c. Amendements adoptés en commission

- **Amendement n° AS1466 présenté par Mme Dagoma, Mme Carrey-Conte, Mme Pinville, M. Aviragnet, M. Bapt, et a.**

ARTICLE 9

À l'alinéa 1, après le mot :

« ans »

insérer le mot :

« maximum ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de préciser que la durée de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque est de six ans maximum.

- **Amendement n° AS1714 présenté par M. Véran, rapporteur**

ARTICLE 9

À l'alinéa 1, après la seconde occurrence du mot :

« risques »,

insérer le mot :

« et des dommages ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence appliquant la nouvelle dénomination de "réduction des risques et des dommages".

- **Amendement n° AS1465 présenté par Mme Dagoma, Mme Pinville, M. Aviragnet, M. Aylagas, M. Bapt et a.**

ARTICLE 9

Compléter l'alinéa 5 par les mots :

« et au maire de la commune ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à s'assurer que le rapport des CAARUD soit également transmis au Maire de la commune.

d. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 16h15

Article 9 : Expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR)

La commission examine les amendements identiques AS440 de M. Jean-Pierre Door, AS628 de M. Élie Aboud, AS665 de M. Dino Cinieri, AS731 de M. Fernand Siré, AS822 de M. Bernard Accoyer et AS1429 de M. Yannick Moreau.

M. Jean-Pierre Door. Nous demandons la suppression de l'article 9. La France a été le premier pays d'Europe à mener une politique de réduction des risques, mais les addictions aux substances psychoactives créent plutôt un état de maladie qu'il convient de traiter et non d'entretenir.

C'est pourquoi nous sommes opposés à l'ouverture, même expérimentale, des salles de shoot. Il existe en effet déjà des structures de prévention, d'accompagnement et de soins aux toxicomanes, qu'il s'agisse des CAARUD ou des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structures très performantes – je puis le confirmer, puisque j'en ai dans ma circonscription.

Seuls six pays au monde ont tenté l'expérience que vous proposez, et certains – l'Australie, la Suisse ou le Canada – commencent à en revenir, voire à y renoncer. Plusieurs études ont même montré une aggravation des effets délétères : l'Allemagne a confirmé une augmentation de plus de 15 % du nombre de toxicomanes.

Enfin, la création de ces centres impliquerait des dépenses immobilières et d'équipement, ainsi que des dépenses pour rémunérer les équipes – plus de 1 million d'euros par an.

Vous avez voulu passer outre la décision du Conseil d'État d'octobre 2013, qui avait empêché l'ouverture de ces centres. Vous n'écoutez pas non plus les propositions de l'Académie nationale de médecine, qui s'oppose à ce genre d'expériences et préfère également le traitement.

Nous proposons de favoriser le développement des CAARUD et des CSAPA en leur octroyant des financements supplémentaires, mais également de créer des appartements thérapeutiques – le renoncement à créer une seule salle de shoot permettrait le financement de quinze de ces appartements.

Au total, votre parti pris idéologique ne nous satisfait pas.

M. Élie Aboud. Je relève chez nos collègues une certaine schizophrénie : ils étaient tout à l'heure très sévères à propos du tabac, et c'est tout juste si, maintenant, ils ne nous présentent pas la légalisation de l'usage du cannabis comme une vertu.

Les résultats des études, monsieur le rapporteur, sont toujours discutés. La seule certitude, c'est que l'expérimentation proposée est très coûteuse.

M. Yannick Moreau. L'amendement AS665 vise à supprimer l'article 9, car les salles de shoot – le mot déplaît au Gouvernement, mais il décrit une réalité – sont contraires à l'esprit de notre ordre juridique, au code de la santé publique et aux traités internationaux. En confondant la réduction des risques avec la banalisation de l'addiction aux drogues, le Gouvernement détourne le projet de loi de son objectif, qui est d'aider les personnes à se soigner et à se guérir. La politique de santé publique doit demeurer axée sur les soins, le sevrage ou la prévention précoce – et sans démagogie – des jeunes vis-à-vis du fléau de la drogue. Parallèlement, le Gouvernement doit mener une politique pénale ferme et répressive à l'encontre des trafiquants. Le Conseil d'État avait évidemment rejeté le projet expérimental à Paris. Une expérimentation qui durerait six ans serait une légalisation pure et simple.

M. Fernand Siré. En 2013, en effet, le Conseil d'État a considéré comme illégale l'ouverture de salles de shoot. On ne peut donc accepter un article proposant une telle expérimentation avec des produits dont on ne connaît pas l'origine et qui sont fournis par des dealers. Ces salles seraient des zones de non-droit, le dispositif encouragerait fortement l'exclusion et l'État se rendrait complice d'une société malade.

Un amendement pourrait plutôt prévoir la création d'un centre strictement encadré par des équipes médico-sociales et destiné à accueillir les usagers majeurs de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. Ces personnes bénéficieraient d'une prise en charge médicalisée avec prescription de produits dont l'utilisation serait graduée dans le dessein d'effectuer une désintoxication. En cas d'impossibilité, on leur fournirait la dose minimale. Ces traitements seraient prescrits par une ordonnance sécurisée et, comme pour la morphine, seraient fournis gratuitement pour ôter leur puissance aux dealers et pour éviter à certains d'en être parfois réduits à voler ou à se prostituer pour pouvoir acheter ces produits.

Cette solution honorerait la France : nous aiderions ces gens sans favoriser les dealers et la délinquance liée à la fourniture de produits stupéfiants.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je précise, monsieur Siré, que, dans son avis d'octobre 2013, le Conseil d'État ne considérait pas la création de centres d'accueil et d'accompagnement comme illégale, mais mettait en évidence une insécurité juridique.

M. Bernard Accoyer. Cette initiative nous paraît particulièrement dangereuse : elle revient radicalement sur la politique de lutte contre la toxicomanie, conduite depuis des décennies et qui a donné des résultats. Seuls quelques pays ont créé de telles salles de shoot et, dans de nombreux cas, les retours d'expérience sont particulièrement négatifs. Ce projet est contraire à la législation en vigueur et pose de nombreux problèmes.

Qui, par exemple, va s'occuper de la sécurité à l'intérieur de ces salles de shoot ? Qui va contrôler les doses que vont s'injecter les toxicomanes, le degré de toxicité des substances qu'ils vont consommer dans des lieux publics financés par de l'argent public ? À cela s'ajouteront des problèmes de sécurité à l'extérieur des salles, avec la présence de dealers, des risques de violence et, donc, le trouble causé au voisinage, qui est une constante partout où ces expériences hasardeuses ont été conduites.

Enfin, son coût atteindrait 10 millions d'euros par an. Cet argent pourrait être utilisé pour améliorer l'accès à des médicaments innovants pour des patients qui n'ont aucune raison d'être victime de telle ou telle maladie, ce qui n'est pas le cas de tous les toxicomanes, ou bien utilisé pour la prise en charge des jeunes handicapés pour laquelle on connaît l'insuffisance des budgets – je pense en particulier aux établissements spécialisés pour la prise en charge de l'autisme, les familles concernées se trouvant souvent dans la détresse.

M. Arnaud Robinet. L'amendement AS1429 est défendu.

M. Jean-Louis Roumegas. Je souhaite exprimer ma très forte opposition aux amendements de suppression qui viennent d'être présentés. Tout le monde ici souhaite combattre le fléau de la toxicomanie, mais on peut se demander si chacun veut agir de façon efficace. Certains, moralisateurs, considèrent encore les toxicomanes comme des délinquants, des pestiférés, alors qu'il faudrait les traiter comme des patients atteints de graves pathologies – auquel cas on ne saurait refuser que des structures les prennent en charge. En effet, que veut-on ? Que les seringues soient utilisées dans la rue, dans les parkings ? Mais les gens susceptibles de se rendre dans ces salles sont sans domicile fixe, complètement exclus, ils n'ont pas la possibilité de se droguer en toute sécurité, bien au chaud, dans de beaux appartements parisiens ! Or vous les condamnez à se droguer dans des conditions sanitaires déplorables, sans aucune prise en charge possible. Le dispositif proposé s'inspire de l'expérience d'acteurs de terrain : ils ne font pas de morale, luttent de façon pragmatique contre ce fléau et ont besoin de structures pour accueillir ces gens et les prendre en charge. Ces discours moralisateurs sont lassants. On a de la morale, mais pas de bras pour agir. Nous, nous voulons être efficaces, et nous soutenons donc l'article 9.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Comme M. Roumegas, je suis fortement opposée aux amendements de suppression. Les députés du groupe SRC et, plus largement, de la majorité soutiennent fermement la création des salles de consommation de drogue à moindre risque – et non « salles de shoot », car il s'agit de respecter la dignité des personnes dont nous parlons.

Deux visions s'affrontent. Celle de la droite, marquée par la répression et la stigmatisation, est inefficace. Nous proposons à l'inverse la prévention, l'accompagnement et l'efficacité dans la lutte contre la consommation des drogues.

On compte quatre-vingt-dix salles de consommation dans neuf pays, dont vingt-cinq en Allemagne. De nombreuses études ont démontré leur efficacité en matière de réduction des risques, grâce à l'accompagnement social qui est leur caractéristique, mais aussi en matière de diminution des coûts financiers liés aux conséquences sanitaires de l'utilisation des drogues, et enfin en matière de diminution des nuisances dans l'espace public – il s'agit d'éviter les contaminations accidentelles par utilisation d'un matériel usagé.

Mme la présidente Catherine Lemorton. J'ai participé pendant quinze ans à un réseau de réduction des risques à Toulouse. Les salles de consommation prévues à l'article 9 s'adressent aux populations qui échappent aux radars des dispositifs en vigueur. Est-il raisonnable de laisser quelqu'un se piquer dans la rue, au vu et au su de tous, à l'entrée d'un parking souterrain, sur la place publique, à quelques centaines de mètres d'une école ? Quelqu'un, ici, peut-il soutenir que c'est acceptable ? Ces salles de consommation s'adressent à des gens qui ne bénéficient d'aucune prise en charge, qui sont sans

domicile fixe, vivent souvent dans des squats et se rendent – dans le meilleur des cas – à la pharmacie pour chercher un Stéribox.

Les salles de consommation ne vont absolument pas favoriser l'usage des substances illicites – autrement dit des drogues dures, même si la distinction entre drogue « dure » et drogue « douce » n'a guère de sens. Soutenir que la présence de ces salles, à l'étranger, a provoqué une augmentation du nombre d'usagers de drogue, c'est oublier que ceux-ci sont simplement sortis du bois ! S'il n'est pas toxicomane, injecteur compulsif, un jeune de dix-huit ou vingt ans, un samedi après-midi, pendant les soldes du mois de janvier, ira plutôt acheter un jean que dans une salle de shoot pour voir si ce n'est pas bien de se piquer avec de l'héroïne !

Ces salles s'adressent à des gens qui sont déjà dans la précarité sanitaire, sociale, et qui, si l'on ne fait rien pour eux, ont une espérance de vie de quarante ou quarante-cinq ans. La France peut faire mieux !

Mme la ministre. Les députés de l'opposition ont déclaré que l'article 9 était important et qu'il fallait donc le supprimer. J'ai entendu que le dispositif proposé était illégal, que le Conseil d'État l'estimait infondé : or celui-ci a simplement considéré qu'un décret ne suffirait pas et qu'il faudrait passer par la loi. C'est bien pourquoi nous vous soumettons aujourd'hui ce projet, car, s'il n'y avait pas eu besoin de la loi, ces salles de consommation de drogue à moindre risque auraient déjà été mises en place par décret.

L'objectif du Gouvernement n'est pas de banaliser, de faciliter la consommation de drogue, mais de prendre en compte des situations qui existent, qu'on les supporte ou pas, qu'on les voie ou pas, et dans lesquelles se retrouve un nombre non négligeable de personnes. Même si tous ne sont pas concernés par les expérimentations que nous proposons, on compte en France plus de 80 000 usagers de drogue par voie intraveineuse et cent morts par overdose chaque année. Parmi ces personnes, des femmes et des hommes restent exclus de tout ; c'est à eux que s'adresse le dispositif.

Certes, des centres existent déjà, comme les CAARUD, mais certains individus restent réfractaires à tous ces dispositifs, et c'est pourquoi nous proposons des solutions qui ne marcheront sans doute pas dans tous les cas – si nous avons la certitude de pouvoir sortir de l'engrenage de la drogue la totalité des personnes accueillies, nous serions très heureux et nous n'hésiterions pas –, mais nous ne pouvons nous résigner à ce que des femmes et des hommes ne trouvent pas de solutions, d'accompagnement, de soutien, et continuent de se droguer, non seulement dans des entrées de parking, mais aussi dans des jardins publics – dans les bacs à sable desquels on a retrouvé des seringues. Est-ce là l'avenir que nous voulons proposer ?

Notre démarche est donc à la fois volontariste, réaliste et pragmatique. Et, puisque nous n'avons pas de certitudes, comme nous ne nous soumettons à aucune idéologie – le mot a été employé –, les dispositifs que nous proposons sont évolutifs. Nous voulons répondre à la réalité des situations et non pas brandir l'étendard du bien contre celui du mal. L'expérimentation sera de six ans au maximum, et seules les villes, les structures candidates mèneront ces expérimentations, toutes soumises à un cahier des charges. Nous sommes donc loin d'une France qui se couvrirait de salles de consommation de drogue à moindre risque : il faut savoir raison garder.

M. Jean-Pierre Door. Qui assurera le financement de ces salles : les villes, les collectivités territoriales, l'assurance maladie ou l'État ?

M. Bernard Accoyer. Ou l'emprunt ?

Mme la ministre. Ce seront des financements d'État.

M. Bernard Accoyer. Ce sera donc l'emprunt !

M. Olivier Véran, rapporteur. Je reviendrai sur quelques contre-vérités énoncées par les députés de l'opposition. Il se trouve que les chiffres sont têtus et que nous disposons désormais de données internationales fiables.

On compte quarante salles aux Pays-Bas, trente en Allemagne, treize en Suisse, sans oublier le Canada ou l'Australie. La première salle, en Suisse, a été ouverte il y a trente ans et, il y a quelques années, 70 % des riverains interrogés ont exprimé le vœu qu'elle reste ouverte.

En trente ans, il n'y a eu aucun décès des suites d'une overdose dans aucune salle de consommation de drogue à moindre risque dans le monde. De façon générale, on note une réduction notable des décès par overdose dans les pays et, surtout, dans les villes où des salles ont été ouvertes.

Le partage de seringues a considérablement chuté. Or on sait que les premières victimes du partage de seringues sont souvent les conjointes des usagers de drogue par voie intraveineuse.

On a constaté, grâce à ces salles, une amélioration sensible de l'acceptabilité des traitements de substitution, et donc de l'entrée dans la voie du sevrage.

Ces salles présentent donc un intérêt thérapeutique pour les personnes très marginalisées et éloignées des dispositifs existants.

On a également noté une diminution des autres pratiques à risque. Ainsi, le recours au préservatif par les usagers des salles lors de rapports sexuels tend à augmenter. On peut donc parler d'intégration dans un parcours de prévention globale au regard des risques viraux.

En ce qui concerne la sécurité, on constate une réduction drastique du nombre de seringues usagées, une raréfaction très nette, partout, des injecteurs sur la voie publique. Aucune hausse de la délinquance n'a été observée à proximité des salles – on a même noté une réduction des nuisances publiques.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas vrai !

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est très important de mener une forte concertation auprès des riverains avant l'ouverture d'une salle, pendant l'expérimentation et ensuite, afin de procéder à des évaluations régulières. C'est ainsi que les idées reçues tomberont. Je prendrai l'exemple de Vancouver : une enquête montre que, chaque année, l'existence de la salle évite trente-cinq cas d'infection au VIH ainsi que trois overdoses mortelles. Enfin, vous serez sans doute surpris d'apprendre que, pour 1 euro investi dans une salle d'injection, vous économisez 5 euros en matière de dépenses de santé.

La commission **rejette** les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS1530 de M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. Je reviendrai à mon tour sur quelques contre-vérités qui viennent d'être prononcées par le rapporteur et d'autres collègues. Vous défendez une expérimentation sur six ans, une durée qui vaut légalisation. Mme la ministre évoque six ans au maximum, un « maximum » que ne prévoit pas le texte – il s'agit donc bien de six ans au minimum.

Vous citez des exemples merveilleux à l'étranger en nous faisant croire que la planète entière s'est convertie à l'utilité, en matière de santé publique, des salles de shoot. Or il n'y a que six pays dans le monde qui y ont eu recours. Partout, le projet de santé publique lié à ces salles est en recul, y compris à Vancouver.

Quant au supposé caractère répressif du discours de l'opposition, j'ai relevé que des élus de la majorité défendaient la légalisation du cannabis : vous souhaitez donc bien la banalisation de son usage.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Dans les salles de consommation supervisées, vous ne trouverez jamais un consommateur de cannabis, mais uniquement des injecteurs compulsifs hors du droit commun. Je vous lance un défi, monsieur Moreau : d'ici à l'examen du texte en séance publique, trouvez-nous une solution pour tous les injecteurs compulsifs qui vivent dans les squats et ont disparu de l'écran radar de notre société. Vous avez deux semaines pour réfléchir à la manière de les localiser, de les accompagner, de réduire les risques, de leur faire réintégrer le droit commun, de leur faire remplir un dossier de demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Si vous avez une meilleure proposition que la nôtre, nous en discuterons. N'allez pas croire que c'est par provocation que je lance ce défi, mais la population concernée est tellement particulière ! C'est aussi pourquoi la solution du Gouvernement – et Mme la ministre a eu raison de le souligner – ne réussira pas à 100 %.

M. Yannick Moreau. Il y a une vraie différence d'approche entre nous. Ce n'est pas, de mon point de vue, en accompagnant les toxicomanes dans leur dépendance, fût-ce dans des endroits protégés, où l'on cache la misère pour qu'elle ne s'expose pas aux regards de nos concitoyens, qu'on va régler ce problème de santé publique. Il s'agit plutôt d'accompagner les toxicomanes, les malades, vers la guérison par le sevrage. Ce devrait être l'objectif principal de cette politique de santé et non l'ouverture des salles de shoot partout sur le territoire national, aux frais du contribuable, alors qu'il n'y a plus d'argent public.

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

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette également** l'amendement AS1430 de M. Yannick Moreau.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS1437 de M. Yannick Moreau et AS1236 de Mme Dominique Orliac.

M. Yannick Moreau. Au lieu de créer des salles de shoot aux frais des contribuables, il est du devoir humanitaire du législateur de mettre en œuvre un programme d'État conduisant à une politique de création de lits de désintoxication et de sevrage des usagers majeurs dépendant de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants, qui souhaitent bénéficier à titre gratuit de soins pour réduire puis cesser leur consommation.

Les établissements médico-sociaux mentionnés au livre III du code de l'action sociale et des familles, ainsi que les associations spécialisées dans la lutte contre la drogue, souvent courageuses et dépourvues de la moindre aide du ministère de la santé, seraient au contraire agréés pour remplir cette mission salvatrice de sevrage de la drogue. Il est en effet affligeant que, en 2015, la France soit à ce point à la traîne dans ce domaine et n'offre à ses toxicomanes que le choix entre « la rue ou la rue ».

Mme Dominique Orliac. Je propose pour ma part une nouvelle rédaction de l'article qui réduit de six à quatre années la durée de l'expérimentation. En effet, la durée de six ans pourrait représenter un frein à l'extension du dispositif à la population des usagers de drogues sur l'ensemble du territoire, alors que des études et les expérimentations chez nos voisins européens ont pleinement montré l'intérêt de la démarche proposée par l'article 9. Nous avons le devoir d'être efficaces, de mener une politique volontariste, de ne pas fermer les yeux sur la réalité du drame de la toxicomanie.

Cette rédaction inscrit dans le dispositif les missions de vigilance et de respect des bonnes pratiques par l'équipe pluridisciplinaire en lieu et place de celle de supervision, puisque la supervision est parfois perçue par les responsables d'établissement comme « proactive », si j'ose dire, et donc plus ambivalente en termes de limites d'intervention de l'équipe, alors qu'aucune participation active aux gestes de l'injection des drogues n'est envisageable.

En outre, cette nouvelle rédaction formule explicitement la nécessité d'une formation adaptée des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et des acteurs associatifs, pour assurer ces missions très spécifiques. Elle permet également de sensibiliser les usagers aux risques encourus plutôt que de les « mettre en garde », cette locution n'étant pas adaptée aux situations des personnes qui seraient accueillies dans ces salles.

Enfin, cet amendement fait référence à la notion de « substance psychoactive », plus adaptée que celle de « produit ».

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis défavorable à l'amendement AS1437.

Quant à l'amendement AS1236 de Mme Orliac, je note que la durée de six ans permettra d'ouvrir deux ou trois salles et au Parlement d'aller au-delà de l'expérimentation sur la base d'un rapport d'évaluation. Il s'agit bien d'un délai maximal. Quant au dernier paragraphe de votre amendement, il est redondant avec l'article 8. Je vous suggère de le retirer, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Dominique Orliac. Même s'il est redondant, je maintiens mon amendement.

Mme la ministre. Un amendement précisera que la durée de six ans est maximale. Je précise d'ores et déjà qu'il ne s'agit pas de la durée de chaque expérimentation, mais de la durée pendant laquelle, à partir du moment où la première salle est ouverte, pourront s'engager des expérimentations. Admettons qu'une salle s'ouvre le 1^{er} janvier 2016 : à partir de cette date et jusqu'au 31 décembre 2021, des travaux d'expérimentation pourront être menés, mais pas nécessairement pendant six ans. Il faut laisser le temps à des villes qui souhaitent s'engager dans cette voie d'élaborer leur projet et au Parlement le temps d'évaluer les expérimentations qui auront été menées à bien afin de décider de la suite à donner. Ainsi, une commune qui a un projet pour trois ans le conduira pendant trois ans. Une commune qui ne s'engagerait que dans deux ou trois ans doit disposer du temps de développer son projet – c'est pourquoi le Gouvernement entend que la durée soit de six ans au maximum.

La commission **rejette** les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS1435 de M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. L'expérimentation des salles de shoot pour une durée maximale de six ans, si l'amendement du Gouvernement devait être adopté, contrevient directement à nos engagements internationaux.

J'ajoute que l'étude d'impact pas plus que l'exposé des motifs du présent texte n'a fait l'objet d'un examen préalable de conventionalité, c'est-à-dire de vérification du respect des traités internationaux que nous avons signés et qui nous engagent – ce qui constitue un vice de procédure au regard de l'article 39 de la Constitution, car nous nous apprêtons à voter un texte non expertisé juridiquement sous l'angle conventionnel. Or le Parlement ne peut ignorer l'article 55 de la Constitution.

Le présent amendement a donc tout au moins pour objet de rappeler la hiérarchie des normes de notre État de droit.

M. Richard Ferrand. L'exposé sommaire de cet amendement est une pétition de principe ! Notre collègue nous explique que la disposition visée serait contraire aux traités internationaux : quels traités et lesquelles de leurs dispositions ? On nous annonce la lecture en séance de la litanie desdits traités ; nous nous en réjouissons d'avance, mais autant viser précisément les articles ou les dispositions internationales concernés.

J'ajoute que cela me paraît un tantinet farfelu, car, que je sache, les pays qui ont ouvert ces salles sont, pour certains, liés par les mêmes traités que la France. Il ne me semble par conséquent pas très judicieux de fonder ainsi votre opposition à l'ouverture des salles de consommation. Enfin je m'étonne que vous, qui êtes si attachés à la souveraineté nationale, pensiez que nous devrions courber l'échine sous le poids de traités imaginaires et de dispositions qui ne le sont pas moins.

M. Olivier Véran, rapporteur. Les engagements internationaux souscrits par la France s'appliquent en tout état de cause. Si la France y contrevenait, n'importe qui serait habilité à se tourner vers une juridiction pour faire cesser immédiatement l'expérimentation. En outre, vous insinuez que la France viole le droit international, mais vous citez la Suisse, le Canada, les Pays-Bas... Aussi, si nous violons le droit international, nous sommes plutôt en bonne compagnie.

La commission **rejette** l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1466 de Mme Seybah Dagoma.

Mme Seybah Dagoma. Préalablement à l'ouverture définitive de salles de consommation de drogue à moindre risque, tous les pays ont procédé à des expérimentations plus ou moins longues en fonction des spécificités locales. Cet amendement vise à introduire de la clarté et de la flexibilité dans la durée d'expérimentation, dans la limite de six ans à compter de l'ouverture de la première salle. L'introduction du mot « maximum » permettrait, comme vous l'avez souligné, madame la ministre, de tenir compte des spécificités locales et de laisser aux villes le temps de préparer leur dispositif.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'amendement de conséquence AS1714 du rapporteur

Elle en vient à l'amendement AS1232 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement vise à mettre en cohérence l'alinéa 1 avec l'alinéa 2 qui utilise la notion d'« espace ». Il s'agit bien de garantir un espace dédié, distinct de celui habituellement utilisé dans le cadre des autres missions, dans le respect de la confidentialité, de la sécurité des usagers et dans le souci de ne pas inciter à la consommation.

M. Olivier Véran, rapporteur. Si l'amendement était voté, l'espace dédié pourrait être une partie d'un CAARUD, alors qu'il est important d'avoir un espace bien identifié pour accueillir le public concerné. Je suggère le retrait. Sinon, avis défavorable.

La commission **rejette** l'amendement.

Elle **adopte** l'amendement d'harmonisation AS1416 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS1433 de M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. L'expérimentation sur une longue durée, c'est-à-dire la légalisation des salles de shoot, serait non seulement une erreur en matière de santé publique, mais une faute à l'égard des forces de l'ordre qui, tous les jours, au péril de leur vie, luttent contre le trafic de drogues. Nous sommes en train d'instaurer, au cœur de la République, des endroits où l'on pourrait légalement

consommer de la drogue, en contravention avec les principes élémentaires du droit pénal et avec les conventions internationales.

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

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS1436 de M. Yannick Moreau.

Les amendements AS625 de M. Élie Aboud et AS1420 du rapporteur sont **retirés**.

La commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS1422 et AS1715 du rapporteur.

Puis elle examine les amendements identiques AS173 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1233 de Mme Dominique Orliac.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement vise à ajouter les acteurs de la promotion de santé aux professionnels du secteur médico-social.

Mme Dominique Orliac. Il s'agit de mieux associer les acteurs associatifs et de la promotion de la santé – qui ne seraient certes pas soignants ni travailleurs sociaux, mais malgré tout dûment formés – à la mise en œuvre de l'expérimentation d'un espace de consommation à moindre risque.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cette disposition se justifie à l'article 8, mais pas dans le cadre des salles de consommation. Si l'on élargit trop l'expérimentation, on pourrait la fragiliser. Avis défavorable.

La commission **rejette** les amendements.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS1572 de M. Yannick Moreau.

Elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS1425 du rapporteur.

En conséquence, les amendements AS1234 de Mme Dominique Orliac, AS1311 de Mme Seybah Dagoma et AS348 de Mme Chantal Guittet **tombent**.

La commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS1428 du rapporteur.

En conséquence, les amendements AS174 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1235 de Mme Dominique Orliac **tombent**.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** ensuite l'amendement AS1431 de M. Yannick Moreau.

Puis elle examine l'amendement AS1465 de Mme Seybah Dagoma.

Mme Seybah Dagoma. L'implantation de salles de consommation de drogue à moindre risque nécessite de nombreuses discussions entre riverains, associations, élus et professionnels. Or le maire est toujours en première ligne, à tous les stades, avant, pendant et après l'expérimentation. C'est pourquoi il semble indispensable que les CAARUD lui adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Pourquoi l'exposé sommaire mentionne-t-il les CAARUD puisque les salles de consommations ne sont pas des CAARUD ?

Mme Seybah Dagoma. Ils sont mentionnés par l'article 9 qui précise que « les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils sont implantés, ainsi qu'au ministre chargé de la santé ». Je propose qu'on y ajoute le maire.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis favorable. Une question néanmoins : ne faudrait-il pas ajouter le maire de l'arrondissement ?

Mme Seybah Dagoma. À titre personnel, s'agissant de Paris, je préfère que ce soit le maire de la commune.

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

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** les amendements AS1432 et AS1438 de M. Yannick Moreau.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS678 de Mme Anne-Yvonne Le Dain.

Mme Anne-Yvonne Le Dain. Merci de m'accueillir dans votre commission. Le présent amendement résulte du travail que j'ai pu mener dans le cadre du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Ce texte très fort, défendu par la ministre de la santé, devrait prévoir que, dans un délai de six mois après le début de l'expérimentation, le gestionnaire concerné adresse un premier bilan chiffré accompagné d'une première appréciation de l'impact sur les personnes et sur leur environnement, de manière à pouvoir sans tarder émettre des hypothèses, tirer des conclusions et procéder à d'éventuelles réévaluations.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le délai de six mois semble prématuré. Les expériences étrangères montrent qu'il faut du temps pour inscrire la salle dans son environnement et toucher le public visé – d'autant que celui-ci est a priori très éloigné des soins. Je vous suggère de retirer votre amendement, faute de quoi je devrai émettre un avis défavorable.

L'amendement est **retiré**.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement AS1571 de M. Yannick Moreau.

Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS1526 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS1569 de Mme Dominique Orliac.

Elle **adopte** enfin l'article 9 **modifié**.

e. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015

Article

9

Expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR)

L'article 9 du projet de loi autorise l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque : il s'agit de locaux gérés par les professionnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD), où est autorisée la consommation des substances illicites, sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire.

Comme indiqué dans le commentaire de l'article 8 du projet de loi, cette démarche s'inscrit dans la logique pragmatique d'adaptation des actions de réduction des risques à l'évolution des besoins de santé publique afin de mieux prévenir les dommages, considérables, occasionnés par la consommation des produits stupéfiants.

Le rapporteur souhaite insister sur le fait qu'il ne s'agit nullement de céder à la facilité : il s'agit au contraire de ne pas abandonner les personnes les plus en difficulté. L'expérimentation de ces salles vise à accueillir selon de nouvelles modalités, dans un contexte strictement professionnel, des personnes hautement dépendantes aux stupéfiants et consommant leurs produits dans des conditions d'hygiène déplorables, souvent sur la voie publique ou dans les halls d'immeuble. Les intervenants de la réduction des risques ont besoin de ce nouveau cadre afin de pouvoir installer avec les usagers un rapport de confiance qui doit permettre d'établir progressivement le lien nécessaire pour les orienter vers le soin.

La salle de consommation à moindre risque s'inscrit donc dans la continuité des dispositifs de lutte contre la dépendance aux produits stupéfiants dits « à bas seuil d'exigence » vis-à-vis des usagers, auxquels le sevrage n'est pas imposé comme condition d'accès.

La comparaison avec les expériences menées dans de nombreux pays étrangers, et parfois de longue date, confirme l'intérêt de la démarche. L'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a mené une expertise collective sur la réduction des risques ⁽³⁰⁾, qui souligne l'opportunité de mettre en place des centres d'injection supervisés au sein d'une palette plus large d'outils de prévention.

Là où ils ont été mis en place, ces centres ont permis de réduire les risques liés à l'injection et d'améliorer l'accès aux soins des usagers de drogues les plus marginalisés, parfois majoritairement sans domicile fixe. À Vancouver par exemple, il a été établi que l'espace de réduction des risques évite, chaque année, 35 cas d'infection au VIH ainsi que trois surdoses mortelles : pour les finances sociales, le rapport bénéfice – coût du dispositif s'établirait de cinq à un.

L'article 9 autorise donc une expérimentation, d'une durée de six ans à compter de l'ouverture de la première salle, consistant, pour un petit nombre de CAARUD, à mettre en place des salles de consommation à moindre risque, distinctes des locaux habituels d'intervention des professionnels et d'accueil des usagers de drogues. Ces lieux seront désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé concernée et soumis à un cahier des charges national. Selon les informations fournies à votre rapporteur, trois salles pourraient ouvrir, à terme.

Elles ne pourront accueillir que des personnes majeures. Les produits consommés devront être apportés par l'utilisateur lui-même, et dans la limite de sa seule consommation, qui devra être réalisée sur place. La consommation sera supervisée par une équipe pluridisciplinaire, comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social.

Enfin deux alinéas prévoient de façon expresse que les infractions pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants ne seront pas applicables à la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque. De même, le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque ne pourra être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et de facilitation de l'usage illicite de stupéfiants, dès lors qu'il agit conformément à sa mission de supervision.

Les conditions de l'évaluation sont définies. Le III de l'article prévoit que les CAARUD adresseront chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils sont implantés, ainsi qu'au ministre chargé de la santé.

Le IV indique que dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adressera au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

Auditionnée par votre rapporteur, la Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives a ainsi indiqué que cette évaluation comprendra la mise en place de cohortes d'usagers de drogues utilisateurs et non utilisateurs de la salle de consommation, ce qui permettra d'en mesurer les effets, ainsi qu'une étude de l'acceptabilité sociale du dispositif par les riverains.

Enfin, le V de l'article 8 précise que ne sont pas applicables aux projets de mise en place de ces salles les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'autorisation, par le Département, des établissements sociaux et médico-sociaux.

*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, la Commission a adopté deux amendements de Mme Seybah Dagoma et des commissaires du groupe SRC précisant, d'une part, que la durée de l'expérimentation, fixée à six ans, est une durée maximale, d'autre part que le rapport sur le déroulement de l'expérimentation que chaque CAARUD concerné adressera chaque année au directeur général de l'ARS et au Ministre chargé de la santé sera également transmis au maire de la commune où se trouve la salle de consommation à moindre risque.

La Commission a en outre adopté sept amendements du rapporteur proposant des modifications de rédactionnelles ou de cohérence.

*

La commission examine les amendements identiques AS440 de M. Jean-Pierre Door, AS628 de M. Élie Aboud, AS665 de M. Dino Cinieri, AS731 de M. Fernand Siré, AS822 de M. Bernard Accoyer et AS1429 de M. Yannick Moreau.

M. Jean-Pierre Door. Nous demandons la suppression de l'article 9. La France a été le premier pays d'Europe à mener une politique de réduction des risques, mais les addictions aux substances psychoactives créent plutôt un état de maladie qu'il convient de traiter et non d'entretenir.

C'est pourquoi nous sommes opposés à l'ouverture, même expérimentale, des salles de *shoot*. Il existe en effet déjà des structures de prévention, d'accompagnement et de soins aux toxicomanes, qu'il s'agisse des CAARUD ou des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structures très performantes – je puis le confirmer, puisque j'en ai dans ma circonscription.

Seuls six pays au monde ont tenté l'expérience que vous proposez, et certains – l'Australie, la Suisse ou le Canada – commencent à en revenir, voire à y renoncer. Plusieurs études ont même montré une aggravation des effets délétères : l'Allemagne a confirmé une augmentation de plus de 15 % du nombre de toxicomanes.

Enfin, la création de ces centres impliquerait des dépenses immobilières et d'équipement, ainsi que des dépenses pour rémunérer les équipes – plus de 1 million d'euros par an.

Vous avez voulu passer outre la décision du Conseil d'État d'octobre 2013, qui avait empêché l'ouverture de ces centres. Vous n'écoutez pas non plus les propositions de l'Académie nationale de médecine, qui s'oppose à ce genre d'expériences et préfère également le traitement.

Nous proposons de favoriser le développement des CAARUD et des CSAPA en leur octroyant des financements supplémentaires, mais également de créer des appartements thérapeutiques – le renoncement à créer une seule salle de *shoot* permettrait le financement de quinze de ces appartements.

Au total, votre parti pris idéologique ne nous satisfait pas.

M. Élie Aboud. Je relève chez nos collègues une certaine schizophrénie : ils étaient tout à l'heure très sévères à propos du tabac, et c'est tout juste si, maintenant, ils ne nous présentent pas la légalisation de l'usage du cannabis comme une vertu.

Les résultats des études, monsieur le rapporteur, sont toujours discutés. La seule certitude, c'est que l'expérimentation proposée est très coûteuse.

M. Yannick Moreau. L'amendement AS665 vise à supprimer l'article 9, car les salles de *shoot* – le mot déplaît au Gouvernement, mais il décrit une réalité – sont contraires à l'esprit de notre ordre juridique, au code de la santé publique et aux traités internationaux. En confondant la réduction des risques avec la banalisation de l'addiction aux drogues, le Gouvernement détourne le projet de loi de son objectif, qui est d'aider les personnes à se soigner et à se guérir. La politique de santé publique doit demeurer axée sur les soins, le sevrage ou la prévention précoce – et sans démagogie – des jeunes vis-à-vis du fléau de la drogue. Parallèlement, le Gouvernement doit mener une politique pénale ferme et répressive à l'encontre des trafiquants. Le Conseil d'État avait évidemment rejeté le projet expérimental à Paris. Une expérimentation qui durerait six ans serait une légalisation pure et simple.

M. Fernand Siré. En 2013, en effet, le Conseil d'État a considéré comme illégale l'ouverture de salles de *shoot*. On ne peut donc accepter un article proposant une telle expérimentation avec des produits dont on ne connaît pas l'origine et qui sont fournis par des *dealers*. Ces salles seraient des zones de non-droit, le dispositif encouragerait fortement l'exclusion et l'État se rendrait complice d'une société malade.

Un amendement pourrait plutôt prévoir la création d'un centre strictement encadré par des équipes médico-sociales et destiné à accueillir les usagers majeurs de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. Ces personnes bénéficieraient d'une prise en charge médicalisée avec prescription de produits dont l'utilisation serait graduée dans le dessein d'effectuer une désintoxication. En cas d'impossibilité, on leur fournirait la dose minimale. Ces traitements seraient prescrits par une ordonnance sécurisée et, comme pour la morphine, seraient fournis gratuitement pour ôter leur puissance aux *dealers* et pour éviter à certains d'en être parfois réduits à voler ou à se prostituer pour pouvoir acheter ces produits.

Cette solution honorerait la France : nous aiderions ces gens sans favoriser les *dealers* et la délinquance liée à la fourniture de produits stupéfiants.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je précise, monsieur Siré, que, dans son avis d'octobre 2013, le Conseil d'État ne considérait pas la création de centres d'accueil et d'accompagnement comme illégale, mais mettait en évidence une insécurité juridique.

M. Bernard Accoyer. Cette initiative nous paraît particulièrement dangereuse : elle revient radicalement sur la politique de lutte contre la toxicomanie, conduite depuis des décennies et qui a

donné des résultats. Seuls quelques pays ont créé de telles salles de *shoot* et, dans de nombreux cas, les retours d'expérience sont particulièrement négatifs. Ce projet est contraire à la législation en vigueur et pose de nombreux problèmes.

Qui, par exemple, va s'occuper de la sécurité à l'intérieur de ces salles de *shoot* ? Qui va contrôler les doses que vont s'injecter les toxicomanes, le degré de toxicité des substances qu'ils vont consommer dans des lieux publics financés par de l'argent public ? À cela s'ajouteront des problèmes de sécurité à l'extérieur des salles, avec la présence de *dealers*, des risques de violence et, donc, le trouble causé au voisinage, qui est une constante partout où ces expériences hasardeuses ont été conduites.

Enfin, son coût atteindrait 10 millions d'euros par an. Cet argent pourrait être utilisé pour améliorer l'accès à des médicaments innovants pour des patients qui n'ont aucune raison d'être victime de telle ou telle maladie, ce qui n'est pas le cas de tous les toxicomanes, ou bien utilisé pour la prise en charge des jeunes handicapés pour laquelle on connaît l'insuffisance des budgets – je pense en particulier aux établissements spécialisés pour la prise en charge de l'autisme, les familles concernées se trouvant souvent dans la détresse.

M. Arnaud Robinet. L'amendement AS1429 est défendu.

M. Jean-Louis Roumegas. Je souhaite exprimer ma très forte opposition aux amendements de suppression qui viennent d'être présentés. Tout le monde ici souhaite combattre le fléau de la toxicomanie, mais on peut se demander si chacun veut agir de façon efficace. Certains, moralisateurs, considèrent encore les toxicomanes comme des délinquants, des pestiférés, alors qu'il faudrait les traiter comme des patients atteints de graves pathologies – auquel cas on ne saurait refuser que des structures les prennent en charge. En effet, que veut-on ? Que les seringues soient utilisées dans la rue, dans les parkings ? Mais les gens susceptibles de se rendre dans ces salles sont sans domicile fixe, complètement exclus, ils n'ont pas la possibilité de se droguer en toute sécurité, bien au chaud, dans de beaux appartements parisiens ! Or vous les condamnez à se droguer dans des conditions sanitaires déplorables, sans aucune prise en charge possible. Le dispositif proposé s'inspire de l'expérience d'acteurs de terrain : ils ne font pas de morale, luttent de façon pragmatique contre ce fléau et ont besoin de structures pour accueillir ces gens et les prendre en charge. Ces discours moralisateurs sont lassants. On a de la morale, mais pas de bras pour agir. Nous, nous voulons être efficaces, et nous soutenons donc l'article 9.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Comme M. Roumegas, je suis fortement opposée aux amendements de suppression. Les députés du groupe SRC et, plus largement, de la majorité soutiennent fermement la création des salles de consommation de drogue à moindre risque – et non « salles de *shoot* », car il s'agit de respecter la dignité des personnes dont nous parlons.

Deux visions s'affrontent. Celle de la droite, marquée par la répression et la stigmatisation, est inefficace. Nous proposons à l'inverse la prévention, l'accompagnement et l'efficacité dans la lutte contre la consommation des drogues.

On compte quatre-vingt-dix salles de consommation dans neuf pays, dont vingt-cinq en Allemagne. De nombreuses études ont démontré leur efficacité en matière de réduction des risques, grâce à l'accompagnement social qui est leur caractéristique, mais aussi en matière de diminution des coûts financiers liés aux conséquences sanitaires de l'utilisation des drogues, et enfin en matière de diminution des nuisances dans l'espace public – il s'agit d'éviter les contaminations accidentelles par utilisation d'un matériel usagé.

Mme la présidente Catherine Lemorton. J'ai participé pendant quinze ans à un réseau de réduction des risques à Toulouse. Les salles de consommation prévues à l'article 9 s'adressent aux populations qui échappent aux radars des dispositifs en vigueur. Est-il raisonnable de laisser quelqu'un se piquer dans la rue, au vu et au su de tous, à l'entrée d'un parking souterrain, sur la place publique, à quelques centaines de mètres d'une école ? Quelqu'un, ici, peut-il soutenir que c'est acceptable ? Ces salles de consommation s'adressent à des gens qui ne bénéficient d'aucune prise en charge, qui sont sans domicile fixe, vivent souvent dans des squats et se rendent – dans le meilleur des cas – à la pharmacie pour chercher un Stéribox.

Les salles de consommation ne vont absolument pas favoriser l'usage des substances illicites – autrement dit des drogues dures, même si la distinction entre drogue « dure » et drogue « douce » n'a guère de sens. Soutenir que la présence de ces salles, à l'étranger, a provoqué une augmentation du

nombre d'usagers de drogue, c'est oublier que ceux-ci sont simplement sortis du bois ! S'il n'est pas toxicomane, injecteur compulsif, un jeune de dix-huit ou vingt ans, un samedi après-midi, pendant les soldes du mois de janvier, ira plutôt acheter un *jean* que dans une salle de *shoot* pour voir si ce n'est pas bien de se piquer avec de l'héroïne !

Ces salles s'adressent à des gens qui sont déjà dans la précarité sanitaire, sociale, et qui, si l'on ne fait rien pour eux, ont une espérance de vie de quarante ou quarante-cinq ans. La France peut faire mieux !

Mme la ministre. Les députés de l'opposition ont déclaré que l'article 9 était important et qu'il fallait donc le supprimer. J'ai entendu que le dispositif proposé était illégal, que le Conseil d'État l'estimait infondé : or celui-ci a simplement considéré qu'un décret ne suffirait pas et qu'il faudrait passer par la loi. C'est bien pourquoi nous vous soumettons aujourd'hui ce projet, car, s'il n'y avait pas eu besoin de la loi, ces salles de consommation de drogue à moindre risque auraient déjà été mises en place par décret.

L'objectif du Gouvernement n'est pas de banaliser, de faciliter la consommation de drogue, mais de prendre en compte des situations qui existent, qu'on les supporte ou pas, qu'on les voie ou pas, et dans lesquelles se retrouve un nombre non négligeable de personnes. Même si tous ne sont pas concernés par les expérimentations que nous proposons, on compte en France plus de 80 000 usagers de drogue par voie intraveineuse et cent morts par *overdose* chaque année. Parmi ces personnes, des femmes et des hommes restent exclus de tout ; c'est à eux que s'adresse le dispositif.

Certes, des centres existent déjà, comme les CAARUD, mais certains individus restent réfractaires à tous ces dispositifs, et c'est pourquoi nous proposons des solutions qui ne marcheront sans doute pas dans tous les cas – si nous avons la certitude de pouvoir sortir de l'engrenage de la drogue la totalité des personnes accueillies, nous serions très heureux et nous n'hésiterions pas –, mais nous ne pouvons nous résigner à ce que des femmes et des hommes ne trouvent pas de solutions, d'accompagnement, de soutien, et continuent de se droguer, non seulement dans des entrées de parking, mais aussi dans des jardins publics – dans les bacs à sable desquels on a retrouvé des seringues. Est-ce là l'avenir que nous voulons proposer ?

Notre démarche est donc à la fois volontariste, réaliste et pragmatique. Et, puisque nous n'avons pas de certitudes, comme nous ne nous soumettons à aucune idéologie – le mot a été employé –, les dispositifs que nous proposons sont évolutifs. Nous voulons répondre à la réalité des situations et non pas brandir l'étendard du bien contre celui du mal. L'expérimentation sera de six ans au maximum, et seules les villes, les structures candidates mèneront ces expérimentations, toutes soumises à un cahier des charges. Nous sommes donc loin d'une France qui se couvrirait de salles de consommation de drogue à moindre risque : il faut savoir raison garder.

M. Jean-Pierre Door. Qui assurera le financement de ces salles : les villes, les collectivités territoriales, l'assurance maladie ou l'État ?

M. Bernard Accoyer. Ou l'emprunt ?

Mme la ministre. Ce seront des financements d'État.

M. Bernard Accoyer. Ce sera donc l'emprunt !

M. Olivier Véran, rapporteur. Je reviendrai sur quelques contre-vérités énoncées par les députés de l'opposition. Il se trouve que les chiffres sont têtus et que nous disposons désormais de données internationales fiables.

On compte quarante salles aux Pays-Bas, trente en Allemagne, treize en Suisse, sans oublier le Canada ou l'Australie. La première salle, en Suisse, a été ouverte il y a trente ans et, il y a quelques années, 70 % des riverains interrogés ont exprimé le vœu qu'elle reste ouverte.

En trente ans, il n'y a eu aucun décès des suites d'une *overdose* dans aucune salle de consommation de drogue à moindre risque dans le monde. De façon générale, on note une réduction notable des décès par *overdose* dans les pays et, surtout, dans les villes où des salles ont été ouvertes.

Le partage de seringues a considérablement chuté. Or on sait que les premières victimes du partage de seringues sont souvent les conjointes des usagers de drogue par voie intraveineuse.

On a constaté, grâce à ces salles, une amélioration sensible de l'acceptabilité des traitements de substitution, et donc de l'entrée dans la voie du sevrage.

Ces salles présentent donc un intérêt thérapeutique pour les personnes très marginalisées et éloignées des dispositifs existants.

On a également noté une diminution des autres pratiques à risque. Ainsi, le recours au préservatif par les usagers des salles lors de rapports sexuels tend à augmenter. On peut donc parler d'intégration dans un parcours de prévention globale au regard des risques viraux.

En ce qui concerne la sécurité, on constate une réduction drastique du nombre de seringues usagées, une raréfaction très nette, partout, des injecteurs sur la voie publique. Aucune hausse de la délinquance n'a été observée à proximité des salles – on a même noté une réduction des nuisances publiques.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas vrai !

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est très important de mener une forte concertation auprès des riverains avant l'ouverture d'une salle, pendant l'expérimentation et ensuite, afin de procéder à des évaluations régulières. C'est ainsi que les idées reçues tomberont. Je prendrai l'exemple de Vancouver : une enquête montre que, chaque année, l'existence de la salle évite trente-cinq cas d'infection au VIH ainsi que trois *overdoses* mortelles. Enfin, vous serez sans doute surpris d'apprendre que, pour 1 euro investi dans une salle d'injection, vous économisez 5 euros en matière de dépenses de santé.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS1530 de M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. Je reviendrai à mon tour sur quelques contre-vérités qui viennent d'être prononcées par le rapporteur et d'autres collègues. Vous défendez une expérimentation sur six ans, une durée qui vaut légalisation. Mme la ministre évoque six ans au maximum, un « maximum » que ne prévoit pas le texte – il s'agit donc bien de six ans au minimum.

Vous citez des exemples merveilleux à l'étranger en nous faisant croire que la planète entière s'est convertie à l'utilité, en matière de santé publique, des salles de *shoot*. Or il n'y a que six pays dans le monde qui y ont eu recours. Partout, le projet de santé publique lié à ces salles est en recul, y compris à Vancouver.

Quant au supposé caractère répressif du discours de l'opposition, j'ai relevé que des élus de la majorité défendaient la légalisation du cannabis : vous souhaitez donc bien la banalisation de son usage.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Dans les salles de consommation supervisées, vous ne trouverez jamais un consommateur de cannabis, mais uniquement des injecteurs compulsifs hors du droit commun. Je vous lance un défi, monsieur Moreau : d'ici à l'examen du texte en séance publique, trouvez-nous une solution pour tous les injecteurs compulsifs qui vivent dans les squats et ont disparu de l'écran radar de notre société. Vous avez deux semaines pour réfléchir à la manière de les localiser, de les accompagner, de réduire les risques, de leur faire réintégrer le droit commun, de leur faire remplir un dossier de demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Si vous avez une meilleure proposition que la nôtre, nous en discuterons. N'allez pas croire que c'est par provocation que je lance ce défi, mais la population concernée est tellement particulière ! C'est aussi pourquoi la solution du Gouvernement – et Mme la ministre a eu raison de le souligner – ne réussira pas à 100 %.

M. Yannick Moreau. Il y a une vraie différence d'approche entre nous. Ce n'est pas, de mon point de vue, en accompagnant les toxicomanes dans leur dépendance, fût-ce dans des endroits protégés, où l'on cache la misère pour qu'elle ne s'expose pas aux regards de nos concitoyens, qu'on va régler ce problème de santé publique. Il s'agit plutôt d'accompagner les toxicomanes, les malades, vers la guérison par le sevrage. Ce devrait être l'objectif principal de cette politique de santé et non l'ouverture des salles de *shoot* partout sur le territoire national, aux frais du contribuable, alors qu'il n'y a plus d'argent public.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette également l'amendement AS1430 de M. Yannick Moreau.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS1437 de M. Yannick Moreau et AS1236 de Mme Dominique Orliac.

M. Yannick Moreau. Au lieu de créer des salles de *shoot* aux frais des contribuables, il est du devoir humanitaire du législateur de mettre en œuvre un programme d'État conduisant à une politique de création de lits de désintoxication et de sevrage des usagers majeurs dépendant de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants, qui souhaitent bénéficier à titre gratuit de soins pour réduire puis cesser leur consommation.

Les établissements médico-sociaux mentionnés au livre III du code de l'action sociale et des familles, ainsi que les associations spécialisées dans la lutte contre la drogue, souvent courageuses et dépourvues de la moindre aide du ministère de la santé, seraient au contraire agréés pour remplir cette mission salvatrice de sevrage de la drogue. Il est en effet affligeant que, en 2015, la France soit à ce point à la traîne dans ce domaine et n'offre à ses toxicomanes que le choix entre « la rue ou la rue ».

Mme Dominique Orliac. Je propose pour ma part une nouvelle rédaction de l'article qui réduit de six à quatre années la durée de l'expérimentation. En effet, la durée de six ans pourrait représenter un frein à l'extension du dispositif à la population des usagers de drogues sur l'ensemble du territoire, alors que des études et les expérimentations chez nos voisins européens ont pleinement montré l'intérêt de la démarche proposée par l'article 9. Nous avons le devoir d'être efficaces, de mener une politique volontariste, de ne pas fermer les yeux sur la réalité du drame de la toxicomanie.

Cette rédaction inscrit dans le dispositif les missions de vigilance et de respect des bonnes pratiques par l'équipe pluridisciplinaire en lieu et place de celle de supervision, puisque la supervision est parfois perçue par les responsables d'établissement comme « proactive », si j'ose dire, et donc plus ambivalente en termes de limites d'intervention de l'équipe, alors qu'aucune participation active aux gestes de l'injection des drogues n'est envisageable.

En outre, cette nouvelle rédaction formule explicitement la nécessité d'une formation adaptée des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et des acteurs associatifs, pour assurer ces missions très spécifiques. Elle permet également de sensibiliser les usagers aux risques encourus plutôt que de les « mettre en garde », cette locution n'étant pas adaptée aux situations des personnes qui seraient accueillies dans ces salles.

Enfin, cet amendement fait référence à la notion de « substance psychoactive », plus adaptée que celle de « produit ».

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis défavorable à l'amendement AS1437.

Quant à l'amendement AS1236 de Mme Orliac, je note que la durée de six ans permettra d'ouvrir deux ou trois salles et au Parlement d'aller au-delà de l'expérimentation sur la base d'un rapport d'évaluation. Il s'agit bien d'un délai maximal. Quant au dernier paragraphe de votre amendement, il est redondant avec l'article 8. Je vous suggère de le retirer, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Dominique Orliac. Même s'il est redondant, je maintiens mon amendement.

Mme la ministre. Un amendement précisera que la durée de six ans est maximale. Je précise d'ores et déjà qu'il ne s'agit pas de la durée de chaque expérimentation, mais de la durée pendant laquelle, à partir du moment où la première salle est ouverte, pourront s'engager des expérimentations. Admettons qu'une salle s'ouvre le 1^{er} janvier 2016 : à partir de cette date et jusqu'au 31 décembre 2021, des travaux d'expérimentation pourront être menés, mais pas nécessairement pendant six ans. Il faut laisser le temps à des villes qui souhaitent s'engager dans cette voie d'élaborer leur projet et au Parlement le temps d'évaluer les expérimentations qui auront été menées à bien afin de décider de la suite à donner. Ainsi, une commune qui a un projet pour trois ans le conduira pendant trois ans. Une commune qui ne s'engagerait que dans deux ou trois ans doit disposer du temps de développer son projet – c'est pourquoi le Gouvernement entend que la durée soit de six ans au maximum.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS1435 de M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. L'expérimentation des salles de *shoot* pour une durée maximale de six ans, si l'amendement du Gouvernement devait être adopté, contrevient directement à nos engagements internationaux.

J'ajoute que l'étude d'impact pas plus que l'exposé des motifs du présent texte n'a fait l'objet d'un examen préalable de conventionalité, c'est-à-dire de vérification du respect des traités internationaux

que nous avons signés et qui nous engagent – ce qui constitue un vice de procédure au regard de l'article 39 de la Constitution, car nous nous apprêtons à voter un texte non expertisé juridiquement sous l'angle conventionnel. Or le Parlement ne peut ignorer l'article 55 de la Constitution.

Le présent amendement a donc tout au moins pour objet de rappeler la hiérarchie des normes de notre État de droit.

M. Richard Ferrand. L'exposé sommaire de cet amendement est une pétition de principe ! Notre collègue nous explique que la disposition visée serait contraire aux traités internationaux : quels traités et lesquelles de leurs dispositions ? On nous annonce la lecture en séance de la litanie desdits traités ; nous nous en réjouissons d'avance, mais autant viser précisément les articles ou les dispositions internationales concernés.

J'ajoute que cela me paraît un tantinet farfelu, car, que je sache, les pays qui ont ouvert ces salles sont, pour certains, liés par les mêmes traités que la France. Il ne me semble par conséquent pas très judicieux de fonder ainsi votre opposition à l'ouverture des salles de consommation. Enfin je m'étonne que vous, qui êtes si attachés à la souveraineté nationale, pensiez que nous devrions courber l'échine sous le poids de traités imaginaires et de dispositions qui ne le sont pas moins.

M. Olivier Véran, rapporteur. Les engagements internationaux souscrits par la France s'appliquent en tout état de cause. Si la France y contrevenait, n'importe qui serait habilité à se tourner vers une juridiction pour faire cesser immédiatement l'expérimentation. En outre, vous insinuez que la France viole le droit international, mais vous citez la Suisse, le Canada, les Pays-Bas... Aussi, si nous violons le droit international, nous sommes plutôt en bonne compagnie.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1466 de Mme Seybah Dagoma.

Mme Seybah Dagoma. Préalablement à l'ouverture définitive de salles de consommation de drogue à moindre risque, tous les pays ont procédé à des expérimentations plus ou moins longues en fonction des spécificités locales. Cet amendement vise à introduire de la clarté et de la flexibilité dans la durée d'expérimentation, dans la limite de six ans à compter de l'ouverture de la première salle. L'introduction du mot « maximum » permettrait, comme vous l'avez souligné, madame la ministre, de tenir compte des spécificités locales et de laisser aux villes le temps de préparer leur dispositif.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement de conséquence AS1714 du rapporteur

Elle en vient à l'amendement AS1232 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement vise à mettre en cohérence l'alinéa 1 avec l'alinéa 2 qui utilise la notion d'« espace ». Il s'agit bien de garantir un espace dédié, distinct de celui habituellement utilisé dans le cadre des autres missions, dans le respect de la confidentialité, de la sécurité des usagers et dans le souci de ne pas inciter à la consommation.

M. Olivier Véran, rapporteur. Si l'amendement était voté, l'espace dédié pourrait être une partie d'un CAARUD, alors qu'il est important d'avoir un espace bien identifié pour accueillir le public concerné. Je suggère le retrait. Sinon, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'amendement d'harmonisation AS1416 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS1433 de M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. L'expérimentation sur une longue durée, c'est-à-dire la légalisation des salles de *shoot*, serait non seulement une erreur en matière de santé publique, mais une faute à l'égard des forces de l'ordre qui, tous les jours, au péril de leur vie, luttent contre le trafic de drogues. Nous sommes en train d'instaurer, au cœur de la République, des endroits où l'on pourrait légalement consommer de la drogue, en contravention avec les principes élémentaires du droit pénal et avec les conventions internationales.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS1436 de M. Yannick Moreau.

Les amendements AS625 de M. Élie Aboud et AS1420 du rapporteur sont retirés.

La commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS1422 et AS1715 du rapporteur.

Puis elle examine les amendements identiques AS173 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1233 de Mme Dominique Orliac.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement vise à ajouter les acteurs de la promotion de santé aux professionnels du secteur médico-social.

Mme Dominique Orliac. Il s'agit de mieux associer les acteurs associatifs et de la promotion de la santé – qui ne seraient certes pas soignants ni travailleurs sociaux, mais malgré tout dûment formés – à la mise en œuvre de l'expérimentation d'un espace de consommation à moindre risque.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cette disposition se justifie à l'article 8, mais pas dans le cadre des salles de consommation. Si l'on élargit trop l'expérimentation, on pourrait la fragiliser. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS1572 de M. Yannick Moreau.

Elle adopte l'amendement rédactionnel AS1425 du rapporteur.

En conséquence, les amendements AS1234 de Mme Dominique Orliac, AS1311 de Mme Seybah Dagoma et AS348 de Mme Chantal Guittet tombent.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS1428 du rapporteur.

En conséquence, les amendements AS174 de M. Jean-Louis Roumegas et AS1235 de Mme Dominique Orliac tombent.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette ensuite l'amendement AS1431 de M. Yannick Moreau.

Puis elle examine l'amendement AS1465 de Mme Seybah Dagoma.

Mme Seybah Dagoma. L'implantation de salles de consommation de drogue à moindre risque nécessite de nombreuses discussions entre riverains, associations, élus et professionnels. Or le maire est toujours en première ligne, à tous les stades, avant, pendant et après l'expérimentation. C'est pourquoi il semble indispensable que les CAARUD lui adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Pourquoi l'exposé sommaire mentionne-t-il les CAARUD puisque les salles de consommations ne sont pas des CAARUD ?

Mme Seybah Dagoma. Ils sont mentionnés par l'article 9 qui précise que « les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils sont implantés, ainsi qu'au ministre chargé de la santé ». Je propose qu'on y ajoute le maire.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis favorable. Une question néanmoins : ne faudrait-il pas ajouter le maire de l'arrondissement ?

Mme Seybah Dagoma. À titre personnel, s'agissant de Paris, je préfère que ce soit le maire de la commune.

La commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette les amendements AS1432 et AS1438 de M. Yannick Moreau.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS678 de Mme Anne-Yvonne Le Dain.

Mme Anne-Yvonne Le Dain. Merci de m'accueillir dans votre commission. Le présent amendement résulte du travail que j'ai pu mener dans le cadre du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Ce texte très fort, défendu par la ministre de la santé, devrait prévoir que, dans un délai de six mois après le début de l'expérimentation, le gestionnaire concerné adresse un premier bilan chiffré accompagné d'une première appréciation de l'impact sur les personnes et sur leur environnement, de

manière à pouvoir sans tarder émettre des hypothèses, tirer des conclusions et procéder à d'éventuelles réévaluations.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le délai de six mois semble prématuré. Les expériences étrangères montrent qu'il faut du temps pour inscrire la salle dans son environnement et toucher le public visé – d'autant que celui-ci est *a priori* très éloigné des soins. Je vous suggère de retirer votre amendement, faute de quoi je devrai émettre un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS1571 de M. Yannick Moreau.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1526 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS1569 de Mme Dominique Orliac.

Elle adopte enfin l'article 9 modifié.

f. Amendement adopté en séance publique

- Amendement n° 2198 (rect.) présenté par Mme Lemorton

ARTICLE 9

I. – À l'alinéa 1, substituer à la référence :

« L. 3121-5 »

la référence :

« L. 3411-8 ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 2, substituer à la référence : « L. 3121-4 », la référence :

« L. 3411-7 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement qui tire les conséquences de l'article 8 du projet de loi qui a déplacé, dans code de la santé publique, les articles relatifs à la réduction des risques et des dommages

g. Discussion en séances publiques

- Première séance du mardi 7 avril 2015

Article 9

Mme la présidente. De nombreux orateurs sont inscrits sur l'article. La parole est à M. Philippe Goujon.

M. Philippe Goujon. L'article 8 levait l'interdit d'injection de drogues par intraveineuse, justement pour permettre de légaliser les salles de *shoot* à l'article 9, nous y sommes. Nous considérons qu'il s'agit d'une atteinte particulièrement grave au souci de protection de la santé publique qui a toujours guidé le législateur. Il est même inscrit dans notre norme juridique suprême via le préambule de la constitution de 1946, ce qui nous permettra d'ailleurs de déposer un recours devant le Conseil constitutionnel.

Ces salles de *shoot* que vous souhaitez instaurer, non seulement à Paris dans le dixième arrondissement, mais aussi sur toute l'étendue du territoire, cautionnent l'abandon par l'État de

l'ambition de guérir les toxicomanes de leur addiction, car même les publics auxquels elles sont destinées, c'est-à-dire les quelques centaines ou quelques milliers d'usagers problématiques de drogues, les fréquenteront peu, parce qu'ils ne veulent pas être fichés et qu'ils ont beaucoup de mal à aller dans ce genre de centres. Partout où elles ont été installées, ces salles n'ont pas permis de réduire leur contamination au VIH ou à l'hépatite C. C'est d'ailleurs confirmé par le rapport de l'Inserm qui a déjà été cité, tout en étant contraire à l'éthique des professionnels de santé.

De surcroît, les expériences étrangères ont prouvé que ces salles ne peuvent fonctionner que si elles font l'objet d'un consensus total parmi la population, les élus, les professionnels de santé, les autorités judiciaires et de police, ce qui – reconnaissez-le – est loin d'être le cas dans notre pays, et notre débat en témoigne.

Vous avez même dû outrepasser la censure du Conseil d'État qui vous faisait le reproche de violer la loi de 1970. Je ne reprendrai pas l'argumentation que beaucoup d'entre nous avons développée à l'article 8 sur les bienfaits de ces salles en matière de réduction des risques, puisque les usagers problématiques de drogue qui les fréquenteront seront les plus marginaux, qui pourront certes y recevoir des soins – il n'y a pas que là – mais qui y accéderont, hélas, déjà contaminés pour la plupart par le VIH ou l'hépatite C. Cela ne servira donc à rien de ce point de vue, et c'est ce qui ressort aussi bien des expériences étrangères que du rapport de l'Inserm.

Mme la présidente. Merci. La parole est à M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. Nous y voilà, à l'article 9, qui tend à la légalisation et à la généralisation des salles de *shoot*. Pour ouvrir le débat sur cet article, je voudrais, au nom des cent cinq députés qui ont signé la résolution parlementaire visant à interdire les salles de *shoot* sur l'ensemble du territoire national, donner la parole aux premiers concernés, et notamment à une toxicomane, Zoé, qui m'a écrit il y a quelques jours et qui plante remarquablement et précisément le décor de nos débats.

« Bonjour monsieur le député, je m'appelle Zoé et je suis dépendante. J'ai été toxicomane active pendant plus de quinze ans, mon produit de choix était l'héroïne et mon mode d'administration l'injection. Je tenais vraiment à prendre part au débat en vous exposant mon opinion au sujet des salles de *shoot*. J'ai eu en effet l'occasion d'en fréquenter à Genève, car j'ai vécu en Suisse pendant trois ans. »

« Je vivais en Valais, à une heure trente de Genève en train, et j'allais à Genève me fournir en quantité nécessaire pour la semaine. La salle de *shoot* se trouvait collée à la gare. Le quartier, de ce fait ou pas, puisque je ne l'ai pas connu avant, était envahi par les *dealers* et donc par énormément de consommateurs. Il y en avait partout. D'un côté de la gare, il y avait des petits dealers qui vendaient à la dose – une injection pour dix euros – et tous les acheteurs, moi y compris, préféraient les toilettes des cafés ou les toilettes publiques pour s'injecter. De l'autre côté de la gare, il y avait les grossistes, ceux que j'ai le plus fréquentés. Et là, c'était la même dynamique. Dès que nous avions acheté ce dont nous avions besoin, on se cachait soit derrière un buisson, soit dans les toilettes publiques, pour consommer. Les toxicomanes en général, mais en tout cas moi, j'avais peur de la police. »

« Dans ces salles de *shoot*, on nous demandait notre nom et de ce fait, nous faisons demi-tour de peur d'être fichés. La réalité était que cette salle de *shoot* était vide. Il m'est arrivé par deux fois d'aller chercher des seringues propres là-bas, mais son utilité s'arrêtait là. La campagne pour la distribution de matériel a eu un vrai but sanitaire et m'a sûrement sauvée d'une maladie de type sida ou hépatite. Cependant, je ne vois vraiment pas l'intérêt d'un lieu où l'on puisse consommer des produits illégaux sous couvert de la loi, c'est pour moi banaliser l'utilisation des drogues. De plus, ce lieu ne serait ouvert que trente-cinq heures par semaine, et les toxicomanes consomment vingt-quatre heures sur vingt-quatre. »

Mme la présidente. Merci. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article permet effectivement l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque pour six ans maximum, au terme desquelles un rapport d'évaluation nous sera remis. Il n'est évidemment pas question de taire le fait que ces dispositifs posent un certain nombre de questions légitimes, qu'il s'agisse de leurs lieux d'implantation ou de leurs modalités de fonctionnement, et des moyens à mettre en œuvre pour qu'ils soient réellement utiles.

Mais il n'est pas davantage question de se voiler la face et de faire comme si le problème de la toxicomanie n'existait pas. L'étude de l'Inserm montre que la recrudescence des overdoses coïncide avec l'apparition d'une nouvelle population de toxicomanes, notamment des jeunes migrants souvent venus d'Europe de l'Est et totalement démunis, mais aussi de jeunes errants en rupture complète avec leurs familles.

C'est pour atteindre ces populations très marginalisées que l'Inserm, dans son étude, préconise la mise en place de salles de consommation qui permettraient de les sensibiliser à la réduction des risques, de les accompagner vers une démarche de sevrage, et de réduire la consommation sur les lieux publics.

M. Yannick Moreau. Pas du tout ! Vous dévoyez l'étude !

Mme Jacqueline Fraysse. Les exemples étrangers sur lesquels se fonde cette étude montrent clairement que ces salles permettent d'augmenter, parmi ces usagers très marginalisés, le nombre de ceux qui acceptent d'être traités, c'est un argument fort.

Certes, la mise en place des salles de consommation n'est un geste enthousiasmant pour personne. Mais c'est un geste responsable face à une situation concrète, aussi regrettable et préoccupante soit-elle. Elle implique évidemment des moyens suffisants pour permettre que ces lieux ne soient pas seulement dédiés à la consommation, mais aident ces personnes à en sortir et à reconstruire une vie digne.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Lellouche.

M. Pierre Lellouche. L'article 9 est un article symbolique. Les salles de *shoot* sont un marqueur de ce projet de loi et, plus généralement, un des marqueurs sociétaux de la gauche. À Paris, la municipalité agite la question depuis une bonne dizaine d'années.

La gauche est connue pour brandir un certain nombre d'idées prétendument à la mode, que je ne citerai pas ici pour ne pas choquer. Celle-ci en fait partie.

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Quel mépris !

M. Pierre Lellouche. Le projet d'ouvrir des salles de *shoot* est choquant à plusieurs égards.

Il l'est d'abord au regard des missions régaliennes de l'État. Il appartient à l'État de soigner, pas de se substituer aux dealers ou de devenir lui-même un dealer en distribuant de la drogue ou des substituts. Si l'on appliquait votre démarche aux accidents de la route ou à d'autres pathologies sociales, madame la ministre, on pourrait aller très loin !

Pourtant, c'est dans cette voie que vous vous engagez. Dans ce texte par ailleurs très sévère à l'égard des addictions au tabac et à l'alcool, vous en êtes à ouvrir des salles où l'on distribuera de la drogue alors même que notre politique de santé publique est fondée sur la prévention et le sevrage !

Plusieurs études ont montré que ces politiques sont des échecs à l'étranger. Elles se traduisent au contraire par une dissémination de l'usage de la drogue. Le témoignage de cette jeune droguée lu par notre collègue Yannick Moreau traduit exactement la réalité : le seul effet des salles de *shoot*, c'est d'organiser le deal tout autour.

Dans le X^e arrondissement de Paris, qui est limitrophe de ma circonscription et où M. Delanoë avait proposé une telle création, on débat de la question depuis de longues années. La population est féroce contre : tout le monde sait bien que l'ouverture d'une salle de *shoot* provoque un appel d'air pour le trafic de drogue à proximité.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Nous rêvons tous d'un monde meilleur, madame la ministre. Si tel n'était pas le cas, nous ne nous serions d'ailleurs pas engagés en politique. Hélas, le monde n'est pas tel que nous souhaiterions qu'il fût. Il est fait de personnes biologiquement inégales, qui présentent de ce fait des risques plus ou moins importants de vulnérabilité au développement d'une dépendance. Nous pouvons du reste nous interroger sur la dépendance au travail et à la politique qui nous a conduits ici : peut-être certaines dépendances sont-elles utiles à la société – du moins espérons-le !

M. Christian Hutin. Très juste !

M. Nicolas Dhuicq. Votre texte est profondément paradoxal en ce qu'il compliquera considérablement le travail des soignants. Face à certaines pathologies, ces derniers ont d'abord pour rôle de poser ou de rappeler des interdits que les personnes utilisant des produits illégaux n'ont souvent pas reçus ou pas compris. Face à elles, ils se trouvent fréquemment en position de père ou de mère symbolique. Or vous envoyez un message contradictoire. Quel parent digne de ce nom voudrait transmettre à son enfant le message qu'il peut continuer à consommer ces produits ? Or ce que nous allons dire avec cet article, c'est : « Entrez ici, vous y trouverez les produits que vous souhaitez ! »

En outre, il ne vous sera possible de trier ni les produits – nous l'avons vu à l'article 8 – ni les personnes qui entreront dans vos centres. Comme certains de mes collègues, je crains que les personnes les plus éloignées des cadres juridiques habituels ne franchissent pas leurs portes. En revanche, vous verrez affluer des personnes qui trouveront là un moyen confortable de rester dans la toxicomanie.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Madame la ministre, la communauté scientifique vous est reconnaissante d'avoir eu le courage d'introduire cette expérimentation dans votre projet de loi. Vous saviez bien – car c'est un marqueur de droite – l'opposition dogmatique que vous trouveriez en face de vous.

Mme Annie Genevard. Ce n'est nullement une opposition dogmatique !

Mme Michèle Delaunay. Je me contenterai ici d'évoquer la méta-analyse publiée par l'INSERM à partir de mille publications scientifiques sélectionnées selon des critères de qualité précis, en résumant les conclusions de ce travail considérable : amélioration majeure des conditions de sécurité et d'hygiène, en particulier s'agissant des infections ; réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux overdoses ; création d'un lieu permettant de diriger les personnes de manière progressive et sécurisante vers les professionnels du soin, les structures et les services d'addictologie ; diminution des injections en public et des abandons de matériel d'injection dans les lieux publics ; au total, une mesure complémentaire mais nécessaire dans le parcours de soins des usagers de drogue.

M. Gérard Sebaoun. Merci d'avoir cité ce travail !

Mme la présidente. La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte.

Mme Fanélie Carrey-Conte. La question de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque mérite d'être traitée de manière rationnelle et argumentée, loin des caricatures et des outrances. Le dispositif est intéressant à plusieurs égards.

Je veux d'abord revenir sur le vocabulaire employé. Si nous parlons de salles de consommation à moindre risque et non de salles de *shoot*, c'est non seulement parce que l'objectif est bien la réduction des risques, mais aussi parce qu'il y va de la dignité des personnes concernées.

Ensuite, contrairement aux contrevérités énoncées sur les bancs de l'opposition, ces salles s'adressent à des personnes en situation de marginalisation qui ne sont pas aujourd'hui prises en charge par les dispositifs d'accompagnement existants. On peut faire comme si ces personnes n'existaient pas ; pour notre part, nous faisons le choix de les regarder et de les accompagner. Les salles de consommation à moindre risque sont un moyen de sortir de la spirale de l'exclusion et de la rue les usagers qui ne se rendraient pas dans des structures comme les CAARUD – centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues – ou dans les hôpitaux,...

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Vous les forcerez à venir « spontanément » !

Mme Fanélie Carrey-Conte. ...et de les mettre en relation avec des travailleurs sociaux et des personnels médicaux.

Nous sommes bien dans une logique de prévention et de santé publique. Que vous le vouliez ou non, des exemples internationaux l'attestent. En Espagne, le nombre de morts par overdose est passé de 1 833 en 1991 à 733 en 2008. À Vancouver, l'ouverture de la salle a été suivie d'une hausse de 33 % des admissions en cure de désintoxication.

Enfin, le dispositif a également une fonction d'amélioration de la tranquillité publique : on constate une réduction du nombre de seringues usagées laissées dans l'espace public aux abords de ces salles, donc une réduction du nombre d'accidents. Soutenir l'inverse, c'est mentir et instrumentaliser les riverains !

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Lamblin.

M. Jacques Lamblin. Pour dénoncer la politique gouvernementale en matière de drogue, j'établirai une comparaison entre deux fléaux : celui de la vitesse en voiture et celui de la drogue.

Alors que la vitesse était de plus en plus meurtrière sur les routes, on a longtemps pris des mesures préventives d'une efficacité discutable. Puis, il y a une dizaine d'années, on en est venu à des décisions très fortes sur le plan de la répression, qui ont divisé par cinq le nombre de morts en voiture.

C'est la même chose pour ce qui est de la drogue. Le fléau continue de s'aggraver. La drogue pourrit tout. Ce qui est vrai à Paris ou à Genève l'est également dans ma petite ville de province : la dose coûte 10 euros. Le petit jeune qui « chouffe », qui fait le guet, se fait 500 euros par semaines, plus que l'instituteur. Mais il ne va plus en classe, il gagne si bien sa vie à côté !

Tout cela ne peut pas durer. Le Gouvernement ne s'intéresse pas au cœur du problème. Nous l'avons vu à propos de la drogue en prison : pour vous, madame la ministre, le principal sujet est la réduction des risques pour le consommateur. La priorité devrait être la lutte !

En outre, comment ferez-vous la différence entre l'« usager majeur de substances psychoactives » qui fréquentera vos salles de *shoot* et l'usager mineur qui, sans doute, sera tenté de s'y rendre ?

Enfin, on ne saurait imaginer que la qualité des produits consommés dans ces salles de *shoot* puisse être garantie. Viendra forcément un jour où l'on y consommera des substances particulièrement frelatées et où il y aura des victimes. Comment vous en tirerez-vous sur le plan légal ?

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Je souhaite revenir sur l'exemple de l'Espagne, où trois villes seulement ont mis en place des salles de *shoot*. Les chiffres que vous avez donnés, madame Carrey-Conte, sont plutôt le résultat d'une politique active de prévention dans les centres de soins.

Il est certes important d'inclure les questions relatives à la drogue dans un projet de loi relatif à la santé, madame la ministre, mais la santé publique est une chaîne. Or, loin de renforcer le maillon de la prévention, vous ouvrez une voie parallèle. En voulant bien faire, vous faites sortir le patient d'une chaîne de soins pour le faire entrer dans une structure dont vous n'avez toujours pas précisé la nature juridique.

Je ne céderai pas. L'Assemblée va voter aujourd'hui deux articles majeurs sans que nous ayons obtenu de réponse claire quant à l'immunité pénale des personnels médicaux et paramédicaux qui, M. Roumegas l'a rappelé, exerceront dans ces dispositifs de façon bénévole et militante.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Avec l'article 9, madame la ministre, nous abordons votre proposition d'expérimenter ce que le texte appelle des « centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues » ou « salles de consommation à moindre risque » – en d'autres termes, des salles de *shoot*. L'objectif, selon vous, est de permettre aux toxicomanes de consommer leurs propres produits dans de bonnes conditions d'hygiène, en étant supervisés par des personnels de santé.

Après les auditions auxquelles j'ai participé, je me suis renseigné sur les pays qui menaient ou avaient mené cette expérience. J'en ai trouvé une dizaine, principalement en Europe. Si l'on y a constaté, en général, une amélioration des conditions sanitaires dans lesquelles un certain nombre de toxicomanes se livraient à leur addiction, les expérimentations n'ont en revanche entraîné aucune diminution de la consommation de drogue : elles se sont plutôt traduites par une augmentation.

Cela étant posé, pouvez-vous nous indiquer le coût précis de l'expérience que vous entendez mener ? Combien de salles de *shoot* installerez-vous ? Dans quels endroits ?

Je trouve assez choquant pour les Français que l'on dépense de telles sommes d'argent. Mercredi dernier, lorsque nous débattions de la médecine scolaire, j'insistais sur le manque de médecins dans les établissements, notamment dans les lycées. Il n'y a plus, disais-je, qu'un médecin scolaire pour 12 000 élèves. C'est pourtant à l'école que commence le travail de prévention qui permettrait d'éviter l'augmentation du nombre de toxicomanes dans notre pays. C'est là qu'il faut concentrer les moyens, et non dans des dispositifs qui poseront inévitablement de nombreux problèmes.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Permettez-moi d'évoquer une expérience personnelle récente. Dans une rue de Montpellier, je suis tombé sur deux personnes qui se piquaient en plein jour, derrière une voiture, sans aucune condition d'hygiène, sur un trottoir où pouvaient passer des enfants. Leur état de délabrement avait de quoi vous retourner les tripes !

Je vous raconte cela parce que cette scène m'a beaucoup touché et pour vous faire comprendre que ces salles s'adressent à un public particulier. Ce ne sont pas des personnes qui se droguent dans de beaux appartements. Il s'agit d'un public sans domicile fixe, complètement paumé, qui se drogue dans la rue, dans des parkings. Vous n'allez pas poster des flics partout pour surveiller chaque coin de rue. Ce n'est pas vrai.

Il s'agit à la fois d'assistance à personne en grand danger – de personnes à la limite – et d'ordre public. Pour ce qui me concerne, je ne peux pas tolérer que de telles scènes aient lieu dans nos villes, parfois devant des enfants.

Face à ce phénomène, et parce que vous ne serez pas en mesure de poster des policiers partout, vous n'avez pas de solutions.

Loin des discours moralisateurs, il faut des solutions pragmatiques pour répondre à ces situations. Les salles de consommation à moindre risque y correspondent. Les personnes qui y travaillent font preuve d'abnégation et d'une grande rigueur. Cessons de les caricaturer. Au contraire, donnons-leur les moyens d'agir pour nous tous.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Nous sommes tous d'accord, madame la ministre, pour lutter contre la toxicomanie, mais la voie que vous nous proposez n'est pas la bonne. Vous proposez une rupture grave s'agissant des politiques de lutte contre les toxicomanies menées en France en ouvrant des salles de consommation de drogue, passant outre la décision du Conseil d'État et la loi de 1970, qui instaurait le principe de prohibition.

En outre, la loi ne sera plus la même pour tous selon que l'on consomme des substances stupéfiantes à l'intérieur des salles de *shoot* ou à l'extérieur. Drôle de conception de l'égalité devant la loi.

Drôle de conception encore de vouloir expérimenter des salles qui ont montré leurs limites ou qui ont été un échec dans les pays qui sont allés dans ce sens.

Par ailleurs, quel sera le coût de ces salles : un million d'euros par an et par salle. Il vaudrait mieux les consacrer à d'autres formes d'accompagnement.

Proposons d'aider les toxicomanes dépendants à s'extraire de leurs addictions par l'encouragement des méthodes de sevrage qui ont prouvé leur efficacité, avec le soutien de l'État aux communautés thérapeutiques : un modèle connu dans les pays anglo-saxons qui repose sur une méthode innovante, axée sur l'abstinence de tout produit modifiant le comportement et qui permet, sur une période d'accompagnement de deux à trois ans, à deux toxicomanes dépendants sur trois de retrouver une stabilité sociale et professionnelle durable.

C'est dans cette voie qu'il faut aller, madame la ministre. Nous vous demandons de revenir sur cette proposition qui ne va pas dans le sens que nous souhaitons et qui ne représente pas les valeurs que nous défendons.

Mme la présidente. La parole est à M. Dino Cinieri.

M. Dino Cinieri. Il faut dire clairement à nos concitoyens ce qu'est une salle de consommation à moindre risque. C'est un endroit où les toxicomanes apportent leur propre drogue et se font injecter des produits totalement illégaux sous surveillance médicale.

Admettre une telle pratique revient à mettre à néant tous les efforts de lutte contre les trafics de drogue engagés depuis un certain nombre d'années. On ne peut pas à la fois dire que l'on combat d'une façon déterminée les trafics de stupéfiants et, en même temps, autoriser que l'on apporte des drogues, ce qui est illégal, dans les centres d'injection. Il y a là un contresens considérable qui brouille complètement le message sur la lutte sans merci que l'on doit mener contre les drogues.

Autoriser ces centres d'injection est irresponsable et constitue une démission totale. Cela va simplement donner bonne conscience à un certain nombre de personnes. En France, nous avons une politique de prévention et de réduction des risques bien meilleure que celle qui existe dans d'autres pays.

On ne doit pas se cacher la vérité : un toxicomane est à la fois un malade et peut être un délinquant, car il enfreint la loi. Rappelons que dans les pays qui ont mis en place de tels centres, les infractions n'ont pas diminué, ni en matière de consommation de stupéfiants ni s'agissant des délits connexes, vols, violences, prostitution. Ces établissements n'ont donc, au final, aucune utilité. Ils n'enrayent pas les trafics et n'ont pas non plus d'impact sur le plan fondamental de la santé des toxicomanes.

Au lieu de garder les toxicomanes dans la dépendance et de les laisser mourir, il faut mettre en place une politique sur le sevrage encore plus efficace.

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Ce texte n'est pas véritablement un marqueur de droite, chers collègues de l'opposition. Si j'ai bon souvenir, cette expérimentation avait été proposée par la précédente ministre de la santé, Roselyne Bachelot-Narquin. (*« Absolument ! »*) sur les bancs du groupe SRC.) Elle avait recueilli le soutien de l'ensemble des membres du groupe SRC dont je faisais partie.

M. Philippe Goujon. Elle a été désavouée par le Premier ministre, le Gouvernement.

Mme Dominique Orliac. Mais il est vrai que vous changez souvent d'avis.

M. Philippe Goujon. Pas du tout.

Mme Dominique Orliac. S'agissant de l'autorisation de la recherche sur les cellules souches embryonnaires, je me souviens, car j'étais rapporteure, vous aviez d'abord été d'accord, puis vous aviez totalement changé d'avis.

Aujourd'hui, ce que nous cherchons à faire, c'est une expérimentation pour les plus faibles, ceux qui sont totalement en dehors du système de soins et qui de toute façon n'iront pas dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues. Je rappelle que ces centres ont été créés en 2004. S'ils avaient été opérants pour ces personnes, cela se saurait.

Nous proposons seulement de soigner des malades. Ne dites pas qu'il ne faut pas soigner des malades parce qu'ils sont délinquants. Ne pas agir, ne rien faire, c'est choisir de les laisser mourir dans l'indifférence, comme l'a appelé notre collègue Roumegas.

Les salles de consommation, c'est pour aller vers eux. Il faut avoir une vision humaniste de notre société. C'est ce que soutiennent les radicaux de gauche et les députés apparentés à notre groupe.

Il ne s'agit en aucun, contrairement à ce que vous prétendez, une légitimation de la toxicomanie, un encouragement ou un « toxico-bar » comme certains le laissent penser dans leurs discours. Les usagers de la drogue seront accompagnés par des équipes pluridisciplinaires, des travailleurs sociaux, des militants associatifs.

Mme la présidente. Merci de conclure.

Mme Dominique Orliac. Concernant les expériences qui ont été menées à l'étranger, les résultats sont significativement encourageants.

M. Dino Cinieri. C'est faux.

Mme Dominique Orliac. J'émet une réserve : le texte prévoit que les maires soient uniquement destinataires du rapport annuel sur le déroulement de l'expérimentation, alors qu'il faudrait qu'ils soient consultés sur ces projets.

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

Mme Véronique Louwagie. La mise en place de salles de consommation à moindre risque ou salles de *shoot* est, avec l'article 9, légalisée. Il nous faut combattre la toxicomanie, nous en sommes tous d'accord. Mais pour combattre ce mal, il faut agir avec lisibilité et visibilité. Il faut de la cohérence.

Vous vous appuyez sur des expériences menées dans d'autres pays : je rappelle que sur six pays ayant tenté l'expérience que vous proposez, trois pays – l'Australie, la Suisse et le Canada – commencent à revenir sur cette idée, voire à y renoncer. Rappelons aussi que l'Allemagne a enregistré une augmentation de plus de 15 % du nombre de toxicomanes.

Cette mesure que vous présentez comme étant une mesure de santé publique, de sécurité sanitaire, aura des effets pervers et des conséquences dommageables.

Quels en seront les effets pervers ? D'une part, vous donnez un mauvais signal en banalisant par la loi la consommation de drogue. D'autre part, vous introduisez un changement d'orientation de la politique française de lutte contre les toxicomanies.

Parmi les conséquences dommageables figure le risque de favoriser les consommations de drogue au lieu d'orienter les toxicomanes vers les réseaux de soins. Vous ne pouvez le nier. En outre, vous fléchez des fonds vers les salles de *shoot* au détriment des actions de prévention et de l'information. À cet égard, j'espère que vous répondrez à M. Lurton qui vous a interrogée sur ce sujet.

Je crains, madame la ministre, que vous ne donniez un mauvais signal à notre jeunesse, aux familles en mettant à mal le besoin de repères indispensables pour qu'un être humain se construise.

Le projet de modernisation de notre système de santé est incohérent. D'un côté, il stigmatise le tabac et, de l'autre, il ouvre une voie à un usage légalisé de stupéfiants.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Les addictions aux substances psychoactives créent un état qu'il convient de traiter et non d'entretenir. Nous sommes bien entendu opposés à votre projet de salles de *shoot* ou de salles de réduction des risques. D'abord, parce qu'il existe des structures de prévention et d'accompagnement de soins, cela a été rappelé par Mme la présidente de la commission. Il faut améliorer les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA, nous vous avons soutenu sur ce point, madame la présidente. Il s'agit en effet de structures extrêmement performantes.

Ensuite, parce que les pays qui ont mené cette expérience sont peu nombreux et ceux qui l'ont engagée reviennent sur leur décision, car ils doutent de ses résultats. La Suisse a réduit le nombre de sites. Vancouver, contrairement à ce qui a été dit tout à l'heure, commence à douter également et semble prêt à arrêter. Enfin, certaines expériences ont eu des effets délétères comme à Montpellier où il y a eu des décès de toxicomanes en salle de *shoot*.

Enfin, la création de telles salles entraînera des dépenses, Philippe Goujon l'a rappelé : dépenses immobilières, dépenses d'équipements, rémunérations d'équipes. Ces dépenses sont évaluées à un million d'euros, ce qui n'est pas rien, 1,2 million d'euros à Paris pour une salle. Or combien de salles seront ouvertes dans le pays ?

M. Yannick Moreau. Combien ?

M. Jean-Pierre Door. Cela risque de coûter cher.

M. Yannick Moreau. Avec quel argent ? M. Door a raison.

M. Jean-Pierre Door. Avec cet argent, nous pourrions mieux équiper les CSAPA et les CAARUD, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue,...

Mme la présidente. Merci.

M. Jean-Pierre Door. ...ouvrir des appartements thérapeutiques car on manque de places.

En conclusion...

Mme la présidente. Non, monsieur Door.

M. Jean-Pierre Door. Si vous aviez confiance en vous, madame la ministre, et dans les expériences étrangères, pourquoi expérimenter en France sur une période de six ans ? On aurait pu le faire d'emblée, sans expérimentation.

M. Bernard Perrut et M. Philippe Goujon. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Guéhaël Huet.

M. Guéhaël Huet. Je voudrais dénoncer à la fois une contradiction et une illusion. Il est pour le moins contradictoire d'inscrire une telle disposition dans un texte relatif à la santé, c'est-à-dire un texte destiné à protéger, notamment les plus faibles. Or on ne protégera rien ni personne, vous le savez pertinemment.

Il est également contradictoire avec d'autres messages que vous délivrez dans ce texte. Alors que vous pourfendez le tabagisme avec des mots extrêmement durs, vous adoptez une position tout à fait laxiste à l'égard des drogues.

M. Philippe Goujon. Il a raison.

M. Guéhaël Huet. Comment voulez-vous que ceux qui liront votre loi, si par malheur elle était votée, comprennent la moindre chose à ces deux messages contradictoires ?

M. Dino Cinieri. Personne n'y comprendra rien.

M. Philippe Goujon. C'est incohérent.

M. Yannick Moreau. D'un côté, vous pénalisez le tabac et de l'autre, vous légalisez les salles de *shoot*.

M. Guéhaël Huet. Illusion ensuite. Tant Bernard Debré que Nicolas Dhuicq, médecins expérimentés, ont montré que vous ne régleriez rien en proposant l'ouverture de salles de consommation, au contraire. On peut craindre que cela ne contribue à augmenter les tendances addictives d'un certain nombre de ceux qui fréquenteront ces salles de consommation.

Enfin, je veux insister sur la précarité juridique de votre dispositif. Le Conseil d'État vous l'a rappelé l'an dernier lorsque vous avez voulu vous aventurer dans la création par voie réglementaire d'une salle de consommation à Paris. Vous avez été rattrapée par le Conseil d'État ainsi que par la Haute autorité de santé. Vous persistez dans la contradiction, l'illusion alors que votre dispositif législatif va à l'encontre d'un certain nombre d'autres dispositifs qui visent précisément à lutter contre l'utilisation et la consommation de drogue.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Lassalle.

M. Jean Lassalle. Depuis le début, je redoutais ces deux articles. J'avais raison, mais la manière dont nous en parlons est très digne.

Je rejoins mes collègues Lamblin et Perrut pour ne citer qu'eux. Il faudrait peut-être s'inspirer de ce que nous avons fait en matière de code de la route en prenant des mesures fortes afin de limiter le nombre d'accidents. Il faut faire en sorte d'éviter que le fléau de l'addiction n'explose dès le collège ou le lycée. Or si mes informations sont exactes, tel est déjà le cas et nos enfants et petits-enfants sont concernés.

S'agissant de l'article 9, il est évident que les exemples étrangers ne sont pas très concluants.

Pour moi, néanmoins, nous sommes face à un fléau. J'ai été sensible aux propos de M. Roumegas et, de fait, un jour ou l'autre, il faudra y venir : non seulement ces personnes sont de très grands malades, mais elles sont dans des états d'angoisse et de peur, à bout de toute croyance humaine, et ne sont pas capables de se gérer.

Je suis conscient que le signal envoyé par une telle décision sera peut-être mal perçu, surtout si c'est la France qui la prend, car notre pays possède – j'y crois toujours – une dimension universaliste, mais il faut parfois franchir le pas. J'ai retenu de la proposition de notre collègue de l'UMP que ces centres ne doivent pas faire peur et qu'ils doivent être installés à l'hôpital, au grand jour, avec le plus de sérénité possible.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Genevard.

Mme Annie Genevard. Je voudrais vous livrer le témoignage de Julia, une habitante du quartier de La Chapelle – témoignage intéressant et un peu désespéré sur l’installation d’une salle de shoot dans ce quartier : « J’habite depuis plus de quinze ans, en tant que locataire – pour qu’on ne m’accuse pas d’avoir des propos motivés par des intérêts immobiliers –, le quartier de La Chapelle, proche de la Gare du Nord, et à moins de 300 mètres de huit établissements scolaires ou crèches accueillant près d’un millier d’enfants. C’est près de ce quartier qu’il est question d’ouvrir une salle de shoot.

« Personne ne se pose la question de l’augmentation des risques pesant sur les conditions de vie des habitants de ce quartier, qui sont déjà, depuis 2012, en constante dégradation. Ce quartier, coincé entre la Goutte d’Or et Stalingrad, subit déjà le report de trafics en tout genre de ces deux zones de sécurité prioritaires – ZSP –, dispositif mis en place par Manuel Valls, alors ministre de l’intérieur.

« On constate une concentration de toutes les problématiques. C’est une liste à la Prévert, mais qui n’a rien de poétique : une occupation illégitime et permanente de l’espace public, les parcs, jardins, trottoirs et dessous du métro aérien occupés par des vendeurs à la sauvette, des groupes d’hommes inactifs, des populations migrantes sans-abri, un défaut de propreté générant une situation sanitaire préoccupante, une insécurité quotidienne – vols à l’arraché et par ruse des téléphones et des sacs –, un accroissement de la prostitution et du racolage, un trafic de stupéfiants – occupation de halls d’immeubles, guetteurs dans la rue –, une recrudescence des incivilités, en particulier vis-à-vis des femmes, un renforcement des manifestations communautaires, un défaut de services de transport public – certains accès de métro sont fermés, suite à l’incapacité de maintenir la sécurité. »

Bref, vous organisez en plein Paris la ghettoïsation que vous prétendez combattre.

Mme la présidente. La parole est à Mme Seybah Dagoma.

Mme Seybah Dagoma. Tous les députés de cet hémicycle veulent lutter contre la toxicomanie, mais la différence entre nous est une différence d’approche. En effet, la réalité est qu’il y a dans notre pays des toxicomanes marginalisés qui échappent à tous les dispositifs existants et qui se droguent dans des conditions sanitaires déplorables – dans les jardins publics, dans les toilettes publiques, dans les parkings, dans les cages d’escalier ou à proximité des écoles.

Mme Annie Genevard. C’est ce que je viens de dire !

Mme Seybah Dagoma. Cette situation est en effet dramatique – d’abord pour eux, mais également pour les riverains. Face à cela, que propose l’opposition ? *Le statu quo*,...

M. Arnaud Robinet. Pas du tout ! C’est faux !

Mme Seybah Dagoma. ...alors même que les acteurs de terrain nous demandent d’agir. Nous, nous ne nous résignons pas. Notre démarche d’expérimentation de salles de drogues à moindre risque est guidée par le seul objectif de la prévention. Il ne s’agit pas d’une lubie, mais d’une première étape dans le parcours de réduction des risques et de soins pour ces publics. L’expérimentation de ces salles de drogue à moindre risque a été faite dans plusieurs pays et a fait ses preuves – mes collègues en ont montré les résultats en matière de réduction des risques et de diminution des nuisances dans l’espace public.

Arrêtez donc de vouloir faire peur ! Il ne s’agit nullement de vouloir ouvrir des salles partout en France et de manière définitive. Bien au contraire, le Gouvernement fait preuve de pragmatisme, puisqu’il s’agit de répondre à des réalités, à la demande d’élus confrontés à des salles de drogue à ciel ouvert – c’est la députée de la Gare du Nord qui le dit.

Ce que vous dites est faux : nous ne sommes pas dans une zone de non-droit.

Mme Annie Genevard. C’est une contrevérité ! Vous n’y habitez pas ! C’est du mépris des gens. Allez donc voir !

Mme Seybah Dagoma. La réalité est là. Je veux donc saluer l’action du Gouvernement, qui agit sans brutalité et dans la concertation, à tous les stades de l’expérimentation – aussi bien pour l’ouverture de ces salles que pour la durée de leur exploitation. Alors, agissons, expérimentons, et bravo au Gouvernement !

Mme Annie Genevard. Ce n'est pas possible d'être élue de cet arrondissement et de dire des choses pareilles !

Mme Seybah Dagoma. Je le connais mieux que vous !

Mme Annie Genevard. Non !

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Madame Orliac, sur ces bancs, nous sommes tous humanistes – du moins, je l'espère –, mais il faut avoir conscience de la réalité. M. Goujon a peut-être rappelé que, selon une étude réalisée en 2010-2011 par l'INSERM – organisme à propos duquel j'espère, madame la présidente de la commission, que vous émettez moins de doutes que sur l'Académie de médecine –, ces centres – je le dis objectivement – sont capables d'orienter les usagers vers des structures de soins. Dès lors, pourquoi ne pas suivre notre proposition de placer ces centres d'expérimentation au niveau des établissements de santé ? L'étude montrait aussi qu'ils pouvaient aussi réduire l'injection en public, pour autant qu'ils couvrent les besoins – ce qui suppose un coût très important.

Cependant, ils semblent sans effet sur l'incidence du VIH du VHC, même si la promotion de l'hygiène de l'injection et la mise à disposition de matériel stérile, ainsi que la supervision de l'injection, peuvent se traduire par une diminution des abcès. Ils n'ont en outre aucun effet sur la consommation de drogues chez les usagers ou dans la communauté, ni sur les délits liés à l'acquisition de drogues dans les zones où ils sont implantés. L'existence sporadique de nuisances – rassemblement de consommateurs ou de dealers – a été rapportée.

D'après l'INSERM, les coûts d'implantation et d'exploitation de ces centres sont importants. Nous faisons bien des propositions, chère collègue – c'est ainsi que nous déposons, avec M. Jean-Pierre Door et les membres du groupe UMP, un amendement tendant plutôt à une expérimentation dans le cadre des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CAARUD.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Frédéric Poisson, dernier orateur inscrit sur l'article.

M. Jean-Frédéric Poisson. La situation que tente de traiter le Gouvernement est compliquée et je comprends bien les différents rappels à l'humilité formulés tout à l'heure par Mme la présidente de la commission et Mme la ministre.

Nous n'en avons pas moins une différence d'approche. Tout d'abord, le dispositif que vous voulez mettre en place n'aura aucune efficacité pour la santé des toxicomanes, car il contribue à les maintenir dans leur état : il est difficile de parler de prévention dans ce cas.

Deuxièmement, vous semblez ne tenir aucun compte des expériences étrangères. Je suis en effet surpris d'entendre certains de nos collègues affirmer que les expériences menées à l'étranger auraient été concluantes, alors qu'elles sont partout en repli, que certains dispositifs qui étaient ouverts sont en train de fermer, qu'aucun pays n'a envisagé de déployer ce dispositif et de le généraliser ou de l'ouvrir davantage sur son propre territoire et que six pays seulement, à ma connaissance, l'ont expérimenté jusqu'à présent.

Troisièmement, il faut également tenir compte de tous les effets induits. De fait, vous ne donnez pas l'impression de prendre en compte l'ensemble des perturbations que causera l'installation de tels dispositifs dans l'environnement, ni des conséquences symboliques et matérielles qu'ils auront sur l'ordre public en général.

Ce sont ces différents aspects que nous contestons et c'est la raison pour laquelle je défendrai tout à l'heure un amendement de suppression de cet article.

Mme la présidente. Nous en avons terminé avec la liste des inscrits.

La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Il faut savoir de qui on parle ! Si certains s'expriment par dogmatisme, d'autres le font par méconnaissance. De fait, on ne peut pas tout connaître – ce n'est pas une accusation : c'est ainsi.

Pour une fois, je ferai part de mon expérience de quinze ans dans un réseau de réduction des risques, à Toulouse – l'un des premiers, que nous avons mis en place en 1995 et qui a du reste été pris en exemple voilà cinq ans comme étant l'un des plus efficaces.

Les salles de consommation s'adressent à des personnes qui ne sont plus dans le droit commun, qui sont en rupture familiale, qui vivent dans des squats, au mieux dans des groupes – mais des groupes dans la rue –, qui n'ont même pas la CMU, alors qu'ils y ont droit. Au mieux, ils vont de temps à autre voir un pharmacien pour l'échange de seringues. Ils n'ont pas de toit et ont, à un moment donné, besoin d'un lien, toujours le même, au même endroit. Je le répète, ce sont des gens avec lesquels on travaille vraiment à petits pas.

J'entends parler de coût. S'il vous plaît ! Le coût arrive vraiment au deuxième plan ! Ces gens ont parfois vingt ans et sont en rupture familiale depuis l'âge de quatorze ou quinze ans – j'ai des visages en tête. Parfois, ils se trouvent à 600 kilomètres de leur lieu de résidence familiale et leurs parents ne savent même pas ce qu'ils sont devenus, ni où ils sont. Je n'invente rien : je parle de l'expérience, de la réalité.

Quand ces gens ont la chance de trouver une pharmacie qui s'ouvre à eux, il faut parfois un an, voire deux, trois ou quatre, avant qu'ils ne commencent à ouvrir la porte de leur vie et à dire qu'ils en ont assez de vivre comme ça – et ce n'est que le début, une toute petite marche ! On n'est pas encore à la fin du parcours.

Ces salles de consommation s'adressent à ces gens qui ont disparu du radar de notre société, en un sens très large – radar amical et familial, radar du droit commun, radar des droits à la Sécurité sociale, aux allocations logement, aux allocations familiales. Bref : des gens en perdition, au bout du bout de la chaîne, qui ont une espérance de vie de 35, 40 ou 45 ans.

M. Arnaud Robinet. Quel rapport ?

M. Philippe Goujon. Il y a d'autres moyens de les aider !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* C'est ce que j'ai appelé tout à l'heure la solution graduée complémentaire. Ces salles de consommation ne sont pas la solution unique. Je reconnais en effet tout ce qui a déjà été mis en place, mais ces gens-là échappent aux solutions existantes. Ils n'iront pas dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA –, ni dans les CAARUD, et ne savent même pas ce que c'est que la salle d'attente d'un médecin.

Ces salles de consommation, je le répète, ne sont pas la solution unique – ce serait trop facile –, mais une solution pour rattraper certains jeunes, ou moins jeunes, en rupture de tout. Contrairement à ce que vous dites, ces salles ne sont pas faites pour augmenter leur consommation, mais pour que vienne un moment où une main leur soit tendue et pour qu'un jour ils mettent leur main dans cette main pour dire qu'ils voudraient éventuellement faire quelque chose pour s'en sortir.

M. Arnaud Robinet. Arrêtez !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* En entendant tout ce qu'ont dit certains de mes collègues, complètement à côté de la réalité, je voudrais leur proposer de venir faire un stage dans un squat ou dans la rue pour voir exactement ce qu'il en est.

Je conclurai en vous posant une seule question : trouvez-vous acceptable qu'une personne se pique dans la rue, au vu et au su de tous, voire à cent mètres d'une école ou dans un bac à sable ? Cette image vous paraît-elle acceptable ? Je suis sûr que vous répondrez : non.

À cette question, l'une des réponses est précisément la salle de consommation. Excusez-moi, mais en disant cela, je pense avoir raison pour cette population, ou du moins pour une partie de cette population. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Quelques mots seulement puisque je me suis exprimée tout à l'heure en ouverture de l'article 8, en indiquant que la politique portée par le Gouvernement était un tout.

Je veux répéter ce qui vient d'être présenté par Mme la présidente de la commission : en matière de

prévention des risques, il n'y a pas une solution et une seule, et c'est vrai même pour les politiques de prévention les plus classiques.

Les tests de dépistage, par exemple, se faisaient il y a quelques années uniquement dans le cadre hospitalier, avec une tonalité sanitaire très forte. Or on s'est aperçu que certains patients, des hommes principalement, n'avaient pas l'envie d'aller dans ce cadre-là : c'est pour cela que les associations ont déployé des tests rapides. Aujourd'hui, on s'aperçoit que certains hommes ne veulent aller ni à l'hôpital, ni chez un médecin, ni dans une association ; on met donc à disposition des autotests.

Concernant les toxicomanes utilisateurs de drogues dures, nous sommes face à la même situation. La seule question qui vaille est : que fait-on face à ces hommes et à ces femmes qui sont éloignés de tout, qui n'ont accès à rien et ne cherchent rien, à ces hommes et à ces femmes qui ont été marginalisés au fil des années ? Votre réponse consiste à dire « Trouvons autre chose ! », mais on ne sait pas quoi.

M. Yannick Moreau. Mais si, on sait ! On vous l'explique depuis tout à l'heure !

Mme Marisol Touraine, ministre. Au fond, notre position n'est pas une position morale ; ce n'est pas un jugement de valeur : nous regardons la réalité telle qu'elle est, en essayant de faire évoluer progressivement cette réalité et d'apporter des réponses – des réponses sociales, des réponses d'accompagnement, des réponses thérapeutiques – à des hommes et à des femmes qui sont totalement ailleurs.

Pourquoi expérimenter, monsieur Door, si cela se fait dans d'autres pays ? Parce que dans chacun des autres pays où cela se fait, les modalités de mise en œuvre sont différentes. Contrairement à ce qui se dit et contrairement à ce que vous relayez, il n'y a pas de fermeture de ces salles de consommation à moindre risque.

M. Arnaud Robinet. Il y a des doutes !

Mme Marisol Touraine, ministre. Il y a éventuellement des évolutions, mais il n'y a pas de fermeture, en particulier en Suisse et en Australie. Chaque pays a ses caractéristiques...

M. Arnaud Robinet. Nous avons les nôtres !

Mme Marisol Touraine, ministre. ...et c'est pour cela que nous expérimentons. C'est aussi une façon de dire aux collectivités locales qu'elles ont la responsabilité de s'engager ou pas dans cette expérimentation.

L'un de vos collègues, M. Lurton, me demandait tout à l'heure combien de salles nous allions ouvrir : je lui répondrai que ces salles étant des expérimentations, il faut que des collectivités s'engagent avec des associations. Les cahiers des charges seront évidemment examinés au niveau national. Vous le voyez, monsieur le député, chacun assume ses responsabilités ; le Gouvernement assume les siennes.

M. Arnaud Robinet. On peut prendre le même argument pour rouvrir les maisons closes !

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

- Deuxième séance du mardi 7 avril 2015

Article 9 (*suite*)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements de suppression de l'article. L'amendement n° 18 n'est pas défendu.

La parole est à M. Philippe Goujon, pour soutenir l'amendement n° 40.

M. Philippe Goujon. Madame la ministre des affaires sociales, madame la présidente de la commission des affaires sociales, il y a des gens qui vivent dans ces secteurs où seront édifiées des salles de shoot, des secteurs qui, que vous le vouliez ou non, vont devenir, j'insiste, des zones de non-droit. C'est une réalité objective : la loi générale n'y sera appliquée ni aux consommateurs ni au personnel médical, alors qu'elle s'appliquera à l'extérieur. Cela pose quand même un véritable problème de légalité, d'autant que vous êtes indécises sur la définition du périmètre concerné – nous n'avons eu aucune réponse à ce sujet.

La police pourra-t-elle intervenir pour interpellier des trafiquants qui se feraient passer pour des usagers de la salle en n'ayant que de faibles doses sur eux ? Jusqu'à quelle distance de la salle les limites de la zone de non-droit s'opposent-elles à l'action de la police et de la justice ? Aucune de ces questions n'a d'ailleurs été résolue par les expériences étrangères. La police, désemparée, est dans l'incompréhension totale, et la justice donne carrément des consignes de laisser-faire, ne poursuivant aucun délit dans une large zone alentour.

Quant à la tranquillité des riverains, parlons-en. Ils ont plus à craindre de l'implantation de ces salles que de la situation actuelle, puisque s'ajouteront non seulement les nuisances supplémentaires engendrées par un afflux de toxicomanes mais aussi l'implantation d'une mafia, qui se précipitera sur une clientèle captive, comme à Genève, où une mafia géorgienne s'est implantée, ou encore des scènes d'injection sauvage à proximité, comme à Zürich, car un toxicomane, sachez-le, se drogue à toute heure alors que les salles ne fonctionnent qu'aux heures de bureau, c'est-à-dire trente-cinq heures par semaine. Ce n'est pas un hasard, d'ailleurs, si les riverains ont exprimé un refus massif dans le quartier de la gare du Nord où vous voulez, avec la mairie de Paris et celle du X^e arrondissement, créer la première salle, ce à quoi s'opposent les associations du quartier, soutenues par Déborah Pawlik, conseillère de Paris, de l'opposition.

Alors, vraiment les 6 millions d'euros que coûtera chaque salle, sur la période concernée,...

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. C'est 6 millions, maintenant ?

M. Philippe Goujon. Ce sont plus de 5 millions d'euros par an, qu'il y aurait, à l'évidence, avantage à consacrer à d'autres dépenses. Évidemment, personne n'a dit, dans nos rangs, qu'il fallait laisser les usagers problématiques de drogues dans leur souffrance extrême et leur dépendance. Il faut tout faire, au contraire, nous sommes d'accord sur ce point, pour les en sortir, mais en créant des lits d'addictologie, en multipliant les équipes mobiles qui se rendent au contact des plus marginaux, ou encore en développant des politiques de prévention et de détection des comorbidités associées, comme l'hépatite C, par exemple, qui constitue aujourd'hui un vrai problème. Aidez les toxicomanes à guérir, plutôt qu'à s'autodétruire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Guénaël Huet, pour soutenir l'amendement n° 125.

M. Guénaël Huet. Il vise à supprimer l'article 9, pour les raisons qui viennent d'être énoncées par Philippe Goujon. J'ai eu l'occasion, tout à l'heure, d'évoquer à propos de cet article une contradiction et une illusion. Il y a même plusieurs contradictions et plusieurs illusions.

Une première contradiction tient au fait qu'un texte sur la santé publique, destiné, donc, à protéger les individus, comporte une disposition qui les met au contraire en danger. Je connais l'argument selon lequel on n'a pas de prise sur la toxicomanie là où elle se pratique, dans certains quartiers, dans certaines rues, et je sais qu'il y a des situations dramatiques, mais, madame la ministre, je crois vraiment que votre remède est pire que le mal. C'est une fuite en avant, une sorte de désarmement face à la montée de la toxicomanie. On ne se donne pas les moyens de lutter efficacement contre les toxicomanies et, du coup, on la légitime, sans le reconnaître évidemment. Certains amendements qui nous ont été proposés tout à l'heure montrent bien d'ailleurs une sorte d'appel à une légitimation progressive des conduites toxicomaniques, à une sorte de dépénalisation qui, un jour ou l'autre, aura lieu.

Une autre contradiction tient aux messages que vous essayez par ailleurs d'adresser à travers votre projet de loi. Que n'a-t-on entendu la semaine dernière, on s'en souvient, sur les fumeurs, lorsque nous parlions du tabac ! Ils étaient stigmatisés, montrés du doigt... Là, c'est un tout autre langage qui est tenu, complètement à rebours. Je crois qu'il y a vraiment là une contradiction.

Il y a une illusion aussi, parce qu'on ne luttera pas efficacement contre la toxicomanie en ouvrant des salles de consommation.

Je voudrais également rappeler que, sur le plan juridique, votre dispositif est précaire. Le Conseil d'État vous l'a dit, la Haute autorité de santé vous l'a dit aussi. Je crois que la sagesse et le bon sens réunis seraient de renoncer à cette expérimentation qui vous entraînera sur un chemin particulièrement dangereux. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2313.

M. Yannick Moreau. Tout s'oppose, en réalité, à la légalisation, à la généralisation des salles de *shoot* sur le territoire national : les traités internationaux qui nous lient, le droit pénal, que vous peinez à détricoter pour offrir ici ou là des immunités pénales aux intervenants de vos salles de *shoot*, ou encore une mission parlementaire de 2011. Souvenez-vous : une mission réunissant quinze députés et quinze sénateurs avait travaillé du mois de janvier au mois de juin, procédant à 53 auditions et entendant 107 personnes, et concluant : « Au vu des éléments qui précèdent, les rapporteurs estiment que la transposition en France de l'expérience des centres d'injections supervisés serait extrêmement hasardeuse et n'est en conséquence pas souhaitable. » L'Ordre national des médecins s'est également exprimé défavorablement, par un avis du 15 janvier 2013, ainsi que l'Académie de médecine, le 6 mars 2013.

Tous s'y étaient donc opposés, parce que ça ne marche pas : les salles de *shoot* ne sauvent personne ! Vous vous offrez une bonne conscience avec ces cache-misère, mais ces salles ne sauvent personne.

Vous nous accusiez tout à l'heure de dogmatisme, de ne pas voir la misère en face. Mais vous refusez, vous, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, de reconnaître que les salles de *shoot* banalisent la drogue. Vous refusez de reconnaître que les toxicomanes sont des malades qu'il est possible de guérir, c'est-à-dire de sauver, de ramener à la vie, de libérer, à une condition simple : réorienter les crédits publics non vers la seule réduction des risques, avec les salles de *shoot*, mais vers le financement de lits de désintoxication, de lits d'addictologie, pour aider les patients à sortir de leur dépendance plutôt que les accompagner dans leur dépendance et dans l'enfer de la consommation.

Vous pensez qu'en réduisant les risques, vous réglez le problème, alors que vous ne réglez rien. Le seul moyen de régler le problème, c'est de sortir les toxicomanes malades de la dépendance de leur addiction.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, suppléant le rapporteur, pour donner l'avis de la commission.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Je n'ai pas grand-chose à ajouter aux propos que j'ai tenus tout à l'heure. Monsieur Moreau, vous pensez avoir la solution pour « les patients ». Je dirais, et c'est ce qui nous différencie, pour « des patients » ! Chaque solution s'adresse à certains patients, à des toxicomanes particuliers, à des cas précis.

La salle de consommation à moindre risque, ne vous en déplaît, ne favorise pas la consommation. Les personnes concernées sont des injecteurs compulsifs, souvent dans la toxicomanie depuis des années, dans la plus grande précarité. La salle de consommation à moindre risque n'augmentera pas leur consommation, elle risque même de la diminuer, et, surtout, de les rattacher au droit commun. Supprimer cet article n'aurait donc pas de sens.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.* Le Gouvernement est défavorable à ces amendements de suppression, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Guénaël Huet.

M. Guénaël Huet. Mme la présidente de la commission est très catégorique, mais elle utilise tout de même le conditionnel pour dire que les salles de consommation pourraient réduire la consommation de drogue : elle n'en est finalement pas si sûre que ça. En fait, vous savez bien, madame la présidente de la commission des affaires sociales, qu'il n'en est rien, et vous savez bien qu'en légitimant de la manière dont vous le faites la consommation de drogues, parfois de drogues dures, vous allez nécessairement accroître, petit à petit, la consommation de drogue. C'est un mauvais message.

Et puis je voudrais vous répéter que vous avez vraiment une conception très bizarre du droit. Vous dites que, puisqu'il se passe des choses, il faut en tenir compte. Vous appelez cela le principe de réalité. Moi, j'appelle ça le principe de déni, c'est l'inverse ! Comme il se passe des choses et qu'on n'a pas la volonté politique de lutter contre, on les légalise ! Franchement, cela contrevient à toute

bonne philosophie du droit. La loi n'est pas là pour se contenter de constater les faits, pour se contenter de constater une évolution sociologique : elle est là au contraire pour faire en sorte que les comportements soient plus conformes à ce que la société attend.

(Les amendements identiques n^{os} 40, 125 et 2313 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 188 et 2316, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Philippe Goujon, pour soutenir l'amendement n^o 188.

M. Philippe Goujon. Il y a une autre façon de traiter, d'ailleurs de manière pérenne, le problème des toxicodépendances : les communautés thérapeutiques. Celles-ci favorisent le sevrage par l'abstinence sans recours à des traitements de substitution aux opiacés, qui sont toujours compliqués. Le modèle de ces communautés thérapeutiques, largement diffusé dans les pays anglo-saxons, permet à deux toxicodépendants sur trois, sur une période d'accompagnement souvent inférieure à deux ans, de retrouver une stabilité sociale et professionnelle durable.

Alors, certes, il existe plusieurs de ces communautés en France, notamment le centre EDVO depuis plus de vingt-cinq ans, mais ces communautés peinent à se développer, faute de moyens – et voici qu'ils vont être consacrés aux salles de *shoot* et non pas aux communautés thérapeutiques – mais aussi de reconnaissance des pouvoirs publics et d'aide. Pourtant, l'expérimentation menée, notamment au cours des précédents quinquennats, dans le cadre des plans gouvernementaux de lutte contre la drogue 2004-2008 et 2008-2011, a abouti à des résultats positifs. C'est ce qui ressort notamment de l'évaluation faite par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies en 2013. C'est un modèle à la française qui émerge, caractérisé par l'adaptation du modèle hiérarchique aux valeurs humanistes, et les résidents, alors qu'ils étaient eux aussi particulièrement marginalisés, recouvrent santé physique et morale, estime de soi et capacité à faire des projets grâce à un accompagnement médico-social dans la durée et à la dimension thérapeutique des activités et du groupe.

Ces structures, madame la ministre, manquent de financement aujourd'hui. Nous proposons donc ici de mieux les expérimenter. Puisque vous expérimentez les salles de *shoot*, au moins, expérimentez aussi les communautés thérapeutiques, qui visent le sevrage complet !

M. Yannick Moreau. Il a raison !

M. Philippe Goujon. Vous pouvez comparer les deux, d'ailleurs, et leurs résultats respectifs, cela complétera la politique de réduction des risques et la prise en charge des publics marginalisés auxquels vous vous adressez.

Cet amendement vise donc à permettre aux toxicodépendants de s'extraire de leur addiction, mais par le moyen des communautés thérapeutiques et non des salles de *shoot*.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n^o 2316.

M. Yannick Moreau. Il est défendu, madame la présidente.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Les communautés thérapeutiques existent déjà, et elles ne sont pas exclusives du dispositif prévu à l'article 9, de même que celui-ci n'est pas exclusif des communautés thérapeutiques. C'est juste un dispositif de plus, pourrais-je dire.

Ces communautés thérapeutiques visent des personnes qui acceptent le sevrage et dont l'accompagnement médical est réduit, je le rappelle. L'article D. 3411-6 du code de la santé publique prévoit expressément que ces établissements expérimentaux au sens du 12^o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent, c'est important, être autorisés en tant que centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA. Et il est bien précisé que, contrairement aux autres CSAPA, ces établissements ne sont pas tenus d'assurer la prescription de traitements de substitution aux opiacés.

Plutôt que d'offrir des soins à ceux qui en ont le plus besoin, vous proposez donc un dispositif de fait redondant, puisqu'il existe déjà. Je ne peux pas penser, sur un tel sujet, que ce soit une technique d'obstruction. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Philippe Goujon. C'est honteux !

M. Philippe Cochet. On s'excuse d'exister !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Cela dit, je voudrais quand même évoquer le fameux centre EDVO. Vous me l'avez signalé par courrier, monsieur Moreau, aussi me suis-je bien renseignée sur ce centre. Par qui est-il financé ? Ce n'est pas tout à fait comme ça que nous voyons, pour notre part, la prise en charge des toxicomanes, notamment les plus démunis et les plus éloignés du droit commun – je ne critique pas, mais voilà la liste des financeurs, des mécènes : U-les nouveaux commerçants, la fondation Vinci, la fondation BTP Plus et l'entreprise Bouygues Construction.

M. Philippe Goujon. C'est parce que vous ne les financez pas !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Ce n'est pas tout à fait comme ça que nous envisageons, nous, les salles de consommation, qui auront un financement public et une gestion publique. Je tenais à le préciser.

M. Philippe Goujon. Financez donc les communautés thérapeutiques !

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. C'est quand même un comble : Mme Lemorton ose s'étonner du recours à des mécènes privés pour une communauté thérapeutique qui fait sortir de l'addiction une trentaine de jeunes toxicomanes par an ! Mais ce mode de financement est bien la conséquence de l'absence d'engagement de l'État dans cette voie de guérison, par le sevrage et l'accompagnement, des jeunes dépendants de la drogue !

Nous touchons là au cœur du sujet. Vous voulez réduire les risques dans des salles de *shoot* hygiéniques où l'on peut se droguer sans attraper l'hépatite C ou le sida, mais vous refusez d'accompagner les malades pour sortir de la drogue en finançant des associations méritantes, que je vous invite à découvrir autrement que par les chiffres que vous avez cités et par les exemples que vous avez donnés.

M. Philippe Goujon. Vous en avez fait une véritable caricature !

M. Yannick Moreau. Je vous invite à leur rendre visite avec moi.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Et vous, je vous invite à visiter un *squat* !

M. Yannick Moreau. Vous nous avez fait part tout à l'heure de votre propre expérience en matière de lutte contre la toxicomanie, des toxicomanes que vous avez rencontrés. Expérience pour expérience, j'ai rencontré moi aussi un certain nombre de toxicomanes, dont certains qui s'en sont sortis. Comment sont-ils sortis de l'enfer de l'addiction ? En osant aller dans des centres de sevrage, parce qu'ils ont été guidés pour cela, ce que les salles de *shoot* ne feront pas. Avez-vous entendu parler, par exemple, du centre de Bucy-le-Long ?

Si l'État engageait pour les centres de sevrage et les communautés ne serait-ce que 30 % des fonds qu'il envisage de consacrer aux salles de *shoot*, cela réglerait une bonne partie du problème. Or, depuis le début de notre discussion, vous refusez d'envisager qu'il est possible de guérir de l'addiction, et de le faire sans produit de substitution. Il faut que vous acceptiez de financer les communautés thérapeutiques, dont EDVO, qui est une association absolument exemplaire et qui n'aurait pas besoin de recourir au mécénat si l'État la soutenait.

(Les amendements n^{os} 188 et 2316, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements, n^{os} 2314, 2317, 2318 et 2319, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Yannick Moreau, pour les soutenir.

M. Yannick Moreau. Je rappelle à nos collègues que les chiffres de la consommation de drogues dans notre pays sont mauvais, même très mauvais. Les chiffres diffusés par l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, font état d'une forte augmentation de la consommation de

cannabis et de cocaïne. Il serait intéressant de connaître les chiffres de l'enquête ESCAPAD, réalisée lors des journées défense et citoyenneté et qui vise à mesurer la consommation de drogue par les jeunes de notre pays.

En définitive, alors même que la consommation de drogue augmente dans notre pays, alors même que ce fléau s'étend sur l'ensemble du territoire national, nous adressons aux jeunes un message de banalisation de la drogue. Nous disons aux jeunes qu'il est illégal de consommer du cannabis chez eux ou dans la rue, mais que dans la salle de *shoot* au coin de la rue, on peut se droguer à l'héroïne, et que c'est même l'État qui assure le gîte et le couvert !

Mme Michèle Delaunay. Non mais on rêve !

M. Yannick Moreau. Je pense que ce message de banalisation est un message mortifère, qui trompe notre jeunesse, qui trompe notre pays et qui est dangereux pour l'avenir de notre société.

M. Philippe Cochet. Très bien !

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Défavorable, de toute façon. Je rappelle par ailleurs que la structure que vous avez évoquée n'a pas été reconnue par l'État, et ce depuis sa création. Même lorsque vous étiez au pouvoir.

M. Jean-Pierre Door. Ce n'est pas gentil, ça, madame la présidente de la commission !

(Les amendements n^{os} 2314, 2317, 2318 et 2319, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2198 rectifié de Mme la présidente de la commission est un amendement de conséquence.

(L'amendement n° 2198 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2320.

M. Yannick Moreau. Il s'agit d'un amendement d'ordre sémantique, qui vise à appeler les choses par leur nom. Vous parlez de salles de consommation à moindre risque, il s'agit tout simplement de salles de *shoot* !

On pourrait même, si on osait, les appeler « salles de la mort ». *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)* L'État encadre dans ces lieux l'injection de poison dans les veines de nos compatriotes : ces salles sont donc l'antichambre de la mort ! Tant qu'on ne décidera pas d'accompagner les toxicomanes vers le sevrage et l'abstinence, tant qu'on les encouragera à consommer, même de manière hygiénique, on cultivera la mort.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Cet amendement est polémique. Vous savez que l'expression « salle de *shoot* » vise uniquement à décrédibiliser ce système. Il s'agit de salles de consommation supervisée à moindre risque : quand on a dit cela, on a tout dit. Pour votre information, monsieur le député, le Danemark est en train d'ouvrir sa vingtième salle de ce type.

(L'amendement n° 2320, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2321.

M. Yannick Moreau. Les salles de *shoot* sont tellement formidables que dans le monde entier, à peine une dizaine de pays les autorisent.

M. Philippe Goujon. Six pays seulement !

M. Yannick Moreau. Six ou huit, selon les manières de compter, dont la moitié au moins essayent de se désengager de ce système compte tenu de l'échec retentissant de ces salles de *shoot* pour la réduction du nombre de toxicomanes, et surtout pour la limitation des overdoses. C'est tellement formidable, madame Lemorton, que la France a décidé de copier cet exemple funeste.

(L'amendement n° 2321, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2322.

M. Yannick Moreau. Cet amendement et le suivant, le n° 2323, rappellent simplement que la légitimité médicale sur laquelle vous fondez votre prétendue expérimentation, qui sera en réalité une légalisation, une généralisation des salles de *shoot* sur le territoire national, n'existe tout simplement pas puisque l'Académie de médecine comme l'Ordre national des médecins, début 2013, ont tous les deux émis des avis très défavorables. Puisque vous niez cette évidence, je tenais à vous la rappeler.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

M. Philippe Cochet. Quelle argumentation !

(Les amendements n°s 2322 et 2323, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2324.

M. Yannick Moreau. Vous allez implanter les salles de *shoot* sur l'ensemble du territoire national, dans la plupart des grandes villes de France. Il faut dire clairement que votre projet prévoit de généraliser les salles de *shoot* partout où les villes seront candidates, c'est-à-dire par exemple dans tous les chefs-lieux de département, spécialement là où il y a des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CAARUD.

Mme Catherine Coutelle. Si les villes sont candidates, c'est qu'elles en veulent bien !

M. Yannick Moreau. Je regrette que les amendements que j'avais déposés pour demander des référendums locaux ou des consultations locales aient été refusés. Ils auraient permis aux riverains et à ceux de nos concitoyens qui habitent ces grandes villes de mesurer pleinement les conséquences de vos actes, de l'ouverture de ces salles de *shoot*.

Car en réalité, il ne s'agira pas seulement de salles de *shoot* : comme vous le savez, tout autour, ce seront des quartiers de *shoot* qui apparaîtront ! Dans un périmètre de cinq cents mètres, vous laisserez des zones de non-droit s'installer, comme c'est le cas dans tous les pays qui les ont expérimentées – à Genève, à Barcelone, partout. Vous le savez, mais vous ne voulez pas le dire à nos concitoyens. Nous, nous le disons. Nous demandons des consultations ou des référendums locaux. Avouez donc à nos concitoyens que vous laisserez s'installer, partout en France, des zones de non-droit autour de ces salles de *shoot* !

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Il est difficile de vous répondre, monsieur le député. Tout cela est un tissu de mensonges. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Philippe Cochet. C'est incroyable ! Si vous ne nous supportez pas, nous pouvons vous laisser toute seule, madame la présidente de la commission !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Pour votre information, en novembre 2014, une salle de consommation a été ouverte en Grèce. Pourquoi voulez-vous repousser leur ouverture en France ? Combien d'infections à l'hépatite C voulez-vous attendre avant de prendre une décision ? Nous, nous la prenons.

Vous avez parlé du coût des salles. Je rappelle que le traitement de l'hépatite C coûte 42 000 euros par personne. Or, à l'heure actuelle, l'hépatite C décime la population toxicomane. Il est temps de prendre des mesures. Les salles de consommation sont l'une de celles que nous proposons.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

M. Philippe Cochet. Quelle argumentation...

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Les salles de *shoot* déstabiliseront des quartiers entiers et aggraveront les problèmes que nous rencontrons en matière d'aménagement urbain, et d'aménagement du territoire en général.

Vous savez que Marseille a été parmi les premières villes à expérimenter les distributeurs de seringues, avec le professeur Mattei. Jean-Claude Gaudin, en tant que maire, s'est montré très ouvert à cette pratique, pour protéger les toxicomanes. Mais aujourd'hui, force est de constater que nous avons de grosses difficultés dans les centres-villes, et dans certains endroits où se réunissent des toxicomanes. En cristallisant cette population avec des salles de *shoot*, nous allons au-devant de graves difficultés. Je pense qu'il est totalement irresponsable de procéder de cette façon.

Je joins donc ma voix à celle de mes collègues pour m'opposer fermement, farouchement même, à l'ouverture de ces salles de *shoot* qui ne sont assorties d'aucune précaution pour le voisinage ni pour l'environnement. Elles poseront des problèmes très importants aux comités d'intérêt de quartier, aux associations, aux syndicats de copropriété, et toutes ces instances s'insurgeront.

Et tout cela sans aucune prise en charge sanitaire ! Comme vous l'avez dit, il n'y aura pas de moyens de surveillance supplémentaires. Cela aboutira seulement à cristalliser, à certains endroits, la toxicomanie. C'est déjà difficile à gérer, avec cet article, cela sera encore pire.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. Au cours du précédent quinquennat, il avait été suggéré d'intervenir de façon autoritaire dans les cages d'escalier, pour virer les jeunes qui s'y droguent. Comme on le sait, cela n'a jamais été fait, car malheureusement il y a de très nombreuses cages d'escalier... Je préfère, pour ma part, que l'on regroupe dans des endroits déterminés ceux qui, en raison de leur addiction, sont malheureusement dans la nécessité de prendre de la drogue plutôt que de les laisser se droguer dans chaque cage d'escalier, ce qui empêche, par ailleurs, les habitants des quartiers de rentrer chez eux tranquillement.

M. Philippe Cochet. Et la prévention ?

M. Michel Liebgott. Ces jeunes seraient ainsi rassemblés en un seul lieu et pas disséminés dans deux ou trois cents endroits différents dans une zone urbaine sensible, empêchant tous les habitants de rentrer chez eux le soir.

M. Philippe Cochet. C'est horrible ! Quel aveu d'impuissance !

M. Michel Liebgott. De ce point de vue, chers collègues de l'opposition, vous ne vous montrez pas très pragmatiques.

(L'amendement n° 2324 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2329.

M. Yannick Moreau. Michel Liebgott estime qu'il vaut mieux regrouper les toxicomanes en un lieu bien caché...

M. Michel Liebgott et Mme Catherine Coutelle. Pas caché !

M. Yannick Moreau. ...où l'on pourrait les aider à se droguer de manière hygiénique. Mais c'est méconnaître la réalité de l'addiction. Un toxicomane ne se drogue pas à heures fixes, il ne se conformera pas aux horaires de bureau d'une salle de *shoot* ! Un toxicomane répond à un besoin, à une pulsion qu'il doit satisfaire dans l'urgence. Il ne se donnera pas la peine de parcourir cent mètres, deux cents mètres, un kilomètre, dix kilomètres pour rejoindre une salle de *shoot* et éviter de se droguer dans la rue. Votre lecture de la situation n'est pas réaliste.

Vous avez également évoqué, madame Lemorton, la question des coûts. Mme la ministre a tout à l'heure évalué le coût annuel d'une salle de *shoot* à 800 000 euros. En réalité, ce sera sans doute supérieur à un million. Et pour quel résultat ? Pour sauver de leur addiction combien de malades ? Aucun !

L'association EDVO, que vous sembliez critiquer tout à l'heure, accompagne une trentaine de drogués par an vers l'abstinence pour un coût de 350 000 euros. Il faut mettre ce chiffre en regard des millions d'euros des salles de *shoot*, qui pourtant ne sortiront personne de l'addiction. Je suis désolé, le choix est clair et net : pour chaque nouvelle salle de consommation de drogue hygiénique, vous feriez bien de financer aussi des communautés thérapeutiques et des mesures d'accompagnement au sevrage.

L'amendement n° 2329, quant à lui, vise à supprimer les immunités pénales prévues par le projet de loi, qui sont contradictoires avec notre droit pénal comme avec les traités internationaux ratifiés par le

Parlement, qui nous oblige à éviter les salles de *shoot* et à lutter contre le trafic de drogues. Ce texte nous conduirait à enfreindre le droit international et le code pénal.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Avis défavorable, ne serait-ce qu'au regard de votre perception des acteurs de la réduction des risques, qui travaillent depuis des années dans ce domaine et travailleront dans ces salles. Leur dire, à eux qui sont en train de nous regarder, qu'ils ne servent à rien et que leur travail est un échec est un manque de respect.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

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

M. Philippe Cochet. Je suis atterré, dégoûté des réponses de la rapporteure et de la ministre. Ce texte est une première étape vers la légalisation de la drogue, ni plus ni moins : face à un tel enjeu, il est normal de demander une réponse plus approfondie aux arguments que nous développons ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Il aurait fallu être présent depuis le début des débats !

M. Philippe Cochet. C'est un sujet suffisamment important pour qu'on ait un échange de fond. Assumez que ce texte soit une première étape vers la légalisation de la drogue, et permettez qu'on s'y oppose ! Il n'y a pas d'un côté les sachants et de l'autre les ignares. Nous aussi sommes confrontés à ce genre de difficultés. C'est pourquoi nous soutenons l'amendement n° 2329.

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je sais que vous avez déjà très largement débattu de ce sujet cet après-midi, mais je suis atterrée par le manque de retours d'expériences. Avec l'ouverture des salles de *shoot*, vous nous imposez – c'est le fait majoritaire, et vous refusez chacun de nos amendements – de changer nos villes et nos quartiers sans jamais nous donner des informations concrètes sur les expériences étrangères en la matière et sur la capacité des toxicomanes à sortir de l'enfer de la drogue grâce à ce dispositif. Nous savons seulement que celui-ci coûtera extrêmement cher, 1 million d'euros, et qu'il n'y aura aucun suivi. Cet argent pourrait être utilisé à sortir les toxicomanes de l'enfer de la drogue, mais vous préférez ouvrir des salles de *shoot*, dans une logique dogmatique, alors que les États qui l'ont fait en ont souffert.

Je voudrais connaître les retours d'expérience concrets de ces salles de *shoot* : combien de personnes sont sorties de la drogue ? Comment cela s'est-il passé ? Pourquoi certaines doivent-elles fermer ? Sans doute parce que non seulement elles ne correspondent pas à ce qu'il faut aux personnes droguées, mais qu'elles déstabilisent également tout un quartier. Pour l'instant, je n'ai pas entendu de réponse satisfaisante à cette question. Quand nos concitoyens verront fleurir ces salles de *shoot* au pied de leurs immeubles, dans leurs quartiers, ils seront déstabilisés et furieux de la mauvaise manière que vous leur ferez, sans considération de leur investissement pour la ville et la tranquillité publique.

Plusieurs d'entre nous sont maires : comment répondrons-nous à la détresse des personnes dont nous avons la charge dans nos villes ? Avec l'ouverture de ces salles de *shoot* sans moyens pour l'aménagement du territoire et pour les personnes toxicomanes, nous subissons une double peine, la double peine du dogmatisme.

M. Philippe Meunier. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Parler de dogmatisme ou d'idéologie est un manque de respect pour ceux – pharmaciens, médecins, travailleurs sociaux – qui ont la tâche difficile de prendre en charge la pire misère de notre société, que personne d'autre ne prend en charge. Ces professionnels nous demandent des moyens pour travailler. Ces idées ne sont nées dans l'officine du parti socialiste ou écologiste, elles viennent du terrain. Il est possible de s'y opposer, de proposer d'autres solutions, mais respectez ces gens qui sont les seuls à savoir prendre en charge cette misère.

Mme la présidente. La parole est à M. Guénhaël Huet.

M. Guénaél Huet. Je suis ravi d'entendre M. Roumegas parler de respect. Cela amènera peut-être Mme la rapporteure à modérer un peu ses propos : ce n'est pas en parlant de « tissu de mensonges » qu'on clôt un débat aussi sérieux. Vous vous fondez sur vos expériences, dont vous parlez d'ailleurs peu. Mais nous aussi, nous avons une expérience de terrain, qui ne plaide pas pour votre dispositif. M. Roumegas nous accuse de manquer de respect pour ceux qui travaillent sur le terrain, mais M. Moreau a défendu tout à l'heure plusieurs amendements visant à promouvoir le travail des structures associatives en matière de soin et de sevrage ! Vous ne voulez rien entendre. Madame la rapporteure, nous ne sommes pas dans le mensonge, mais vous, vous êtes dans l'idéologie et dans le dogmatisme.

(L'amendement n° 2329 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq, pour soutenir l'amendement n° 593.

M. Nicolas Dhuicq. L'alinéa 2, que mon amendement vise à supprimer, montre bien l'embarras du Gouvernement. Il mentionne des « substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ». Mais des substances psychoactives, nous en connaissons un grand nombre, y compris prescrites par des médecins, comme des anxiolytiques, des neuroleptiques ou encore des antidépresseurs !

On voit bien là vos difficultés. Vous êtes incapables, et pour cause, d'établir une liste définitive, car la chimie permet aux mafias du monde d'inventer quasiment tous les jours de nouveaux produits pour intoxiquer la jeunesse des pays développés. Vous ne pouvez pas non plus fixer les doses. L'alinéa 2 vise à soustraire à toute poursuite pénale les personnes détenant des produits destinés à leur propre consommation, mais comment pourrez-vous fixer chaque dose personnelle ? C'est totalement absurde ! Certaines personnes entreront dans les salles avec plus de produits que leur consommation personnelle. Ils prétendront avec un air angélique que ces produits sont pour eux seuls, pas pour les voisins. Comment allez-vous déterminer le grammage et la fréquence de sa consommation quotidienne ? C'est totalement méconnaître le mode de fonctionnement d'un toxicomane.

Le mot d'addiction renvoie à une terminologie plutôt anglo-saxonne et permet de maquiller la question de la dépendance. La notion importante d'accoutumance n'est pas évoquée. Systématiquement, vous vous refusez à entendre nos arguments car vous êtes dans une impasse, madame la ministre. Vous n'avez aucun moyen, dans ce projet de loi, de définir la dose, la fréquence de consommation et même les types de produits. Vous allez donc envoyer un message totalement transgressif aux personnes qui consomment ces produits, qui seront incités à continuer. Ce n'est pas comme cela que l'on traite des frères humains.

(L'amendement n° 593, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n° 658 rectifié.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 658 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 1014.

Mme Claude Greff. Défendu.

(L'amendement n° 1014, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2331.

M. Yannick Moreau. Je suis très étonné que la rapporteure et la ministre ne développent aucun argument en défense de cet article 9.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. J'espère qu'il plaira !

M. Yannick Moreau. Vous balayez tout d'un revers de main, en vous contentant d'un « ce n'est pas sérieux ! » Vous ne répondez à aucune de nos questions depuis maintenant trois heures et demie que nous débattons sur les articles 8 et 9. Vous n'avez pas répondu à la question de M. Aboud tout à l'heure sur la responsabilité des médecins.

M. Élie Aboud. C'est vrai !

M. Yannick Moreau. Vous n'avez pas répondu à la question sur les horaires d'ouverture des salles de *shoot*. Seront-elles ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou uniquement aux horaires de bureau, ce qui empêcherait les toxicomanes, qui se droguent à toute heure, de recourir à leurs services ? Vous n'avez pas répondu sur les chiffres de la consommation de drogues des mineurs que je vous ai demandés, madame la ministre.

Vous ne répondez pas aux questions mais cela ne m'empêchera pas de vous en poser deux ou trois supplémentaires : quelle sera l'étape d'après les salles de *shoot* ? La légalisation ?

Plusieurs députés du groupe UMP. Oui !

Mme Claude Greff. C'est déjà quasiment fait !

M. Yannick Moreau. La fourniture de la drogue par l'État, pour que tout soit plus hygiénique ? L'ouverture de bars de consommation d'alcool à moindre risque ? Et de salles de consommation de tabac ?

Mme Claude Greff. Des fumeurs !

M. Yannick Moreau. Puisque vous ne répondez pas à nos questions, on peut tout imaginer ! Répondez, madame la ministre !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales. C'est grotesque !

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. Philippe Cochet. Merci de cette argumentation !

(L'amendement n° 2331 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq, pour soutenir l'amendement n° 594.

M. Nicolas Dhuicq. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 3, qui pose la question de l'approvisionnement. Certes, vous accepterez les produits des personnes qui entreront dans l'espace réservé à la consommation, sous une supervision dont je me demande quels soignants accepteront d'y participer, mais vous ne répondez en rien à la question de leur provenance. Qui leur fournira les produits, en quelle quantité et à quel prix ? Quelle misère humaine entretiendrez-vous ? La dépendance entraînera des actes de délinquance à proximité des salles de consommation. C'est une vision profondément déprimante, qui méprise la personne humaine.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Je suppose que l'opposition ne veut pas remettre en cause les programmes de réduction des risques comme les programmes d'échange de seringues.

Plusieurs députés du groupe UMP. C'est nous qui les avons mis en place !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Je suis obligée de me répéter car certains d'entre vous n'étaient pas là dès 16 h 15 !

Dès lors qu'on accepte ces programmes, on suppose que le pharmacien ou les autres structures qui fournissent une seringue stérile savent que ce n'est pas pour y mettre du chlorure de sodium ou du lactulose. Par définition, il s'agira bien d'une substance illicite puisque l'objectif du programme est de réduire les risques.

Si je suis votre raisonnement, monsieur Dhuicq, on pourrait arrêter toutes les personnes sortant d'une pharmacie avec une seringue stérile ! Heureusement, ce n'est pas le cas. Il est évident que les protections prévues par l'alinéa 3 sont essentielles pour le bon fonctionnement du dispositif. Avis défavorable. La commission a d'ailleurs repoussé cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. J'irai même dans votre sens. Dans la vie, il ne faut jamais essayer de faire, il faut faire ou ne pas faire. Puisqu'on sait qu'il existe des produits avec des dérivés toxiques, ce n'est pas une provocation que de proposer que l'État fournisse les produits ! Certaines questions sont légitimes ! Allons jusqu'au bout de la logique pour prévenir les risques.

M. Philippe Cochet. Allez jusqu'au bout de la logique !

M. Philippe Goujon. C'est la prochaine étape !

(L'amendement n° 594 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Seybah Dagoma, pour soutenir l'amendement n° 1964.

Mme Seybah Dagoma. Cet amendement a pour objet de s'assurer que les personnes détenant des stupéfiants pour leur consommation à proximité des salles de consommation à moindre risque ne fassent pas l'objet de poursuites pénales pour détention illicite de stupéfiants. En effet, le texte proposé par le Gouvernement prévoit que les usagers ne fassent pas l'objet de telles poursuites à l'intérieur de la salle. Or, par définition, pour être dans la salle, il faut pouvoir s'y rendre. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Plusieurs députés du groupe UMP. On ne va pas accepter cela !

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Madame Dagoma, votre amendement maintient, pour la consommation des produits, l'exonération pénale à l'intérieur des salles, mais propose, pour leur détention, d'étendre l'exonération à proximité desdites salles. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Il ne paraît pas possible de fixer dans la loi un critère d'immunité pénale aussi imprécis que la « proximité », et définir un périmètre précis posera en tout état de cause la question des zones qui seront elles-mêmes situées à la limite du périmètre.

M. Yannick Moreau. C'est de la folie.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il ne convient donc pas de modifier la définition légale, car cela fragiliserait le système. Votre amendement est en réalité satisfait puisque les forces de l'ordre trouveront un *modus vivendi* et sauront éviter, comme le montrent les exemples des pays voisins, que des trafics ne s'organisent aux abords des salles.

Plusieurs députés du groupe UMP. Ah !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. D'ailleurs, des dealers ont tenté de vendre des stupéfiants autour des CAARUD et les forces de police ont réglé la question. Le préfet, garant de l'application de la loi, pourra par exemple veiller à ce que l'existence d'une salle de consommation à moindre risque soit prise en compte dans le cadre des conventions départementales d'objectifs en matière de lutte contre les stupéfiants au niveau local conclues avec le procureur de la République. Cet amendement a donc été repoussé par la commission.

Plusieurs députés du groupe UMP. Très bien.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la députée, je vous demande de retirer votre amendement. À défaut, je serai obligée d'y donner un avis défavorable. Je comprends très bien l'objectif que vous poursuivez...

M. Philippe Meunier. Nous, nous ne le comprenons pas.

Mme Marisol Touraine, ministre. ...qui est de donner sa pleine efficacité à la prise en charge des personnes qui se rendront dans ces salles. Pour cela, vous voulez faire en sorte qu'il n'y ait pas de frontière à l'entrée des salles, vis-à-vis des forces de l'ordre. Mais vous voyez bien, pour les raisons qui ont été évoquées, que la notion de proximité est floue.

Par ailleurs, je tiens à vous rassurer : l'objectif est vraiment de prendre en charge ces personnes. De la même manière que des instructions du ministère de l'intérieur et de la chancellerie permettent d'organiser et de sécuriser les abords des CAARUD, ces deux ministères donneront des instructions quant à la manière de prendre en charge les abords de ces salles. Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement.

(L'amendement n° 1964 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Chantal Guittet, pour soutenir l'amendement n° 337.

Mme Chantal Guittet. Il est défendu.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Défavorable.

Mme la présidente. Madame Guittet ?

Mme Chantal Guittet. Je le retire.

(L'amendement n° 337 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2332.

M. Yannick Moreau. Nous voilà rassurés : Mme Lemorton nous a dit que les forces de l'ordre trouveraient un *modus vivendi* aux abords des salles de *shoot*. Concrètement, la loi ignore ce qu'est un *modus videndi*. Il faut expliquer aux Français ce que ce terme recouvre : une zone de non-droit.

M. Philippe Cochet. Exactement.

M. Yannick Moreau. Il s'agit d'une zone, d'un périmètre de 500 mètres autour des salles de *shoot* dans lequel les forces de l'ordre n'interpelleront ni les dealers, ni les consommateurs, comme cela se passe partout dans le monde aux endroits où de telles salles ont ouvert leurs portes. Madame le ministre, vous ne l'avez pas dit en des termes aussi clairs, mais on a bien compris que c'était le message que vous nous adressiez ce soir.

Cet amendement pointe précisément cette incohérence entre la légalité de la consommation de drogues à l'intérieur des salles de *shoot* et son illégalité à l'extérieur. En réalité, ces salles créent *de facto* – les expériences menées partout dans le monde en attestent – des zones d'échange à l'extérieur comme à l'intérieur. Les toxicomanes que j'ai rencontrés au cours des derniers mois m'ont tous dit que les CAARUD, comme les salles de *shoot*, servaient de lieux d'échange de substances illicites. Les immunités pénales que vous prévoyez dans ce projet de loi, et qui sont contraires à notre droit pénal autant qu'aux conventions internationales, ne permettront pas d'éviter une telle situation.

Plusieurs députés du groupe UMP. Très bien.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Monsieur Moreau, il faut faire une distinction entre le dealer et le consommateur.

M. Philippe Goujon. Et le consommateur-revendeur ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Par définition, ce n'est pas la même chose.

L'alinéa 3 établit une immunité pénale strictement limitée à la détention pour le seul usage personnel et la consommation. À l'intérieur des salles, c'est bien ce dispositif qui sera supervisé par les acteurs de santé et les acteurs médico-sociaux. L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Parce que vous pensez que celui qui se présentera à l'entrée de la salle va brandir une carte de consommateur... ou de dealer ? Enfin voyons, un peu de réalisme ! Il est évident que le dealer se fera passer pour un consommateur, et que tout va s'entrechoquer. On le voit bien.

On a cité tout à l'heure l'exemple espagnol, alors regardons les publications des médecins espagnols sur cette question. Elles sont claires : ces salles attirent autant les dealers que les consommateurs.

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je suis atterrée : on est vraiment au royaume des Bisounours ! Pense-t-on qu'il sera possible de distinguer le dealer du consommateur ? Les Français qui nous regardent savent comment cela se passe. En tant qu'élus, nous avons tous été confrontés aux problèmes de la toxicomanie. Il est quand même incroyable d'entendre ce genre de propos dans l'hémicycle.

J'ai franchement l'impression que nous oublions que nous sommes en train d'écrire ce soir une loi de santé publique. Nous sommes là pour élaborer des bonnes pratiques, afin que les Français puissent être mieux soignés. Et nous sommes en train de d'avaliser le fait que, dans certaines zones, l'usage de drogues puisse être dépenalisé ! C'est d'abord l'intérieur des salles, puis leur proximité immédiate, et puis encore plus loin, parce qu'un toxicomane peut bien sûr choisir de sortir de la salle pour aller se *shooter* plus loin et qu'il n'y a pas de raison de le pénaliser...

Quel modèle proposons-nous donc ? Quel exemple donnons-nous aujourd'hui ? Certains de nos collègues veulent même étendre la notion de dépenalisation !

M. Christian Hutin. C'est leur droit.

Mme Valérie Boyer. Comment voulez-vous que notre famille politique accepte ce genre de propos ? Non seulement, depuis le début de l'examen de ce texte, vous nous proposez des dispositions incohérentes, et parfois contraires à son esprit, mais nous découvrons, ou plutôt nous nous avons la confirmation, au cours du débat, que certains de nos collègues sont favorables à la dépenalisation ! Et ils le disent au sein de l'hémicycle !

M. Philippe Cochet. C'est un faux-nez ! Qu'ils assument !

Mme Valérie Boyer. Dans ces conditions, comment avoir confiance ? Comment voter en faveur de vos propositions ? C'est vrai, c'est un faux-nez. Nous savons très bien qu'une hypocrisie totale règne sur ce sujet.

(L'amendement n° 2332 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq, pour soutenir l'amendement n° 595.

M. Nicolas Dhuicq. Madame la ministre, faisons un peu de politique-fiction. Nous sommes en août 2017, François Hollande vient d'être réélu Président de la République et de nommer Jean-Vincent Placé Premier ministre. (« Oh là ! » *sur les bancs du groupe UMP.*)

J'ai une petite entreprise assez florissante, dans le département des Yvelines par exemple. Je roule dans une grosse cylindrée allemande, de qualité, qui ne pollue pas puisqu'elle est équipée d'un filtre à particules. À mon bord ont pris place plusieurs usagers de produits toxiques, qui transportent sur eux dix comprimés d'ecstasy, trois pages du Programme commun de la gauche de 1981, car ce sont des nostalgiques, quelques feuilles de buvard et quelques substances nouvelles non encore connues à ce jour, comme la kétamine.

J'entre dans la salle de *shoot*, accompagné de mes agents qui affirment que les produits qu'ils détiennent sont destinés à leur consommation personnelle. Qui va démontrer qu'ils disent vrai, ou qu'au contraire lesdites substances sont destinées à ravitailler les clients présents, contre des espèces sonnantes et trébuchantes – ou pas ? Cela n'est pas sérieux.

Mme Valérie Boyer. Non.

M. Nicolas Dhuicq. Cela ne l'est absolument pas. Madame la ministre, quels que soient vos espoirs pour 2017 et ensuite, il n'est pas sérieux d'imaginer que vous pourrez faire le tri à l'entrée de ces salles. Vous ne pourrez même pas faire le tri entre les mineurs et les majeurs, alors que le projet de loi est censé être réservé aux majeurs. Alors comment pourrez-vous distinguer ce qui relève de la consommation personnelle et de l'altruisme commercial ?

Car c'est ce qui va se produire. Nous vivons dans l'espace Schengen ! Je vous assure que, si j'étais un Albanais du Kosovo ou un Tchétchène à l'entreprise extrêmement florissante, je vous adresserais une multitude d'agents, des « consommateurs individuels » qui inonderaient vos salles de *shoot* et qui feraient de très gros bénéfices, non imposables.

Madame la ministre, il n'est vraiment pas sérieux de défendre cet alinéa 4. Tout le II. de l'article, même, devrait être supprimé pour le bien public.

Plusieurs députés du groupe UMP. Très bien !

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Je considère que M. Dhuicq a défendu son amendement n° 595, même si les arguments qu'il a avancés n'avaient vraiment rien à voir. Cela n'est pas grave : avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Cela aurait pu être du Houellebecq, mais il manquait un petit quelque chose... (*Sourires.*) Avis défavorable.

(*L'amendement n° 595 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2346.

M. Yannick Moreau. Le système des immunités pénales que vous voulez ériger au travers de cet article est quand même extraordinaire : c'est un vrai permis de se droguer ! (« *Oh !* » *sur les bancs du groupe SRC.*) « Permis n° 009, ou permis de se droguer, avec immunité pénale ! »

Or nous ne savons toujours pas ce qu'il adviendra de la responsabilité des médecins, car vous n'avez toujours pas daigné répondre à la question de M. Aboud à ce sujet. Vous ne nous avez pas non plus dit ce qu'il se passerait le jour où un décès aurait lieu, ce qui peut survenir y compris dans des salles de *shoot*. Cela a malheureusement été le cas à Montpellier, lors d'une expérimentation qui a mal tourné. Il y a été mis fin précisément en raison du décès d'un jeune mineur. S'il vous plaît, madame le ministre, répondez à nos questions.

Plusieurs députés du groupe SRC. Madame « la » ministre !

(*L'amendement n° 2346, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2335.

M. Yannick Moreau. Il est défendu.

(*L'amendement n° 2335, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n° 1263 rectifié.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il est rédactionnel.

(*L'amendement n° 1263 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2339.

M. Yannick Moreau. Il est défendu.

(*L'amendement n° 2339, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2326.

M. Yannick Moreau. J'en reviens aux communautés thérapeutiques puisque, madame la ministre, sur ce point non plus vous ne m'avez pas répondu. Les communautés thérapeutiques, qui visent à conduire les personnes dépendantes vers un sevrage complet, coûtent en réalité beaucoup moins cher que les salles de *shoot* que vous prévoyez d'ouvrir partout sur le territoire national. Il ne serait donc pas juste de financer ces salles à hauteur d'un million d'euros par unité alors que des communautés thérapeutiques, qui libèrent des malades dépendants de la drogue de leur addiction, coûtent beaucoup moins cher. Investissez donc l'argent public que vous n'avez pas et que vous allez donc emprunter dans la prévention en faveur de notre jeunesse et dans les communautés thérapeutiques, qui, elles, soignent et libèrent les patients et les malades dépendants de la drogue de leur addiction.

Mme Valérie Boyer. Très bonne idée.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il est défavorable. Les communautés thérapeutiques coûtent moins cher parce qu'elles s'adressent à des publics beaucoup moins fragilisés que ceux que visent les salles de consommation à moindre risque.

M. Philippe Meunier. Ah bon ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Oui, bien sûr. Pour ceux qui ont suivi le débat depuis son début, à seize heures quinze, nous avons bien montré que ces salles s'adressaient à une population qui échappe aux dispositifs actuels et qui, au moins dans un premier temps, n'intégrera jamais aucune communauté thérapeutique. Cet amendement a donc été repoussé par la commission.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il est défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je souhaite intervenir car il s'agit d'un amendement important. Ces communautés thérapeutiques, madame la présidente de la commission, il faut avoir rencontré les personnes qui s'en occupent, dans la région parisienne notamment, pour constater combien de personnes toxicomanes s'en sortent grâce à elles. Elles ont effectivement un coût moins élevé. C'est pourquoi nous proposons d'aller vers le développement de ces communautés thérapeutiques plutôt que vers votre histoire de salles de *shoot* qui, on le sait, créeront malheureusement des problèmes.

Vous dites que ces communautés thérapeutiques s'adressent à des publics moins touchés par la drogue. Bien sûr ! Dès l'instant où il y a des communautés pour accueillir les toxicomanes et les aider à s'en sortir, il y a moins besoin de recourir à votre système de salles de *shoot* ! Il faut donc défendre cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je voudrais insister sur l'intérêt de cet amendement de Yannick Moreau, que nous avons été nombreux à cosigner. Effectivement, là réside toute la différence entre l'esprit qui nous anime et le vôtre. Les communautés thérapeutiques permettent vraiment à des personnes de s'en sortir et d'être récupérées, y compris dans les situations les plus dégradées. Franchement, consacrer de l'argent public à un suivi individualisé, à la prise en charge des personnes, est autrement plus enthousiasmant que d'ouvrir des salles de *shoot*, surtout à grand frais, comme vous le proposez.

Je vous invite donc à faire preuve de raison et de solidarité en votant notre amendement, beaucoup plus soucieux des deniers publics et qui permet aux personnes les plus démunies, tombées dans l'enfer de la drogue, de bénéficier d'un suivi.

Cet amendement mérite votre attention et je vous invite à le voter. Franchement, nous nous grandirions et nous ferions vraiment œuvre de santé publique, ce qui n'est pas le cas jusqu'à présent avec les articles 8 et 9.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Vous parlez de coût économique.

Mme Valérie Boyer. Et humain !

M. Gérard Sebaoun. Je vous renvoie donc aux quelques lignes du rapport de l'INSERM à ce sujet : à Vancouver et à Sydney, qui sont les deux seuls exemples donnés dans ce rapport important, le coût des salles rapporté aux coûts induits de la toxicomanie semblerait montrer une baisse de la charge financière.

Quand on parle d'argent, il faut parler sérieusement. Allez voir le rapport de l'INSERM.

(L'amendement n° 2326 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 1966.

M. Yannick Moreau. Il est défendu.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable également. J'en profite pour dire un mot sur les appartements ou les communautés thérapeutiques et rassurer, si c'est possible, les parlementaires de l'opposition.

En 2014, nous avons financé 2 100 places en appartement thérapeutique, au total, et augmenté de 200 places le nombre des prises en charge en communauté ou appartement thérapeutique, dont vingt qui s'adressent plus spécifiquement à d'anciens détenus. Il n'y a en effet aucun doute sur la qualité de ces approches et de ces solutions : simplement, elles ne répondent pas aux besoins de l'ensemble de la population que nous cherchons à accompagner.

J'entends votre engagement en faveur de cette démarche, qui est fortement soutenue par le Gouvernement, lequel ne cesse d'augmenter le nombre de places concernées, mais elle ne répond pas à l'ensemble des situations.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Madame la ministre, l'appartement thérapeutique assure aussi d'autres prises en charge. Confirmez-vous que le nombre d'appartements thérapeutiques que vous avez cité ne concerne pas les patients schizophrènes par exemple, mais bien uniquement les toxicomanes ?

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Cela ne concerne que les toxicomanes.

(L'amendement n° 1966 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2340.

M. Yannick Moreau. Nous avons eu un débat tout à l'heure sur le fait de savoir si les salles de *shoot* étaient une réponse adaptée aux personnes tellement désocialisées qu'elles ne peuvent accéder à aucun service de soins et d'accompagnement.

Plutôt que d'investir dans des salles de *shoot* qui coûteront des millions sur la période d'expérimentation, avant la légalisation, pourquoi ne pas créer des unités mobiles dirigeant les toxicomanes, malades dépendant de la drogue, vers des unités de soins thérapeutiques ? Vous réduirez alors les risques, ce qui est votre but, tout en allant au-devant des personnes dépendantes malades de la drogue et en les orientant vers le seul moyen de les sortir de l'enfer de la consommation et de l'addiction, c'est-à-dire le sevrage et l'abstinence.

(L'amendement n° 2340, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2341.

M. Yannick Moreau. Cet amendement fait référence à un échange que nous avons eu lors d'une séance de questions au Gouvernement, madame la ministre, au sujet des bacs à sable.

Le principal argument que vous aviez développé en janvier dernier, non sans démagogie d'ailleurs, face à mon opposition aux salles de *shoot* était le risque de contamination de nos enfants au contact de seringues infectées dans les bacs à sable. Vous ne voulez tout de même pas que nos enfants soient contaminées dans les bacs à sable ! m'aviez-vous répondu à l'époque.

C'est donc que les bacs à sable sont dangereux pour les enfants. Protégeons-les alors en disposant des conteneurs spéciaux ! C'est l'objet de cet amendement. Ou alors, madame le ministre, donnez-nous les chiffres de contamination des enfants par des seringues infectées dans les bacs à sable en 2014, cela nous intéresserait.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Plusieurs députés du groupe UMP. Pas d'explications ?

(L'amendement n° 2341 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2342.

M. Yannick Moreau. Je suis de bonne composition mais vous reconnaîtrez avec moi, mes chers collègues, que, depuis bientôt quatre heures, nous n'avons obtenu aucune réponse à nos questions. Jamais un argument tangible, jamais un argument médical, jamais un argument juridique : les propositions de l'opposition sont simplement balayées d'un revers de main. Si c'est votre conception du débat parlementaire, je ne sais même pas pourquoi nous débattons ce soir. Vous n'avez pas répondu à la question de M. Aboud sur la responsabilité des médecins, ni à aucune de nos questions. Est-ce bien nécessaire de continuer à débattre ?

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je vais faire une réponse globale.

À partir du moment où vous considérez que les communautés thérapeutiques répondent à toutes les demandes de tous les toxicomanes, quelle que soit leur situation,...

M. Yannick Moreau. Pas du tout ! Je n'ai jamais dit ça !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. ...et que la majorité estime, pour sa part, qu'il y a une petite partie de la population toxicomane qui ne peut bénéficier d'aucun des dispositifs existants, que voulez-vous que nous disions ? Vous êtes contre les salles de consommation. Nous pensons qu'elles répondent à une certaine demande. Effectivement, il y a une impasse, nous ne nous comprenons pas.

La commission est défavorable à tous les amendements concernant les containers.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Nous parlons de santé publique et de prévention. Depuis trois heures, nous essayons de faire baisser les facteurs de risque, et de diminuer les risques chez les toxicomanes. Quand des amendements se préoccupent des sujets sains, que l'on parle des pharmaciens, et je sais que vous y êtes très sensible, des aires de jeux ou des bacs à sable, je ne comprends pas qu'ils soient rejetés d'un revers de main, sans aucun argument. Ces deux amendements concernent juste la prévention des risques.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Dhuicq.

M. Nicolas Dhuicq. Voilà une faille supplémentaire de cet article de la loi, madame la ministre. Vous voulez légiférer pour une micropopulation, une population heureusement minoritaire dans le pays. Mais comment allez-vous filtrer à l'entrée de vos salles de *shoot* ceux qui seront en situation irrégulière sur le territoire national, ou ceux qui, extrêmement paupérisés et sortis de tout système, par essence même refusent librement d'adhérer à toute inscription à quelque système organisationnel que ce soit ?

C'est un système totalement fou. Vous ouvrez une boîte de Pandore. Vous allez recevoir dealers et consommateurs, alors que vous prétendez devant nous que vous allez limiter l'accès des salles à une micropopulation, ce que vient d'expliquer l'excellente présidente de la commission. C'est totalement délirant, vous expliquez aux Français, devant la représentation nationale, que vous érigez une politique d'un million d'euros par an pour une ultraminorité. Il y a tout de même quelque chose qui dysfonctionne dans votre gouvernement.

Mme Claude Greff. C'est très sectaire comme principe !

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

M. Philippe Cochet. Je suis tout de même étonné. Il y a ici un certain nombre d'élus de proximité qui savent, eux, que tous les matins, lorsque les services techniques passent dans certains secteurs, en particulier dans les bacs à sable des enfants, ils ramassent des seringues.

C'est un amendement constructif que nous vous proposons et nous sommes abasourdis qu'il n'y ait aucune écoute. Aujourd'hui, votre volonté est de légaliser la drogue. Nous en prenons acte (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe SRC*), c'est la première marche. Mais, au-delà, il faut tout de même protéger le public, en particulier les plus jeunes ! Tous ceux qui sont en charge d'une collectivité savent que, tous les jours, il se ramasse des milliers et des milliers de seringues, en particulier dans les bacs d'enfants. Je ne comprends donc pas pourquoi vous ne prenez pas en compte cet amendement.

(*L'amendement n° 2342 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 2343 est-il défendu, monsieur Moreau ?

M. Yannick Moreau. Oui.

(*L'amendement n° 2343, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 2344, monsieur Moreau ?

M. Yannick Moreau. Défendu.

(L'amendement n° 2344, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2345 ?

M. Yannick Moreau. Défendu.

(L'amendement n° 2345, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2336 ?

M. Yannick Moreau. Défendu.

(L'amendement n° 2336, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 1916.

Mme Claude Greff. Il est défendu.

(L'amendement n° 1916, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 1920.

Mme Claude Greff. Il est défendu.

(L'amendement n° 1920, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Kheira Bouziane-Laroussi, pour soutenir l'amendement n° 1479.

Mme Kheira Bouziane-Laroussi. Il est défendu.

(L'amendement n° 1479, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2337.

M. Yannick Moreau. Il est défendu.

(L'amendement n° 2337, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2351.

M. Yannick Moreau. Il est retiré.

(L'amendement n° 2351 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2349.

M. Yannick Moreau. Cet amendement cherche à renforcer une mission que les pouvoirs publics n'évoquent dans ce projet de loi, la prévention, en profitant non plus du service national, qui a disparu – qui réapparaîtra peut-être – mais de la journée défense et citoyenneté.

Même si vous ne voulez pas nous donner les chiffres de la consommation de drogue des mineurs de 17 ans obtenus lors de la journée citoyenne, nous avons avec cette journée l'occasion de diffuser un message efficace de prévention. Je propose par cet amendement que ce message soit dispensé par les personnes les plus concernées par le sujet, les plus expérimentées, c'est-à-dire celles qui ont été malades dépendantes de la drogue et qui en sont sorties par le sevrage et l'abstinence.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

De nombreux députés du groupe UMP. Pourquoi ?

(L'amendement n° 2349 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2348.

M. Yannick Moreau. Est-ce le sujet même de la prévention qui vous indispose, madame la ministre ? *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)* Je fais une proposition sur laquelle nous pourrions tous nous retrouver : profiter de la journée de défense pour sensibiliser nos jeunes aux dangers de la drogue, et vous rejetez la proposition sans aucune explication ni argumentation. Est-ce la prévention qui vous pose problème ?

Une vraie politique de santé publique pour lutter contre le fléau de la drogue repose sur trois piliers. Le premier est la répression contre les trafiquants. Il faut en parler, on n'en parle pas. Le deuxième est la prévention auprès de notre jeunesse. Ce projet de loi n'en parle pas. Je propose par cet amendement de renforcer la prévention dans le milieu scolaire. J'imagine que vous allez repousser cette idée, comme celle d'assurer la prévention à l'occasion de la journée citoyenne.

Si vous n'accompagnez pas davantage les personnes dépendantes de la drogue vers la guérison, si vous n'accompagnez pas davantage la jeunesse de notre pays avec de la prévention, que faites-vous alors ?

M. Bernard Accoyer. Le tiers-payant !

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Votre amendement est déjà satisfait,...

M. Yannick Moreau. Alors votez-le !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* ...puisque l'article L. 312-18 du code de l'éducation prévoit qu' « une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment » – notamment ! – « concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs. »

Les intervenants sont généralement des policiers ou des gendarmes, et je pense que l'on peut s'arrêter à cela : il est difficile de demander à un ancien toxicomane de venir expliquer à des jeunes comment il est entré dans la drogue et comment il en est sorti. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Claude Greff. C'est pourtant le meilleur exemple !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* C'est là où les limites de votre connaissance du sujet apparaissent, monsieur Moreau. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Plusieurs députés du groupe UMP. Scandaleux !

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Il existe, dans notre pays, une politique de prévention et de lutte contre les toxicomanies. Elle ne date pas d'il y a trois ans ! Elle fait l'objet de plans réguliers, dont le dernier, élaboré en 2013, couvre la période 2014-2017. Certaines de vos interpellations, monsieur le député, renvoient très directement aux orientations contenues dans ce plan, notamment à trois des piliers de la lutte contre les toxicomanies.

Le premier est de faciliter la diffusion des messages à l'attention des jeunes, et de mieux les informer des endroits où ils peuvent trouver de l'aide. C'est ainsi qu'une campagne de communication a été lancée au mois de janvier, différente des précédentes, plus à même de toucher les publics les plus jeunes, et qui vise à les informer sur les lieux où ils peuvent se rendre pour débattre, avec des professionnels, de leurs addictions éventuelles. D'autres mesures sont prises, comme le parcours éducatif en santé, que nous avons évoqué ici même la semaine dernière, qui renvoie aussi à des enjeux liés à la toxicomanie.

La sécurité routière est le deuxième pilier de ce plan. Il s'agit de mener des actions en direction des conducteurs, des jeunes en particulier, pour les alerter sur les risques de la conduite sous l'emprise de la drogue. Des actions et des contrôles spécifiques sont menés par la gendarmerie.

Le troisième pilier du plan est la lutte contre les trafics, notamment contre l'approvisionnement sur internet.

Vous le voyez, monsieur le député, le Gouvernement est pleinement engagé, il prend des mesures. Encore une fois, cela n'a strictement rien à voir avec les salles de consommation à moindre risque, qui ne s'adressent pas du tout au même public. Avis défavorable.

Mme la présidente. Mes chers collègues, le débat gagne toujours en qualité lorsque nous en restons à des arguments de fond.

(L'amendement n° 2348 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur l'article 9, je suis saisie par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Yannick Moreau, pour soutenir l'amendement n° 2350.

M. Yannick Moreau. Madame la ministre, nous parvenons au terme de cette série d'amendements et je cesserai bientôt de vous harceler de questions, questions auxquelles vous avez décidé, de toute façon, de ne pas répondre.

C'est dommage, car nous aurions aimé obtenir quelques réponses sur les chiffres issus de la journée citoyenne concernant la consommation de drogues chez les mineurs de 17 ans. Nous voulions également des éléments de réponse sur la responsabilité pénale des médecins, notamment en cas d'overdose dans les salles de *shoot*. Nous souhaitions que vous nous apportiez des précisions sur l'étape d'après – la légalisation et la généralisation des salles de *shoot* : est-ce l'État qui, pour des raisons hygiéniques, fournira la drogue ? Vous avez balayé d'un revers de main cette question, qui pourtant se pose. Enfin, nous aurions aimé savoir si, pour sortir de l'addiction au tabac et à l'alcool, des salles de consommation à moindre risque seront ouvertes. Mais ce sont des sujets qui ne vous intéressaient pas ce soir. Je le regrette.

Je regrette aussi qu'à côté de votre mission, noble s'il en est, de réduction des risques, vous n'ayez pas saisi l'occasion de ce projet de loi pour enclencher un grand plan de soutien aux communautés thérapeutiques, afin d'aider les malades dépendant de la drogue à sortir de leur addiction et à retrouver la liberté et la dignité. La réduction des risques et les salles de *shoot*, qui visent à accompagner les consommateurs dans l'enfer de leur addiction, n'offrent ni liberté, ni dignité.

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylviane Bulteau.

Mme Sylviane Bulteau. Je voudrais, sans en rajouter, abonder dans le sens de Mme la ministre et expliquer à M. Moreau que la prévention, ce n'est pas forcément de la répression. On peut travailler sur les deux volets. Ce n'est pas en plaquant sur la journée citoyenne et dans les établissements scolaires des formations de prévention que l'on parviendra à sensibiliser les jeunes.

M. Philippe Cochet. C'est fou d'entendre cela !

Mme Sylviane Bulteau. Il existe partout des initiatives formidables. Dans les établissements scolaires publics – mais peut-être M. Moreau ne connaît-il pas bien le service public de l'éducation nationale et ce qui s'y passe ? – la communauté éducative et la communauté soignante, notamment les infirmières scolaires, travaillent avec les jeunes sur des sujets qu'ils souhaitent aborder.

Nous croyons que c'est en étant acteurs, en réalisant des exposés, en participant aux actions de prévention menées par des professionnels de santé, de justice, par la police ou par les associations, que les jeunes pourront être sensibilisés aux risques de l'alcool, du tabac ou de la drogue.

Nous n'avons pas du tout la même notion de la prévention, la même philosophie.

Plusieurs députés du groupe UMP. C'est vrai !

Mme Sylviane Bulteau. Le débat que nous venons d'avoir le prouve encore une fois. Avec ce projet de loi, on peut dire que la droite et la gauche, ça n'est vraiment pas la même chose !
(Applaudissements sur quelques bancs du groupe SRC.)

M. Guénaël Huet. Heureusement !

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

M. Philippe Cochet. Il y a vraiment de quoi tomber de l'arbre ! L'intérêt des amendements défendus par M. Moreau et le groupe UMP était justement de mettre en avant la prévention, surtout sachant que vous voulez à terme légaliser la drogue ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Sylviane Bulteau. Mensonge !

M. Philippe Cochet. Madame Lemorton, vous affirmez que le témoignage d'anciens drogués ne sert à rien... Mais vous vivez où ? Avez-vous conscience de ce que vous dites ?

Le grand effort de terminologie que vous faites en appelant les salles de *shoot* des « salles de consommation à moindre risque » est un aveu : il s'agit d'assumer aujourd'hui un échec global. Je suis fier d'appartenir au groupe UMP et d'avoir voté en faveur des amendements de M. Moreau, qui nous permettent de défendre une autre conception de la société.

(*L'amendement n° 2350 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 9.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------|----|
| Nombre de votants | 74 |
| Nombre de suffrages exprimés | 74 |
| Majorité absolue | 38 |
| Pour l'adoption | 50 |
| contre | 24 |

(*L'article 9, amendé, est adopté.*)

h. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 9

I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des majeurs usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-7 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au

directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle ils sont implantés, au maire de la commune et au ministre chargé de la santé.

IV. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

V. – Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque mentionnée au I.

2. Sénat

a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015

Article 9

I. - À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. - Ces espaces sont destinés à accueillir des majeurs usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-7 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III. - Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle ils sont implantés, au maire de la commune et au ministre chargé de la santé.

IV. - Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

V. - Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque mentionnée au I.

b. Amendement adopté en commission

RAS

c. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015

Article

9

Expérimentation de salles de consommation à moindre risque

Objet : Cet article définit les conditions dans lesquelles des salles de consommation à moindre risque pour les usagers de drogues peuvent être expérimentées et précise les règles d'évaluation de cette expérimentation.

I - Le dispositif proposé

Le présent article autorise l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque, c'est-à-dire d'espaces gérés par les personnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (Caarud) et dans lesquels la consommation de substances, dont l'usage est en principe interdit, est autorisé sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire.

Il comporte cinq paragraphes.

Le paragraphe I prévoit que des Caarud, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de la santé (ARS) concernée, sont autorisés à ouvrir à titre expérimental une salle de consommation à moindre risque dans des espaces distincts des locaux habituels d'intervention des professionnels et d'accueil des usagers de drogues. Les centres seront soumis à un cahier des charges national arrêté par le même ministre.

L'expérimentation est d'une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture de la première salle.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, celui-ci envisage l'ouverture de trois salles au total.

Le paragraphe II en réserve la fréquentation aux personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants « *qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés* ». Les produits consommés doivent être apportés par l'utilisateur lui-même et être destinés à sa consommation personnelle. La consommation a lieu sur place dans les conditions définies par le cahier des charges national précité et « *sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.* »

Il est précisé que les infractions pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants ne seront pas applicables à la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur de ces salles. De même, les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire ne peuvent être poursuivis pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

Le paragraphe III assigne aux Caarud la mission d'adresser chaque année au directeur général de l'ARS concernée, au maire de leur commune d'implantation et au ministre chargé de la santé, un rapport sur le déroulement de l'expérimentation.

Le paragraphe IV prévoit que, dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, « *portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public* ».

Le paragraphe V dispose enfin que les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'autorisation, par le département, des établissements sociaux et médico-sociaux, ne sont pas applicables aux projets de mise en place des salles de consommation à moindre risque.

II - La position de la commission

A l'occasion des auditions qu'ils ont menées et de leurs échanges avec les professionnels d'addictologie, vos rapporteurs ont pu mesurer l'intérêt qui s'attache à l'expérimentation de ce

dispositif. Celui-ci est en effet de nature à permettre l'entrée des usagers de drogue dans une démarche non seulement de réduction des risques et des dommages mais également thérapeutique.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

d. Amendements présentés en séance publique

- Amendement n° 34 rect. bis. Présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. Béchu, Cambon et a.

Article 9

Alinéa 1

Après les mots :

directeur général de l'agence régionale de santé

insérer les mots :

et en concertation avec le maire de la commune concernée

Objet

Les collectivités locales et leurs élus sont incontestablement de plus en plus souvent impliqués dans les questions de santé. C'est pourquoi, la décision et les conditions d'installation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) doivent faire l'objet d'une concertation, en amont, entre l'ARS, la structure porteuse et le maire de la commune concernée.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- Amendement n° 1207 présenté par M. Lemoyne

Article 9

Amendement n° 34 rectifié bis, alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

, et à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné,

Objet

Cet amendement se justifie par son texte même.

- Amendement n° 291 rect. présenté par Mme Imbert, MM. D. Laurent, Longuet, Laufoaulu et a.

Article 9

Alinéa 1

Après les mots :

agence régionale de santé

insérer les mots :

et en concertation avec le maire de la commune concernée

Objet

Il semble primordial que le Maire de la commune concernée soit associé à la réflexion et à la décision d'ouverture d'un tel espace en tant que premier magistrat.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- Amendement n° 882 rect. présenté par MM. Amiel et Guérini

Article 9

Alinéa 1

Après les mots :

agence régional de santé

insérer les mots :

et en concertation avec le maire de la commune concernée

Objet

L'expérimentation de salles de consommation à moindre risques (SCMR) ne saurait se faire sans une concertation avec le maire concerné.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- Amendement n° 409 rect. sexies présenté par MM. Mouiller, Retailleau, de Legge et a.

Article 9

I. – Alinéa 1

Remplacer les mots :

distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions

par les mots :

intégrés à un établissement de santé

II. – Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer le mot :

supervision

par le mot :

responsabilité

Objet

Les auteurs de cet amendement considèrent qu'il est indispensable que, dans le cadre de cette expérimentation, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue soient intégrés à un établissement de santé sur l'ensemble du territoire français, comme la Ville de Paris l'a proposé.

Par cohérence, cette expérimentation doit se faire sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social.

e. Séance publique du 17 septembre 2015

Article 9

(Non modifié)

I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des majeurs usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-7 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle ils sont implantés, au maire de la commune et au ministre chargé de la santé.

IV. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

V. – Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque mentionnée au I.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Grand, sur l'article.

M. Jean-Pierre Grand. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, cet article crée et définit le mode de fonctionnement de salles de *shoot*, appelées pudiquement « salles de consommation à moindre risque ».

Je tiens à rappeler que ces salles seront créées dans des locaux distincts des centres d'accueil et d'accompagnement. Déjà, il existe une véritable imprécision autour du lieu d'implantation de ces locaux et de leur financement, à un moment où les établissements de santé publics manquent cruellement de moyens, en particulier humains.

Le texte prévoit que ces salles accueilleront uniquement des usagers de stupéfiants majeurs. Dès lors, on peut s'interroger sur le sort réservé aux mineurs. J'aurais préféré la mise en œuvre de mesures novatrices pour lutter contre la drogue dans les établissements scolaires, la création de dispositifs imaginatifs d'information et de prévention !

Dans ces salles, les toxicomanes apporteront leur drogue et la consommeront sur place, tout cela sous la supervision, donc sous la responsabilité, d'une équipe pluridisciplinaire.

On crée là une zone d'immunité qui s'étendra mécaniquement au trajet nécessaire à la personne pour se rendre dans cette salle. Mes chers collègues, j'appelle votre attention sur le fait que ces gens auront dans leur poche de la drogue, la transporteront, par exemple, dans le tramway. Interpellés par la police, ils pourront invoquer leur immunité en expliquant qu'ils se rendent à la salle de *shoot*. Je vous laisse imaginer la situation... C'est insupportable !

Cela pose de multiples problèmes juridiques, liés notamment au transport de la drogue. Dans ma commune, des contrôles sont régulièrement effectués dans les tramways. Dans une situation similaire, nous-mêmes, parlementaires, ne serions pas protégés par notre immunité, s'agissant d'un flagrant délit !

Ce serait faire preuve d'angélisme que de ne pas imaginer que le périmètre de la salle de *shoot*, où la police n'interviendra pas, servira aux toxicomanes et aux dealers de lieu de contact.

Étendue aux professionnels travaillant au sein de la salle et facilitant ainsi l'usage illicite de stupéfiants – la loi de 1970 n'est pas abrogée –, l'immunité prévue dans le texte sera-t-elle toujours opposable en cas d'incidents graves pouvant conduire à la mort ? Je ne le pense pas, au contraire.

Si vous pensez que les familles ne porteront pas plainte contre le personnel d'encadrement, c'est que vraiment vous ne percevez pas l'évolution de la société ! Aucun membre du corps médical, lors des opérations les plus périlleuses, ne bénéficie d'une telle protection.

Vous comprendrez, mes chers collègues, que je suis tout à fait opposé à cet article. J'y reviendrai lors de l'examen de mon amendement de suppression de l'article. Il ne s'agit pas d'agiter les peurs face à un véritable problème de santé publique, mais de débattre, en conscience, sur les conséquences de notre vote d'aujourd'hui.

Mme la présidente. La parole est à M. Roger Karoutchi, sur l'article.

M. Roger Karoutchi. Je comprends les préoccupations de la commission et les difficultés que soulève cette question. Certes, il est proposé d'adosser ces centres à une structure hospitalière, solution toujours préférable aux salles de *shoot* dont on nous avait annoncé la création plus ou moins *ex nihilo* dans les rues de Paris ou ailleurs.

Je veux dire au président Milon, avec toute l'estime que je lui porte, que je suis très gêné. Bien sûr, comme je viens de le rappeler, ces centres seraient adossés à une structure hospitalière. Toutefois, comme vient de le dire Jean-Pierre Grand, autoriser à transporter les produits en question, sincèrement, je trouve cela pour le moins compliqué à gérer et extrêmement embarrassant.

Pardonnez-moi de prendre le cas de l'Île-de-France : on sait bien ce qu'est la situation dans notre région, on sait bien ce qu'est la situation à Paris, on sait bien ce qu'a été l'opposition des élus de Paris et de l'Île-de-France, et pas seulement ceux de droite, à la création d'une salle de *shoot*.

L'intégration de cette salle à une structure hospitalière, c'est une chose, mais, comme l'a dit Jean-Pierre Grand, que certains puissent se promener dans le métro, dans le RER ou ailleurs avec de la drogue sur eux, sincèrement, ce n'est pas fait pour rassurer le citoyen lambda.

Je comprends très bien que l'on ne peut pas non plus ne rien faire, ne rien tenter, et je mesure, encore une fois, toute la difficulté de cette question. Je ne suis pas médecin, je ne suis pas directeur d'hôpital ; néanmoins, j'aurais préféré que l'on trouvât une méthode permettant de traiter ces cas au sein des hôpitaux, en évitant que les usagers de ces centres n'y viennent et n'en repartent avec leurs produits sur eux, car j'y suis très réticent.

C'est avec beaucoup d'humilité que je dis au président Milon que je voterai les amendements de suppression de cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Avec l'article 9, nous sommes dans la continuité d'une action menée par le Gouvernement avec courage, qui tend à accompagner la réduction des risques chez les usagers de drogues.

Rappelons-le, la politique de réduction des risques est l'un des succès les plus marquants pour la santé publique dans notre pays. C'est grâce à elle, notamment, que la proportion d'usagers de drogues contaminées par le VIH est passée de 30 % dans les années quatre-vingt-dix à 10 % en 2011, lesquels ne représentent plus que 1 % des diagnostics de séropositivité. (*M. Roger Karoutchi s'exclame.*)

Une politique, donc, qui se place du côté de la santé, de la thérapeutique plutôt que du répressif, qui laisse les personnes livrées à elle-même et qui n'apporte, toutes les expériences l'indiquent, aucune solution concrète et durable, ni du point de vue de la santé ni du point de vue de la préservation de l'ordre et de la salubrité publics.

Cette approche propose de vivre avec les drogues tout en réduisant les risques sanitaires qui leur sont associés. Les salles de consommation à moindre risque dont il est question avec cet article sont des lieux qui sont établis afin d'améliorer la santé des usagers de drogues et de mettre fin aux « scènes ouvertes », ces pratiques d'injection visibles dans l'espace public.

L'expérience d'autres pays montre largement le bien-fondé de ces lieux, tout comme l'acceptation avec le temps des riverains et des forces de l'ordre, lorsqu'ils sont associés au processus de concertation locale, notamment.

Les usagers de ces lieux, de par l'accompagnement qui est organisé d'un point de vue tant social que sanitaire, peuvent, outre y apprendre les bons réflexes de prévention en santé, être soutenus dans leur démarche de sortie du fléau de l'addiction.

C'est pour toutes ces raisons que le groupe socialiste soutient fermement cette mesure et ne votera pas les amendements tendant à la supprimer ou à en réduire la portée.

Nous remercions les rapporteurs du soutien qu'ils apportent au dispositif en reconnaissant sa nécessité et son efficacité.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 153 rectifié est présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

L'amendement n° 296 est présenté par M. Grand.

L'amendement n° 502 est présenté par M. Lemoine.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 153 rectifié.

M. Gilbert Barbier. Il est des situations où la perception des choses varie en fonction des convictions personnelles.

Dans les débats précédents, madame la ministre, à l'occasion de l'examen de deux amendements, vous avez voulu culpabiliser une majorité de sénateurs qui ne partageaient pas vos vues en matière de lutte contre l'alcoolisme ou le tabagisme.

En revanche, aujourd'hui, vous entendez nous convaincre des bienfaits pour la santé publique de l'ouverture de salles d'injection supervisée.

Avec Serge Blisko, François Pillet et Françoise Branget, nous avons rendu voilà quatre ans un rapport sur la toxicomanie rédigé à la demande de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, l'OPECST. Je m'inspire de ses conclusions pour tenter de convaincre notre assemblée de la nocivité de cette décision pour la santé publique.

Compte tenu du temps qui m'est imparti, je m'en tiendrai au volet sanitaire pour répondre aux arguments avancés par les défenseurs de cette proposition

La réduction des risques ? Certes, cela peut éventuellement limiter les risques de surdosages ou d'autres urgences.

Concernant la contamination, il est avéré que les utilisateurs de ces centres à l'étranger – pour rédiger ce rapport, nous avons observé ce qui se passait hors de nos frontières – sont non pas des primoconsommateurs, mais malheureusement des personnes multirécidivistes et déjà porteuses de différentes affections transmissibles.

L'expertise collective menée en juillet 2010 par l'INSERM, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, conclut qu'il est difficile de quantifier de manière fiable les résultats de ces centres en matière de réduction des risques, les usagers ayant recours aux autres dispositifs de réduction qui concernent cette population. L'expertise conclut qu'il est tout à fait malaisé d'isoler l'impact de ces centres.

Autre argument : les centres conduiraient à une amélioration de l'accès aux soins. Là encore, l'étude menée tant à Vancouver qu'à Genève avance que seulement 0,4 % des visites conduisent à un accès effectif aux soins.

Je rappelle l'affirmation de Xavier Emmanuelli, président fondateur du SAMU social : « Je précise que les salles d'injection constituent une perversité. »

Je rappelle les conclusions de l'Académie de médecine, qui affirme qu'une démarche médicale ne peut consister à favoriser l'administration de la drogue qui suscite une addiction.

Je rappelle également que cette proposition a fait l'objet d'une condamnation sévère de l'Organe international de contrôle de stupéfiants, chargé de surveiller l'application des traités internationaux relatifs aux contrôles des drogués.

Je ne m'attarderai pas sur l'acceptation plus qu'incertaine de ces centres par la population – c'est un autre problème –, du message ambigu délivré vis-à-vis des non-consommateurs, mais aussi de toutes ces personnes dépendantes qui envisagent de rompre avec leur addiction.

Mme la présidente. Mon cher collègue, je me vois obligée de vous interrompre, car vous avez épuisé votre temps de parole ; j'en suis désolée.

Je rappelle à chacun que le temps de présentation d'un amendement est désormais de deux minutes et trente secondes.

La parole est à M. Jean-Pierre Grand, pour présenter l'amendement n° 296.

M. Jean-Pierre Grand. Par cet article, le Gouvernement souhaite passer outre la décision du Conseil d'État d'octobre 2013 qui a considéré que l'ouverture d'une salle de *shoot*, telle qu'elle est prévue à Paris, n'était pas conforme à la loi de 1970 sur les stupéfiants. Il vient donc modifier la loi pour permettre l'expérimentation de ces salles, qualifiées pudiquement de « salles de consommation à moindre risque ».

Or les consommateurs réguliers de drogue dure sont des êtres humains gravement malades, que l'on doit avant tout soigner et sevrer. L'État n'a pas pour mission d'entretenir et de financer cette addiction mortelle.

Les salles de *shoot* ne soignent pas et ne sèvrant pas. Elles banalisent, facilitent l'usage des drogues dures. Elles rassurent artificiellement le toxicomane, ce qui fait dire à l'association *Drug Free Australia* que le risque est trente-six fois plus important d'avoir une overdose dans une salle de *shoot* que dans « la rue » (*Mme la ministre le conteste.*), même si ce point reste à démontrer.

On peut aussi observer que les salles de *shoot*, en sécurisant la personne, peuvent inciter à plus de prises régulières et parfois même à franchir la porte pour la première injection.

En Australie, comme en Amérique du Nord, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse, en Espagne et en Norvège, ces expériences font dire à un journaliste, dans son enquête, que le bilan mondial est plutôt négatif ; en tout cas, il n'est pas positif. Au reste, si ces expériences étaient aussi probantes que certains le laissent croire, l'Allemagne, depuis près de vingt ans qu'elle a mis en œuvre ce dispositif, aurait multiplié les salles de *shoot*. Or elle ne le fait pas.

Enfin, en France, les lois de la République précisent que la vente, la détention et l'usage de la drogue sont interdits. Qui peut trouver normal que l'on s'en affranchisse dans un « périmètre sacré » pour les toxicomanes et mécaniquement pour les dealers ? Dans ce périmètre aux abords des salles de *shoot*, la police ne pourra remplir sa mission, qui est de faire fuir les toxicomanes, de les arrêter et de les punir.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour présenter l'amendement n° 502.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Nous nous attaquons à un sujet important, et j'avoue qu'il est très difficile de prendre la parole après les explications de Gilbert Barbier, tant son expérience, le rapport qu'il a produit et la synthèse qu'il en a tirée sont éclairants et ô combien intéressants.

Hier, Mme la secrétaire d'État Ségolène Neuville déclarait, un peu maladroitement, que les votes émis dans cet hémicycle constituaient des signaux envoyés à la société. Quel signal adresserait-on en adoptant cet article prévoyant la mise en place, sous couvert expérimental, mais tout de même durant six ans, de ces salles de consommation ?

Je ne veux aucunement nier la nécessité d'instaurer une politique de lutte contre cette addiction en faveur de celles et de ceux qui se droguent, vivant loin des regards et souvent en rupture totale avec la société : ils ont vraiment besoin d'être aidés pour s'en sortir.

Deux philosophies s'affrontent en la matière. Pour ma part, je suis favorable au déploiement de mesures complémentaires pour accompagner les toxicomanes vers le sevrage, plutôt que d'entretenir cette dépendance.

Comme solution de rechange, nous pourrions renforcer les moyens conventionnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues, les CAARUD, créés par la loi de 2004, et aller plus loin, notamment pour entrer en contact avec les cas les plus lourds, en développant par exemple des maraudes et en favorisant les prises en charge médicalisées.

Comme je le lisais dans le rapport d'information sur les toxicomanies de MM. Gilbert Barbier et Serge Blisko, la référence aux communautés thérapeutiques qui ont été mises en place en certains endroits permet d'apporter des réponses d'une autre nature.

À mon sens, l'article 9 pose plusieurs problèmes, de fond comme de forme, avec une étude d'impact trop lapidaire. L'Académie nationale de médecine a fait part de ses réticences concernant un tel dispositif, qui risque de susciter des difficultés liées à l'ordre public, ainsi que l'a évoqué Jean-Pierre Grand.

Pour toutes ces raisons, je plaide en faveur de l'adoption de ces amendements de suppression.

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

M. Alain Milon,*corapporteur.* Je ne reviendrai pas sur le débat que nous avons mené au sein de la commission des affaires sociales, mais j'entends bien les arguments de M. Roger Karoutchi sur les problèmes de sécurité.

Je suis plus circonspect concernant l'immunité qu'a évoquée M. Grand. En effet, si celle-ci s'appliquait aux utilisateurs de drogue, elle ne serait effective que dans le cadre de la salle de *shoot*, et pas obligatoirement à l'extérieur de ce local.

M. Jean-Pierre Grand. Personne ne s'y rendra, alors !

M. Alain Milon,*corapporteur.* Je ne vous ai pas interrompu, mon cher collègue ; je vous remercie d'en faire de même avec moi.

Les problèmes de sécurité, tels qu'ils ont été évoqués, existent à l'extérieur et perdureront si vous refusez cette proposition sans en formuler d'autres pour favoriser des rencontres entre ceux qui consomment de la drogue et des personnels désireux de les aider à sortir de cette situation.

La création de salles de *shoot* n'est pas une idée nouvelle, puisqu'elle a déjà été présentée voilà quelques années par Mme Bachelot-Narquin,...

M. Alain Vasselle. Ce n'est pas une référence !

M. Alain Milon,*corapporteur.*... l'une des premières ministres de la santé à soumettre cette proposition, avant de la retirer aussi rapidement, ce qui fut selon moi un tort, dans la mesure où une telle expérience sur le sujet aurait pu être extrêmement intéressante.

Si on ne fait rien pour les toxicomanes, ils continueront de se droguer sans entrer en contact avec personne, n'importe où et dans des conditions de salubrité qui sont loin d'être exemplaires. En mettant ces salles à leur disposition, ils pourront rencontrer des équipes médicales spécialisées, conformément au vœu de la commission des affaires sociales d'adosser ces lieux à des structures existantes ou de les installer à l'intérieur d'hôpitaux.

Mme Annie David. Tout à fait !

M. Alain Milon,*corapporteur.* Certains amendements visent même à faire en sorte que le maire de la commune concernée, ou le maire de quartier à Paris, Lyon ou Marseille, soit prévenu, voire qu'il donne son accord, sans que son avis soit décisif pour autant.

Si nous permettons aux toxicomanes de rencontrer dans ce genre d'endroits des spécialistes, en particulier des addictologues, qui pourront peut-être les prendre en charge et les aider à sortir de la drogue, nous aurons fait un progrès considérable.

Honnêtement, les voisins des centres hospitaliers seront peut-être gênés par l'arrivée prétendument massive de ces drogués, mais aujourd'hui, ce sont d'autres riverains qui subissent les nuisances là où se fait le trafic de drogue.

Mes chers collègues, qu'il y ait un seul toxicomane par hôpital, sur l'ensemble du territoire national, qui soit sauvé de la drogue, et la création de ces salles sera largement justifiée ! Si vous en sauvez dix, vous aurez accompli une action humanitaire extrêmement importante. Néanmoins, si vous laissez ces personnes se droguer dans les rues dans des conditions sanitaires déplorables, vous n'en sauvez aucun. Notre action en matière de santé consiste, je le répète, à faire en sorte que les spécialistes de l'addictologie puissent, avec les psychiatres, les sortir de là.

Il s'agit simplement d'une expérimentation : permettez que, dans six mois, on en établisse le bilan. Vous serez alors consultés de nouveau.

Si l'on a constaté que, dans ces salles *deshoot*, sont arrivés des dizaines de millions de drogués vivant sur le territoire national, ce qui à mon avis ne sera pas le cas, on reviendra sur le sujet. Si au contraire, à l'issue de ce délai, on se rend compte que, hormis ceux qui auront eu peur du rendez-vous médical, du contrôle policier et de l'obligation de justifier de leur identité, les toxicomanes ayant rencontré des médecins font l'objet d'un suivi médical, essaient de sortir de la drogue et y parviennent, alors l'expérimentation sera un succès.

Si l'on s'aperçoit en revanche qu'aucune personne enfermée dans la drogue n'en sort et que c'est la chienlit complète, ce sera un échec. La ministre le constatera, nous l'imiterons et nous nous en tiendrons là. Toutefois, permettez au moins que l'on procède à cet essai, dont les effets seront à mon avis tout à fait positifs.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Il est important de resituer la place que nous entendons donner à cette expérimentation, car c'est bien de cela qu'il s'agit, de salles de consommation supervisée.

Certains de nos concitoyens se droguent, et nous avons mis en place des politiques de réduction des risques – nous en avons évoqué certaines auparavant –, qui se diversifient. Budgétairement, nous accompagnons ces politiques de prévention avec des engagements financiers tout à fait significatifs : 600 millions d'euros environ entre la sécurité sociale et l'État pour la prévention et l'accompagnement.

Cependant, nous constatons chez nous, comme d'autres pays l'ont fait avant nous, que des usagers de drogues sont totalement marginalisés et échappent, si j'ose dire, à toutes les politiques qui ont été mises en place, dont certaines ont cours actuellement. Ce sont souvent, mais pas toujours, des personnes qui vivent dans la rue, qui se trouvent dans une situation d'extrême précarité sociale et sanitaire et qui se livrent à des injections de drogue, de jour comme de nuit, dans des lieux publics, souvent les parcs et les escaliers de gares, au vu et au su de tous.

Nous sommes donc face à un double enjeu, à la fois de sécurité sanitaire pour ces personnes et d'ordre public pour l'ensemble de la communauté, principalement urbaine, puisque c'est dans les villes que ces concentrations ont lieu.

Des politiques en ce sens ont cours ailleurs en Europe et dans le monde depuis plusieurs décennies : quelque 39 villes européennes ont d'ores et déjà mis en place des salles de consommation à moindre risque. Les résultats sont au rendez-vous.

Pour notre part, nous proposons d'expérimenter dans des communes qui sont candidates pour cela. Il ne s'agit pas d'imposer à qui que ce soit l'installation de ces salles. D'ailleurs, deux communes se sont publiquement portées candidates, Paris et Marseille. Je ne dis rien des autres, car des réflexions se sont engagées ailleurs, indépendamment de la couleur politique des villes concernées.

En Espagne, par exemple – cette situation est néanmoins observée dans tous les pays voisins –, le premier résultat d'une telle expérimentation a consisté en une diminution significative des décès par *overdose*, ce qui représente un enjeu sanitaire très important : le taux de décès par overdose est passé de 1 830 en 1991 à quelque 770 en 2008. Les résultats sont à peu près équivalents pour la Norvège ou les Pays-Bas.

Par ailleurs, nous constatons dans l'ensemble de ces pays que la mise en place de salles de consommation s'est accompagnée d'une réduction très forte – à peu près de moitié, parfois un peu

plus –, du taux annuel de nouvelles infections par le VIH, grâce à un encadrement et un accompagnement sanitaire. Dans certains pays, comme les Pays-Bas, a même été enregistrée une suppression totale des cas de contamination par le VIH chez les usagers de drogue.

Nous observons aussi dans ces pays une réduction très forte de la quantité de déchets liés aux injections laissés dans les lieux publics, puisque, en France, l'on retrouve régulièrement des seringues usagées, notamment dans des bacs à sable ou sur les escaliers des gares.

Cette expérimentation n'est pas destinée à un public large d'usagers de drogue, puisque ceux-là sont pris en charge, avec des résultats plus ou moins positifs selon les individus, par des structures, les CAARUD, des lieux d'accompagnement social et sanitaire.

Nous ciblons une population qui, aujourd'hui, échappe à toutes les politiques mises en place auparavant et se retrouve livrée à elle-même, abandonnée, sans accompagnement social, sanitaire et psychologique. Comme l'a dit M. le corapporteur, si nous avons la possibilité de sauver une personne par centre, cette mesure est positive. Or nous espérons que ce sera bien plus que cela !

Ne nous faisons pas d'illusion : toutes les personnes accompagnées n'échapperont pas à la drogue, mais nous avons les moyens de réduire très significativement les décès directement liés à sa consommation. Des centaines d'*overdoses* pourront être évitées, des centaines de prises en charge sanitaires supplémentaires accélérées, et tout cela pour un coût limité.

Les politiques de prévention des risques représentent en effet un coût de 600 millions d'euros, tandis que celui d'une salle de consommation à moindre risque est évalué à environ 800 000 euros par an. Nous avons prévu pour cette mesure un budget de 3,5 millions d'euros dans les premières années, car seules quelques expérimentations seront lancées sur le territoire avant l'évaluation.

Mesdames, messieurs les sénateurs, j'en appelle donc vivement à un vote de responsabilité sanitaire, mais aussi de bienveillance et d'attention envers des personnes souvent totalement perdues et abandonnées. Il est de notre responsabilité collective de les aider en leur proposant des solutions thérapeutiques.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Je fais miens tous les arguments qui viennent d'être présentés par M. le corapporteur et Mme la ministre.

Je voulais rappeler que ce sujet avait été évoqué en 2010 par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la santé, qui proposait elle aussi d'expérimenter des salles de consommation de drogue. Elle avait été désavouée par le Premier ministre de l'époque, M. François Fillon, qui avait préféré faire primer la morale et l'idéologie sur la raison scientifique. Les mêmes choix politiques ont fait, un temps, interdire la publicité pour le préservatif au motif que cela aurait constitué une incitation à la débauche, ou dénoncer le programme d'échange de seringues.

C'est pourquoi je tiens à saluer solennellement la position de notre commission des affaires sociales, qui, je la cite, « mesuré l'intérêt qui s'attache à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, après les auditions et les échanges menés avec les professionnels de l'addictologie ».

Madame la ministre, je veux saluer de la même façon votre détermination, votre lucidité, vous qui prenez le risque que ces propositions ne deviennent la cible facile de commentaires caricaturaux, pour ne pas dire populistes et démagogiques. Notre débat n'a pas jusque-là été préservé de tels propos.

Les études de l'INSERM, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, et de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies établissent les effets positifs qu'entraîne l'ouverture de ces salles : moins de contaminations, moins de consommations sauvages sur la voie publique, moins de nuisances pour les riverains, moins de dépenses en matière de santé et moins d'exclusion.

La pédagogie étant affaire de répétition, je redis qu'il s'agit d'une expérimentation, qui s'adresse aux personnes usagées marginalisées. L'enjeu est de sécurité sanitaire, de sécurité publique. Ces salles seront ouvertes en concertation avec les responsables locaux.

Je veux le dire avec beaucoup de cœur, la Haute Assemblée s'honorerait, honorerait le débat politique et ferait la preuve de son ouverture sur les réalités de notre société en rejetant ces amendements de suppression. (*Applaudissement sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe écologiste.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. Je soutiens très fortement les positions de M. le corapporteur.

Tout le débat tient dans cette question : « Est-on pour ou contre les salles de *shoot* ? » Dans la rédaction actuelle du texte, la commission a clairement indiqué sa volonté de se situer dans une démarche médicale et de soin.

Il est important de le rappeler, vu les difficultés rencontrées à Paris pour trouver un lieu expérimental, afin d'accueillir ces salles de *shoot*. En effet, le débat sur la sécurité publique ne doit pas occulter les aspects positifs de cette démarche : les médecins insistent ainsi sur les bienfaits de l'accompagnement et du dialogue, mais aussi sur la possibilité de sortir un certain nombre de personnes de cette difficulté.

La plupart des anciens toxicomanes avec lesquels j'ai échangé m'ont confié qu'ils s'en étaient sortis grâce à une rencontre déterminante. Dans 90 % des cas, il s'agit d'un soignant. (*M. Alain Milon, corapporteur, acquiesce.*) Il faut donc favoriser ce lien encadré entre les personnes atteintes de toxicomanie et les professionnels capables de les aider.

Comme un certain nombre de mes collègues, je suis donc favorable au maintien de l'article, tout en précisant qu'il faudra peut-être renommer ces salles d'accompagnement des personnes toxicomanes. C'est un message que nous devons adresser aux soignants et aux personnes qui espèrent sortir d'une situation de dépendance.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Contrairement à notre collègue M. Mouiller, je me situe du côté de ceux qui plaident en faveur de la suppression de cet article.

En effet, légiférer dans ce domaine risque d'être interprété par nos concitoyens comme une façon de légaliser la consommation de drogues, alors même que l'arsenal législatif en vigueur depuis de nombreuses années a pour objectif de lutter contre cette consommation. Nous devons veiller à ne pas adresser de message contradictoire à l'opinion publique.

J'entends bien les arguments développés par M. Milon, ainsi que par Mme la ministre, qui a étayé son exposé des motifs en citant quelques exemples parmi nos voisins européens, comme l'Espagne ou les Pays-Bas. Des dispositifs similaires ont permis d'obtenir des résultats significatifs, semble-t-il, ce qui plaide en faveur du maintien de cet article ; en tout cas, nous ne pouvons y être insensibles.

Toutefois, je n'ai pas été insensible non plus à l'argumentaire développé par notre collègue, M. Barbier, bien que celui-ci n'ait pu aller jusqu'au bout de son intervention. Comme nos collègues MM. Grand et Lemoyne, il s'est appuyé sur des expériences menées dans d'autres pays européens, en Amérique du Nord et en Australie, dont les résultats ont été jugés peu probants par un certain nombre d'experts et de journalistes ayant enquêté sur le sujet.

Si aucune expérimentation n'avait été conduite dans d'autres pays, je comprendrais que la France procède à des évaluations. Mais pourquoi ne pas tenir compte des nombreuses expérimentations qui ont déjà été menées et considérer qu'il n'est pas probant de mettre en place ce dispositif sur le territoire national ?

Pour toutes ces raisons, je voterai en faveur de ces amendements identiques de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Monsieur le corapporteur, j'épouse les positions de la commission sur l'ensemble de ce texte. Toutefois, s'agissant des salles de *shoot*, je ne vous suivrai pas.

J'entends bien votre raisonnement, mais je ne crois pas à la concertation avec les communes : on leur demandera leur avis, et si elles disent non, on passera outre ! Ainsi, on imposera aux villes des salles de *shoot*, éventuellement à proximité des hôpitaux.

Par ailleurs, Mme la ministre nous a bien dit, même si ce fut peut-être plus clair pour d'autres dispositions du projet de loi, qu'elle voulait en revenir à son texte. Contre mes convictions, j'aurais accepté la rédaction proposée par la commission si j'avais été persuadée que cette expérimentation serait vraiment adossée à des hôpitaux et aurait lieu avec l'avis favorable des communes. Or, pour l'instant, je ne suis pas convaincue que ce sera le cas. Je voterai donc ces amendements identiques de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Le groupe CRC souhaite apporter son soutien à l'article 9, tel qu'il est rédigé. Il ne votera donc pas les amendements identiques de suppression. Comme Mme la ministre l'a rappelé, il s'agit d'une expérimentation de salles de consommation à moindre risque.

Nous tenons à saluer la position responsable des corapporteurs, convaincus, comme nous, de l'utilité sanitaire de telles structures, notamment à la suite de l'audition de professionnels de la réduction des risques. En effet, le but des salles de consommation à moindre risque est de fournir un accès aux soins plus rapide aux usagers de drogue les plus éloignés des parcours de soins, et ainsi les protéger de tout risque d'infection, de contamination, d'*overdose*, etc.

Pour essayer de convaincre nos collègues, je voudrais rappeler quelques faits.

Premièrement, il est nécessaire de faire évoluer une loi qui date de 1970.

Deuxièmement, on dénombre dans le monde une centaine de salles de consommation de drogue, et ce dans 10 pays, dont 8 sont situés en Europe. Mme la ministre en a cité quelques-uns, mais il y a aussi des salles de consommation au Portugal, en Espagne, en Allemagne, au Danemark, entre autres. Celle de Berne en Suisse existe depuis 1986 ! La France est donc bel et bien en retard. (*Murmures sur les travées du groupe Les Républicains.*)

En Suisse, le nombre de décès par *overdose* a été divisé par deux en vingt ans. Selon le rapport publié en 2010 par l'INSERM sur les centres d'injection supervisée, « les salles de consommation ont permis de diminuer les risques liés à la prise de drogues injectables et de toucher des populations exclues en facilitant leur intégration dans un parcours de soins ».

Troisièmement, dans les pays qui ont mis en place ces structures, on constate non pas une augmentation de l'utilisation des drogues et hausse de la délinquance, comme peuvent le craindre leurs détracteurs, mais, au contraire, une baisse des nuisances autour des structures.

Voilà quelques brefs éléments qui doivent nous inciter à autoriser enfin ces expérimentations. Mme la ministre l'a également rappelé, plusieurs villes de tendances politiques différentes se sont portées volontaires. Il est temps de prendre cette question de santé publique à bras-le-corps ! (*Applaudissement sur les travées du groupe CRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Grand, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Grand. Monsieur le corapporteur, il n'y a pas deux sortes de sénateurs, ceux qui auraient compris qu'il faut soigner cette addiction mortelle et les autres, totalement insensibles, qui seraient opposés à ce texte. Nous sommes tous d'anciens élus de terrain et nous connaissons ce dossier par cœur. Nous sommes tous mobilisés contre ce fléau.

Quand je montrais les parts d'ombre de votre texte, vous m'avez rétorqué que les toxicomanes ne bénéficieraient pas d'une immunité, celle-ci s'appliquant seulement dans la salle de *shoot*. Voilà une affirmation bien étonnante ! En effet, toutes les personnes qui se rendent dans une telle salle auront nécessairement de la drogue sur elles. Les policiers le sauront et devront donc s'abstenir d'intervenir sur le parcours des toxicomanes. Je vous laisse expliquer tout cela aux forces de l'ordre !

Aujourd'hui, ce qu'il faut faire, c'est renforcer les services d'addictologie, la prévention et l'éducation à l'école, dans les lycées et les universités. De grâce, n'adressons pas ce signal négatif, qui est d'ailleurs d'abord politique. Comme sur d'autres sujets, le Gouvernement veut faire plaisir aux Verts. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe écologique.*)

Mme Nicole Bricq. N'importe quoi !

M. Jean-Pierre Grand. Toutefois, nous n'avons pas à tomber dans ce panneau. Pardonnez-moi, mes chers collègues, mais je n'ai pas été élu sénateur de la République, sous l'étiquette politique qui est la mienne, pour voter l'ouverture des salles de *shoot* ! (*Applaudissements sur de nombreuses travées du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote.

Mme Aline Archimbaud. Les élus du groupe écologiste voteront le maintien de l'article 9.

M. Jean-Pierre Grand. Nous nous en doutons !

Mme Aline Archimbaud. Ils adhèrent absolument à la position de la commission des affaires sociales, aux arguments défendus par son président, et à l'avis du Gouvernement.

Il s'agit bien d'un problème de santé. Il faut se préoccuper, avec bienveillance, de certains de nos concitoyens qui sont très loin de nous, qui ont rompu avec toute la vie sociale et sociétale.

De plus, ces salles de consommation à moindre risque doivent faire l'objet d'une expérimentation très encadrée, qui ne sera en aucun cas imposée aux municipalités : ne seront concernées que les communes volontaires.

Monsieur Lemoyne, vous l'avez rappelé avec raison : la lutte contre la toxicomanie doit bénéficier d'une stratégie globale. Or ces salles de consommation à moindre risque ne représentent qu'une toute petite partie du dispositif d'ensemble élaboré pour la prévention des addictions, à destination d'un public très ciblé.

Vous soulignez que le problème existe et qu'il exige des solutions. Vous précisez : il faut pouvoir entrer en contact avec les personnes concernées, qui ne se laissent pas facilement aborder. Vous ajoutez qu'il faut mettre en œuvre une prise en charge médicalisée très sérieuse. C'est exactement ce qui est proposé à travers l'expérimentation de ces salles !

Il convient de faire preuve de bienveillance – je reprends ce mot, qui a déjà été employé – envers certains de nos concitoyens qui sont très loin de la société, pour tenter de résoudre un véritable problème de santé publique.

Au-delà des appartenances partidaires des uns et des autres, si le Sénat pouvait prendre position pour ce dispositif, il émettrait un véritable signal. Notre pays est placé sous pression par des discours populistes dangereux et caricaturaux, qui diffusent le poison de la division et de la peur de l'autre. (*M. Jean-Pierre Grand manifeste son désaccord.*) Une position sage et raisonnable, de la part du Sénat, ferait du bien !

Mme la présidente. La parole est à M. André Reichardt, pour explication de vote.

M. André Reichardt. Mes chers collègues, à l'origine, je ne souhaitais pas m'exprimer sur cet important dossier.

Mme Annie David. Eh bien...

M. Daniel Raoul. Ce n'est pas une nécessité ! (*Sourire sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. André Reichardt. Toutefois, je me dois d'intervenir, après avoir entendu M. Daudigny, et Mme Archimbaud, qui, à l'instant, a une nouvelle fois parlé de postures politiques « caricaturales », « populistes », en évoquant celles et ceux qui n'auraient pas compris le principe des salles de *shoot*.

Je vous l'assure : je me suis rendu à ce débat sans arrière-pensée. Comme les uns et les autres, j'ai beaucoup lu sur ce sujet. J'ai été interpellé, j'ai reçu des courriels. Ce matin, j'ai écouté nos discussions très attentivement. Je suis entré dans cet hémicycle sans savoir dans quel sens je voterai.

Après avoir écouté les uns et les autres, je tiens à vous dire qu'en mon âme et conscience je ne peux pas suivre l'avis de la commission. Je le regrette vivement.

Les inconvénients de ces salles me semblent dépasser leurs avantages, en nombre et en importance.

Il est très facile de dire : « Faisons des expériences, nous verrons ensuite »,...

Mme Michelle Meunier. Nous n'avons pas dit cela !

M. André Reichardt. ... et d'ajouter : « Seules les communes qui veulent créer ces structures seront concernées ».

Vous le savez bien, dans notre pays, une fois qu'une expérience est lancée, elle perdure – c'est le moins que l'on puisse dire.

En outre, même si, cette expérience se révélant trop difficile, les autres collectivités n'ouvrent pas de telles salles, il ne fait aucun doute que les structures déjà créées perdureront, avec peut-être moins de garanties encore que ce que l'on avance aujourd'hui.

Mme Michelle Meunier. Il faut cesser de se faire peur !

M. André Reichardt. Mes chers collègues, je vous prie de croire que je m'exprime sans arrière-pensée. J'en ai simplement assez de ces leçons de morale ; on nous les a infligées avant-hier à propos de la publicité sur le vin, hier à propos du paquet neutre ; elles se renouvellent aujourd'hui.

La position que j'exprime est tout sauf politique : je vais précisément à l'encontre de M. le président de la commission et de Mme la rapporteur, qui sont de mon bord politique. Mais, je le répète, je ne peux suivre la position de la commission, et je voterai ces amendements de suppression !

M. Alain Vasselle. Très bien !

M. Georges Labazée. Au vote !

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Mes chers collègues, je tiens à opérer quelques mises au point.

Les initiatives mises en œuvre à l'étranger ont été évoquées. Je le souligne d'emblée : on peut faire dire un peu ce que l'on veut aux statistiques. Or ces structures ont, parallèlement, été examinées attentivement. (*Mme Patricia Schillinger s'exclame.*) À ce titre, qui, dans cet hémicycle, est allé visiter une salle de shoot à l'étranger ? (*M. Jean-Pierre Godefroy et Mme Patricia Schillinger lèvent la main, ainsi que M. le corapporteur.*)

M. Alain Milon, corapporteur. Moi !

M. Gilbert Barbier. Eh bien, moi aussi ! Je suis allé à Genève, où j'ai passé une journée au sein des locaux de Quai 9. J'ai vu comment ces services fonctionnaient. Il faut voir les choses comme elles sont.

En outre, il m'a semblé, en écoutant le discours de M. le président de la commission, que, pour l'heure, la France ne faisait rien et laissait à l'abandon les personnes concernées... C'est faire fi de ce qui se passe dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, les CAARUD, ou dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA. Des professionnels travaillent sans relâche au sein de ces structures.

Pour employer au mieux les crédits disponibles, ne serait-il pas préférable d'organiser des maraudes, comme le préconisait M. Emmanuelli, et ainsi d'inciter les personnes concernées à se rendre dans les centres déjà existants ?

Mme Michelle Meunier. Ces maraudes existent depuis quinze ans !

M. Gilbert Barbier. On nous précise que ces salles de consommation à moindre risque seront adossées aux hôpitaux. Mais ces derniers disposent déjà de centres comme les CSAPA !

À ce propos, nous débattons non pas d'une absence de risque, mais d'un « moindre risque ». Il s'agit toujours de l'injection d'un produit toxique.

À mes yeux, il faut faire véritablement confiance aux réseaux qui existent dans notre pays. Beaucoup d'hôpitaux, et notamment de centres hospitaliers universitaires, les CHU, disposent de services d'addictologie performants. Pourquoi créer ces pseudopodes adossés à certains établissements hospitaliers ? Aujourd'hui, on ne peut dire exactement comment ces salles fonctionneront et quels seront leurs résultats.

Quitte à mentionner les exemples étrangers, rappelons que nombre de salles d'injection à moindre risque ont fini par fermer. La salle de Berne a été évoquée. Pour ma part, je signale que les deux salles existant à Zurich ont dû fermer leurs portes, compte tenu des troubles qu'elles causaient à l'ordre public.

M. Alain Vasselle. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Patricia Schillinger, pour explication de vote.

Mme Patricia Schillinger. Je serai très brève, madame la présidente. Je tiens simplement à dire que je soutiens pleinement Mme la ministre.

Il y a un peu plus de dix ans que je suis élue sénatrice, et cela fait également dix ans que cette question fait débat. J'ai travaillé dix-neuf ans en Suisse, à Bâle-Ville et à Bâle-Campagne. Je connais les problèmes en question, et je souhaite féliciter ce pays, qui s'est engagé depuis trente ans pour venir en aide à ces personnes en difficulté.

Je ne suis pas pour la politique « des trois singes », à savoir : on n'entend rien, on ne voit rien et on ne fait rien.

Aujourd'hui, nous avons la possibilité de lancer une expérimentation, qui, je le note au passage, n'a rien à voir avec une généralisation. Voilà dix ans que l'on parle de ce problème, que des rapports y sont consacrés ! Et, pendant ce temps, on laisse les personnes concernées dans la rue, sans secours.

M. Jean-Pierre Grand. On ne peut pas dire cela !

Mme Patricia Schillinger. C'est à nous, parlementaires, d'aller dans le sens de l'action. Une proposition nous est présentée. L'heure du vote est venue, et chacun prendra ses responsabilités. Pour ma part, je suis fière que Mme la ministre défende cette position. Cette solution relève d'une politique de santé : engageons-nous ! *(Applaudissement sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC.)*

M. Jean-Pierre Grand. La commission devrait demander un scrutin public !

Mme la présidente. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote.

Mme Colette Mélot. Mes chers collègues, d'une certaine manière, les nombreux arguments qui ont été développés vont tous dans le même sens : celui de la lutte contre ce fléau qui est la drogue. Au sein de la Haute Assemblée, personne n'est favorable à l'usage de la drogue. Nous voulons tous trouver des solutions face à ce problème.

Dès lors, au terme du vote qui va avoir lieu, on ne saurait opposer les « bons » et les « mauvais » sénateurs. L'enjeu, c'est de trouver la meilleure solution. Si on la connaissait, il serait facile de l'appliquer.

De nombreuses initiatives ont déjà été engagées. M. Barbier vient d'en citer plusieurs. Dans les agglomérations, chacun connaît, par exemple, le réseau ville-hôpital. Malgré toutes ces actions, un certain nombre de personnes continuent, hélas ! de se droguer. Je crois que, malheureusement, ce phénomène de marginalité persistera toujours.

Face à ce problème, les salles de *shoot* ne sont peut-être pas la meilleure réponse à apporter. Au demeurant, on ignore quels résultats elles pourraient donner.

Aussi, je voterai la suppression de cet article.

M. Jean-Pierre Grand. Il faut réunir notre groupe !

Mme Colette Mélot. À mon sens, nous ne disposons pas de tous les éléments nous permettant de juger qu'il s'agit là de la bonne solution. Il faut continuer à travailler, à creuser ce sujet. *(M. Jean-Pierre Godefroy manifeste son désaccord.)* Avant tout, il faut renforcer les dispositifs qui existent déjà.

Mme la présidente. La parole est à M. René Vandierendonck, pour explication de vote.

M. René Vandierendonck. Mes chers collègues, je respecte infiniment les diverses positions qui viennent d'être exprimées, quelles que soient les travées d'où elles émanent. Mais, je l'affirme, comme ancien maire de Roubaix : le courage dont fait preuve Mme la ministre sur cette question mérite également le plus grand respect.

M. Jean-Claude Lenoir. Je ne sais pas où est le courage !

M. René Vandierendonck. La mesure en question permettra de renforcer les services d'addictologie qui existent déjà à l'hôpital. Je me sentirais presque lâche...

Mme Dominique Estrosi Sassone. Oh !

M. René Vandierendonck. ... si je ne le déclarais pas : j'apporte mon soutien à Mme la ministre ! *(Applaudissement sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Christian Manable, pour explication de vote.

M. Christian Manable. Mes chers collègues, permettez-moi de vous livrer, brièvement, un témoignage personnel.

L'un de mes fils est éducateur spécialisé. Il travaille, en cette qualité, dans une grande association d'Amiens, la capitale picarde, qui se consacre précisément aux drogués et aux problèmes auxquels ceux-ci font face.

Je peux vous l'affirmer : les éducateurs spécialisés comme les addictologues appellent de leurs vœux la création des salles de *shoot*. En effet, ces professionnels observent au quotidien les dégâts que peut causer la drogue, lorsqu'elle est consommée dans l'espace public sans encadrement, sans aucune

garantie sanitaire. Au moins, l'expérimentation des salles de *shoot*, structures qui seront adossées à un hôpital et qui seront bien sûr encadrées, permettrait d'aider ces personnes, qui sont en grande difficulté, et de faire reculer l'usage de la drogue !

Voilà pourquoi je salue l'initiative de Mme la ministre. Bien entendu, je voterai l'article 9 et je ne voterai donc pas ces amendements de suppression. (*Applaudissement sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Richard Yung. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, *corapporteur.* Mes chers collègues, en abordant ces dispositions relatives aux salles de consommation réduite – je préfère cette expression à celle de « salles de *shoot* », qui est très médiatique mais qui a nécessairement une connotation caricaturale (*Mme Evelyne Yonnet applaudit.*) –,...

Mme Patricia Schillinger. Tout à fait !

Mme Catherine Deroche, *corapporteur.* ... j'étais très partagée. Bien que médecin, j'étais sensible aux arguments développés par divers orateurs, et notamment par Jean-Pierre Grand, qui a mis l'accent sur une forme d'incohérence : la drogue n'est pas légale et, cependant, on inviterait telle ou telle personne à venir « se piquer » à tel endroit.

Ensuite, la commission a mené de nombreuses auditions. Nous avons entendu de nombreux acteurs qui vivent au côté de ces personnes droguées. Ces dernières ne sont même plus *borderline* : elles ont totalement franchi les frontières de la société !

Bien sûr, ces salles de consommation réduite ne résoudront pas tous les problèmes d'addiction, surtout chez ces publics. Mais j'en suis arrivée à cette conviction : ces structures doivent prendre place dans tout l'arsenal utilisé pour lutter contre la toxicomanie.

De plus, il s'agit là d'une expérimentation. À l'étranger, des tentatives similaires ou pu fonctionner ou non. Mais les statistiques sont très variables, et l'on fait dire un peu ce que l'on veut aux études qui sont produites. Au fond, la meilleure expérience, c'est toujours celle que l'on fait soi-même. Voilà pourquoi il faut ouvrir cette possibilité.

Catherine Procaccia nous a déclaré : si j'étais certaine que ces salles seront adossées à des hôpitaux, que leur création sera soumise à l'accord des maires concernés, je voterais leur création. Mais si l'on supprime cet article,...

Mme Catherine Procaccia. Je ne voterai pas la suppression de cet article !

Mme Catherine Deroche, *corapporteur.* ... on ne pourra même pas examiner et faire adopter les amendements que nous avons déposés, qui tendent à assurer cette proximité avec l'hôpital et à associer les maires.

Dans le cadre d'une telle expérimentation, je ne vois pas comment il serait possible d'implanter des salles de consommation à moindre risque contre l'avis du maire.

Mme Nicole Bricq. Bien sûr !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Évidemment !

Mme Catherine Deroche, *corapporteur.* Ces structures seront surtout expérimentées dans des villes dont les maires font déjà face à ces populations, aux difficultés qu'elles vivent et au désarroi qu'éprouvent leurs familles ! (*Exclamations sur plusieurs travées du groupe Les Républicains.*) Certains parents voient leurs enfants s'éloigner d'elles de plus en plus – la vie est faite de belles rencontres, certes, mais elle est aussi marquée par de mauvaises rencontres. Outre nos enfants et nos petits-enfants, n'importe quel membre de notre famille peut être concerné.

Il faut donner leur chance à ces salles de consommation à moindre risque ! Voilà pourquoi je voterai contre ces amendements de suppression. (*Applaudissement sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mmes Michelle Meunier et Patricia Schillinger. Très bien !

Mme la présidente. Je vais mettre aux voix ces trois amendements identiques.

M. Jean-Pierre Grand. La commission aurait dû demander un scrutin public !

M. Alain Milon, corapporteur. C'était à vous de le faire !

M. Jean-Pierre Grand. Je n'en ai pas le pouvoir ! Si ces amendements ne sont pas votés, ce sera grâce à la commission et au groupe socialiste ! (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC.*)

M. Jean-Pierre Godefroy. Faut-il un rappel au règlement ?

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 153 rectifié, 296 et 502.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*) – (*Bravo ! et applaudissement sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n^o 34 rectifié *bis* est présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. Béchu, Cambon, César, Chatillon, Commeinhes et de Nicolaÿ, Mmes Duchêne et Duranton, MM. Grand, Gremillet et Houel, Mme Lamure, MM. P. Leroy, Karoutchi, Malhuret, Masclet et Morisset, Mme Primas, MM. Reichardt, Revet, D. Robert, Vogel, Danesi et Gournac et Mme Mélot.

L'amendement n^o 291 rectifié *quater* est présenté par Mme Imbert, MM. D. Laurent, Longuet, Laufoaulu, Lefèvre, Mouiller, Mandelli et Reichardt, Mme Deromedi, MM. Huré, G. Bailly, Bonhomme, Mayet et Kennel, Mme Debré, MM. B. Fournier, Raison, de Raincourt, Laménie, Vaspart et Houpert, Mme Estrosi Sassone, MM. Cornu, Bouchet, Vasselle et Pointereau et Mme Gruny.

L'amendement n^o 882 rectifié est présenté par MM. Amiel et Guérini.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 1

Après les mots :

directeur général de l'agence régionale de santé

insérer les mots :

et en concertation avec le maire de la commune concernée

La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud, pour présenter l'amendement n^o 34 rectifié *bis*.

Mme Patricia Morhet-Richaud. Les collectivités locales et leurs élus sont incontestablement de plus en plus souvent impliqués dans les questions de santé. C'est pourquoi la décision et les conditions d'installation de salles de consommation à moindre risque doivent faire l'objet d'une concertation, en amont, entre l'agence régionale de santé, l'ARS, la structure porteuse et le maire de la commune concernée.

Mme la présidente. Le sous-amendement n^o 1207, présenté par M. Lemoyne, est ainsi libellé :

Amendement n^o 34 rectifié *bis*, alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

, et à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné,

La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. À travers ce sous-amendement, je propose que, dans les villes de Paris, Lyon et Marseille, la concertation ait lieu non seulement avec le maire de la commune, mais également avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné.

Mes chers collègues, vous vous demandez sans doute pourquoi le sénateur de l'Yonne que je suis s'intéresse à Paris, Lyon et Marseille. Outre que nous sommes tous sénateurs de la République tout entière, il se trouve qu'il fut un temps où j'étais élu à Paris. Je retiens de cette expérience que, sur des sujets un peu complexes pouvant donner lieu à des appréciations divergentes, comme ceux que nous traitons en ce moment, les élus d'arrondissement sont souvent en première ligne face aux administrés, lesquels vont spontanément interroger le maire d'arrondissement ou le maire de secteur.

Il me semblerait donc de bonne politique de prévoir que, dans ces trois villes, la concertation associe non seulement le maire de la commune, mais aussi ces élus de proximité.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n^o 291 rectifié *quater*.

M. Philippe Mouiller. Cet amendement tend à ce que le maire de la commune concernée soit associé à la réflexion sur l'ouverture d'une telle structure et à la décision d'ouverture de celle-ci, en tant que premier magistrat.

Mme la présidente. L'amendement n° 882 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 34 rectifié *bis* et 291 rectifié *quater*, ainsi que sur le sous-amendement n° 1207 ?

M. Alain Milon, *corapporteur.* La commission émet un avis favorable sur les amendements ainsi que sur le sous-amendement.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Je comprends bien que ces amendements paraissent de bon sens, mais, aux yeux du Gouvernement, il va de soi que les maires seront consultés ! C'est justement le bon sens qui l'impose.

D'ailleurs, le cahier des charges des expérimentations prévoit la mise en place d'un comité de pilotage local présidé par le maire de la commune, le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant de l'État dans le département, le maire d'arrondissement étant associé à la concertation pour Paris, Lyon et Marseille.

Aussi, la précision que les amendements et le sous-amendement tendent à apporter me paraît redondante par rapport à ce qui est prévu, et donc inutile.

Toutefois, comprenant bien la logique qui sous-tend cette disposition, je m'en remets à la sagesse du Sénat sur ces amendements ainsi que sur le sous-amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1207.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 34 rectifié *bis*, modifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 291 rectifié *quatern* a plus d'objet.

L'amendement n° 409 rectifié *quinquies*, présenté par MM. Mouiller, Retailleau, de Legge et Calvet, Mme Bouchart, MM. Lefèvre et Pellevat, Mme Morhet-Richaud, MM. A. Marc, de Nicolaÿ et Delattre, Mme Primas, M. Morisset, Mme Giudicelli, MM. Gournac et Bonnacarrère, Mmes Cayeux, Garriaud-Maylam et Micouleau, M. Allizard, Mme Duchêne, MM. Bouchet, de Raincourt, Joyandet, Chaize et Vogel, Mme Estrosi Sassone, MM. Pillet, Saugey, Genest, Darnaud, Mandelli, Cambon, Husson et Falco et Mme Deseyne, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

Remplacer les mots :

distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions

par les mots :

adossés à un établissement de santé

II. – Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer le mot :

supervision

par le mot :

responsabilité

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Dans la logique de ce qui a été dit tout à l'heure, cet amendement vise à préciser que les salles de consommation seront adossées à un établissement de santé.

Je pense même que la rédaction devrait aller plus loin et prévoir que ces salles seront « intégrées » à un établissement de santé, le principe étant bien d'intégrer cette démarche dans un acte de médicalisation et donc de suivi.

J'ajoute qu'un accompagnement sanitaire et social est essentiel au sein de ces structures.

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

M. Alain Milon,*corapporteur.*Favorable.

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

Mme Marisol Touraine,*ministre.*Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

En effet, les expérimentations pourront avoir lieu dans des lieux différents, selon ce qui paraîtra adapté à la situation de la ville.

À cet égard, je peux vous dire, mesdames, messieurs les sénateurs, que, parmi les projets en cours, certains ne sont pas adossés physiquement à un hôpital, à la demande du maire et des associations locales, qui souhaitent structurer la prise en charge autrement.

Les salles de consommation n'ont pas une vocation hospitalière. Certaines – comme à Paris, d'après ce qui se dessine – pourront être situées à proximité des locaux d'un hôpital, voire intégrées à ceux-ci, mais ni leur supervision ni leur gestion ne seront hospitalières. L'accès à ces salles devra se faire par une porte d'entrée spécifique, clairement identifiée et distincte de celle de l'hôpital. En effet, les usagers des salles de consommation constituent des publics particuliers, qui ne doivent pas être confondus avec les patients qui se rendent à l'hôpital.

On le voit, les dispositions de cet amendement apparaissent plus restrictives que les projets en cours. Elles amèneraient certains d'entre eux à ne pas pouvoir être retenus.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. On voit bien là l'ambiguïté du vote qui est intervenu sur les salles de consommation : maintenant que le principe en est adopté, on dévoile les batteries de Mme la ministre, dont on sait très bien qu'elle ne veut pas que ces salles soient adossées à l'hôpital et qui a toujours répété que ces structures seront indépendantes. Au reste, c'est la démarche qu'elle a toujours défendue !

Monsieur le président de la commission des affaires sociales, je pense que vous n'étiez pas sans le savoir...

Dès lors, je veux dire à ceux qui déclarent aujourd'hui que les salles de consommation doivent être adossées à un hôpital que je peux me replier sur une telle solution, mais l'on sait très bien que ce n'est pas la volonté de Mme la ministre.

Mme Catherine Deroche,*corapporteur.*Certes, mais nous voterons l'amendement !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon,*corapporteur.*Je trouve quand même un peu fort de café que Gilbert Barbier mette en doute ma connaissance du sujet !

Mon cher collègue, j'ai toujours dit clairement qu'il s'agissait d'un problème médical et que ces salles de *shoot* devaient être « adossées » à l'hôpital, même si, aujourd'hui, je préfère le terme « intégrées » que propose notre collègue – la commission déposera un sous-amendement à l'amendement de Philippe Mouiller en vue de procéder à cette modification sémantique. D'ailleurs, l'expérimentation qui est train d'être mise en place à Paris se fait bien à partir d'un hôpital.

La position de la commission à ce sujet est claire ; elle figure dans le texte qui a été voté et n'a pas varié. Il s'agit d'intégrer les salles de consommation à un milieu hospitalier et de recueillir l'accord du maire ou du maire de quartier, de manière que les médecins addictologues participent à la surveillance des drogués et que les politiques participent à la décision d'ouverture de la structure.

C'est bien le sens des propositions que nous avons émises et les membres de la commission, y compris ceux de l'opposition sénatoriale, en avaient été informés.

Monsieur Barbier, je n'ai donc pas du tout changé d'avis sur ce sujet !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Comme je l'ai déclaré précédemment, la logique consistant à aider les toxicomanes à sortir de leur dépendance me semble largement supérieure à celle qui aurait pour effet de les entretenir, ne serait-ce qu'un peu, dans cette logique de dépendance.

De ce point de vue, le traitement médical ne doit pas être négligé.

En présentant son amendement, notre collègue Philippe Mouiller a évoqué l'intégration à un établissement de santé.

Mes chers collègues, j'avais demandé à prendre la parole pour vous proposer un sous-amendement visant à procéder à cette amélioration sémantique, mais M. le président de la commission vient de me devancer. Je voterai naturellement le sous-amendement qu'il déposerait en ce sens !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche,corapporteur. Je souhaite répondre à Gilbert Barbier.

Selon ce dernier, lorsque nous avons appelé à ne pas voter les amendements de suppression de l'article 9, nous avons assuré que les salles de consommation seraient ouvertes après recueil de l'avis du maire et qu'elles seraient adossées ou intégrées à l'hôpital. Or, Mme la ministre n'étant pas d'accord avec nous sur ces points, nous nous serions fait avoir.

Non ! La commission des affaires sociales du Sénat a une position très claire : elle souhaite que, dans le texte qui sera voté par le Sénat, l'expérimentation se fasse dans des lieux intégrés aux hôpitaux et après avis du maire. C'est ce que souhaitent également la majeure partie des membres du groupe auquel nous appartenons.

Certes, on sait bien quel est l'avenir des textes adoptés par le Sénat, mais vous n'avez pas le droit de dire, monsieur Barbier, qu'en proposant de renforcer le caractère médical de l'expérimentation nous sommes en train de nous faire avoir !

Le texte issu des travaux de la commission prévoit d'ores et déjà des expérimentations réalisées dans un cadre médical et en concertation avec les élus, et j'espère que le texte qui sera voté par notre assemblée fera de même.

Mme la présidente. Monsieur Philippe Mouiller, accepteriez-vous de rectifier votre amendement de manière à remplacer le mot « adossés » par le mot « intégrés », afin que la commission n'ait pas à déposer de sous-amendement en ce sens ?

M. Philippe Mouiller. Oui, madame la présidente, et je modifie donc ainsi mon amendement.

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 409 rectifié *sexies*, présenté par MM. Mouiller, Retailleau, de Legge et Calvet, Mme Bouchart, MM. Lefèvre et Pellevat, Mme Morhet-Richaud, MM. A. Marc, de Nicolaÿ et Delattre, Mme Primas, M. Morisset, Mme Giudicelli, MM. Gournac et Bonnacarrère, Mmes Cayeux, Garriaud-Maylam et Micouleau, M. Allizard, Mme Duchêne, MM. Bouchet, de Raincourt, Joyandet, Chaize et Vogel, Mme Estrosi Sassone, MM. Pillet, Saugey, Genest, Darnaud, Mandelli, Cambon, Husson et Falco et Mme Deseyne, et ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

Remplacer les mots :

distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions

par les mots :

intégrés à un établissement de santé

II. – Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer le mot :

supervision

par le mot :

responsabilité

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Je voterai l'amendement rectifié de M. Mouiller, mais je veux faire remarquer à Mme la rapporteur que son intervention comporte un petit hiatus.

En effet, je comprends que la volonté de la commission était de faire figurer à l'article 9 la notion d'intégration à l'hôpital. Or la commission n'a pris aucune initiative pour que le texte soit rédigé ainsi. L'ajout de cette précision devra donc passer par le vote d'un amendement extérieur en séance publique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, *corapporteur*. En effet, la notion d'intégration à l'hôpital ne figure pas dans le texte issu des travaux de la commission, déposé au mois de juillet.

Toutefois, monsieur Vasselle, cette semaine, lors de l'examen des amendements, nous avons clairement indiqué que la commission émettrait un avis favorable sur les amendements visant à inscrire cette notion dans le texte.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. J'avais dit que le Sénat, dans sa globalité, s'honorerait de ne pas voter les amendements de suppression, ce qu'il a fait. Je pense qu'il s'agit d'un beau moment dans la vie de notre Haute Assemblée.

Sur ce point précis, nous partageons les arguments présentés par Mme la ministre. Cependant, il nous appartient de défendre notre position dans sa globalité et de rechercher un compromis sur ce sujet important.

Aussi, le groupe socialiste s'abstiendra sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. À l'instar de la position exprimée par notre collègue Daudigny, le groupe CRC s'abstiendra sur cet amendement, dont les dispositions ne vont pas tout à fait dans le sens de ce qui était proposé dans le texte de la commission pour les salles de consommation à risque réduit.

Par ailleurs, le terme « adossés » nous aurait mieux convenu : il soulignait l'existence d'un lien avec l'hôpital et sa structure tout en supposant un soutien, une coopération ; le terme « intégrés », quant à lui, suppose que ces salles se trouvent physiquement à l'intérieur de l'hôpital, ce qui peut poser quelques problèmes à certains établissements qui vont devoir trouver un lieu pour intégrer ce service. L'idée était pourtant la même, à savoir l'existence d'un lien avec l'hôpital. (*Mme Colette Mélot s'exclame.*)

Le groupe CRC s'abstiendra sur cet amendement.

M. Alain Vasselle. On ne peut pas dire tout et son contraire !

Mme Annie David. Mes chers collègues, nous avons tout de même le droit de nous exprimer pendant les deux minutes trente qui nous sont imparties ! Je ne partageais pas forcément vos explications, mais je les ai écoutées !

Mme la présidente. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote.

Mme Aline Archimbaud. Le groupe écologiste s'abstiendra également sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 409 rectifié *sexies*.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 873 rectifié est présenté par MM. Amiel, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier et Vall.

L'amendement n° 1061 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2, seconde phrase

Après les mots :

médico-social

insérer les mots :

ainsi que des acteurs de la promotion de la santé

La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour présenter l'amendement n° 873 rectifié.

M. Jean-Claude Requier. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1061.

Mme Aline Archimbaud. Cet ajout vise à mieux intégrer les acteurs associatifs de la promotion de la santé, qui ne seraient certes pas soignants ni travailleurs sociaux, mais malgré tout dûment formés, dans la mise en œuvre de l'expérimentation d'un espace de consommation à moindre risque.

Il s'agit par là de permettre un accompagnement renforcé sur les plans sanitaire et social, en complémentarité avec les acteurs médico-sociaux et soignants.

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

M. Alain Milon,*corapporteur.* La commission a émis un avis défavorable sur ces deux amendements identiques, car l'expression « ainsi que des acteurs de promotion de la santé » est trop large et ne fait référence à aucun acteur bien identifié.

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

Mme Marisol Touraine,*ministre.* Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. La rédaction adoptée prévoyant qu'il s'agit de locaux intégrés dans un établissement de santé, elle est quelque peu contradictoire avec mon amendement. Aussi, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 873 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 1061.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'article.

M. Alain Vasselle. Malgré les modifications apportées au texte – souhaitables, certes, car cela permettra de limiter les conséquences dénoncées par M. Barbier dans un argumentaire parfaitement construit –, je ne voterai pas l'article 9, par souci de cohérence, car j'ai voté l'amendement de suppression voilà quelques instants. La logique veut que j'adopte la même position.

M. André Reichardt. Tout à fait !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 9, modifié.

(L'article 9 est adopté.)

f. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 9

I. - À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée, et à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux intégrés à un établissement de santé, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. - Ces espaces sont destinés à accueillir des majeurs usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-7 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III à V. - *(Non modifiés)*

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 9

I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée, et à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux intégrés à un établissement de santé, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des majeurs usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-7 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III à V. - *(Non modifiés)*

b. Amendements adoptés en commission

- **Amendement n° AS 355 présenté par M. Sebaou, rapporteur et mme Lemorton**

ARTICLE 9

À l'alinéa 1, substituer aux mots :

« intégrés à un établissement de santé »

les mots :

« distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer un ajout du Sénat prévoyant d'adosser à un établissement de santé les salles de consommation à moindre risque faisant l'objet de l'expérimentation prévue à l'article 9.

Cet ajout restreint en effet inutilement le champ de l'expérimentation et n'est pas pertinent puisque les salles de consommation à moindre risque n'ont pas de vocation hospitalière.

- Amendement n° AS 356 présenté par M. Sebaou, rapporteur et mme Lemorton

ARTICLE 9

À la seconde phrase de l'alinéa 2, substituer au mot :

« responsabilité »

le mot :

« supervision ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'équipe pluridisciplinaire aura pour mission de superviser la consommation dans les salles de consommation à moindre risque.

Il est proposé d'en revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale.

c. Commission des affaires sociales, lundi 9 novembre 2015, séance de 21h30, compte rendu n° 13

Article 9 : Expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR)

La Commission est saisie des amendements identiques AS105 de M. Philippe Goujon, AS154 de Mme Valérie Boyer et AS158 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. Cet article pose deux difficultés : d'une part, il acte une rupture grave avec les politiques de lutte contre les toxicomanies menées depuis vingt ans en France ; d'autre part, il crée une zone de non-droit.

Nous avons procédé à une évaluation qui confirme qu'une expérimentation de six ans coûtera 1 million d'euros par an et par salle de shoot. Pour la même somme, mieux vaut financer des lits d'hospitalisation. Le modèle des communautés thérapeutiques est largement diffusé dans d'autres pays et repose sur une méthode innovante, axée sur l'abstinence. Ce système fonctionne, et l'on trouve de telles communautés en région parisienne. Autant poursuivre en ce sens notre lutte contre la toxicomanie et ne pas créer de zones de non-droit.

Mme Valérie Boyer. Tout comme mon collègue Jean-Pierre Door, je suis pour la suppression de cet article qui méconnaît la réalité du terrain. Au lieu de délivrer les toxicomanes de leur addiction, les salles de shoot, en leur apportant un encadrement médical et sécurisé, vont les y conforter, voire les inciter indirectement à augmenter leur consommation.

En outre, elles mettront en péril des quartiers entiers. Dominique Tian a rappelé pourquoi le maire de Marseille et lui-même, à titre de premier adjoint, considèrent que ces salles doivent être adossées à des établissements de santé et ne pas être installées dans des locaux ordinaires.

J'ajoute que plusieurs des huit pays au monde à avoir expérimenté ces salles font machine arrière en raison des difficultés qu'elles posent des points de vue de l'ordre public et sanitaire. De plus, il n'existe aucun lien avéré entre la présence des salles de shoot et la réduction du nombre d'overdoses ou la réduction d'infections virales du type VIH et hépatites B et C.

La création de zones de non-droit, que vient de dénoncer mon collègue Jean-Pierre Door, est en contradiction avec la norme constitutionnelle selon laquelle la loi doit être la même pour tous, qu'elle protège ou qu'elle punisse. En effet, cet article exclut du champ du délit d'usage et de détention illicite de stupéfiants les personnes détenant et consommant des substances à l'intérieur d'une salle de shoot. De même, il exclut du champ du délit de complicité d'usage illicite et de détention illicite de stupéfiants les professionnels de santé qui se trouvent dans ce même endroit.

On peut prendre la société telle qu'elle est, mais je ne puis me résoudre à l'impuissance publique ni accepter que l'on consacre dans la loi des comportements illicites. Je n'ai pas non plus envie que ma ville devienne un lieu touristique de la consommation de drogue. Car telle est la réalité : ce n'est pas pour les tulipes que certains touristes se rendent aux Pays-Bas, mais pour consommer des substances interdites chez nous. Et cela n'a réduit ni la délinquance ni les problèmes inhérents à la consommation de stupéfiants.

M. Bernard Accoyer. L'article 9 remet en cause une politique de lutte contre les toxicomanies qui a permis de diminuer les complications infectieuses liées à la toxicomanie par voie intraveineuse ainsi que le nombre d'overdoses. Alors même que cette politique est efficace et qu'on devrait la saluer, on en change. C'est une manière de faire assez surprenante.

La mesure envisagée crée des zones à droit différentiel dans lesquelles il serait permis de détenir des stupéfiants et de les commercialiser. Les professionnels qui y interviendraient pourraient être accusés de complicité de détention et d'usage de stupéfiants, et, si un accident survenait, de mise en danger de la vie d'autrui. Quant au voisinage, il se retrouverait, comme c'est le cas dans les pays étrangers où ces salles existent déjà, dans des conditions de sécurité et de tranquillité inacceptables.

Cette mesure, de surcroît lourde et onéreuse, paraît aller à l'encontre d'une politique qui mériterait d'être poursuivie. Pour atteindre un objectif, la continuité est une nécessité.

M. Arnaud Robinet. À propos des huit pays ayant expérimenté les salles de shoot, il faut comparer ce qui est comparable. Ces pays, par exemple, ne disposent pas des structures aujourd'hui en place en France pour accompagner les personnes malades qui se droguent. Ces salles de shoot ne semblent pas vraiment répondre aux enjeux puisque la grande majorité des huit pays vont revenir en arrière pour des raisons de sécurité, de santé et de coût. Jean-Pierre Door l'a rappelé, une salle de shoot coûte 1 million d'euros, une somme qui permettrait de financer quinze lits d'hospitalisation en addictologie.

Quitte à vous obstiner à vouloir expérimenter les salles de shoot en France, pourquoi ne pas retenir la proposition que nous avons faite en première lecture, et qui a été reprise par nos collègues sénateurs, de les adosser d'emblée à des structures hospitalières – centres hospitaliers universitaires (CHU) ou autres –, de façon à assurer un véritable suivi sanitaire et un accompagnement par le corps médical ? Implantées près des gares ou en centre-ville, ces salles ne pourront qu'apporter désordre public et problèmes juridiques, puisque les dealers pourront y faire leur commerce sans que la police puisse intervenir.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Permettez-moi de préciser à quel public s'adresse le dispositif. Ce sont des personnes qui ont disparu des radars de notre société : elles ne sont prises en charge ni par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ni par les CSAPA, et elles n'ont pas de médecin traitant. Elles sont dans la rue. Pour les avoir accompagnées pendant plusieurs années, je connais leurs pratiques. Elles vivent dans des squats, se piquent au pied des immeubles et le seul professionnel de santé qu'elles voient – quand elles en voient un – est le pharmacien chez qui elles viennent chercher un Stéribox. Voilà la réalité du terrain !

Vous dites que ces personnes doivent venir s'injecter leurs produits dans une salle dédiée et être accompagnées. Trouvez-vous préférable, que faute de tels lieux, elles se piquent à l'entrée d'un parking souterrain ? S'il faut saluer les sénateurs pour avoir maintenu, contre toute attente, le principe du dispositif, les modifications qu'ils ont adoptées, auxquelles vous êtes favorables, témoignent d'une certaine méconnaissance de ces populations. Elles s'injectent là où elles achètent le produit. Vous vous faites plaisir intellectuellement en proposant d'adosser ces salles à des établissements de santé mais, dans la pratique, ces personnes ne prendront jamais un bus pour se rendre à l'hôpital. Elles continueront à se piquer dans la rue.

L'expérimentation que nous souhaitons mettre en place vise un public précis, une population que personne ne voit – ni médecin référent ni éducateur de rue –, qui ne fréquente pas les CSAPA ni les membres de l'association AIDES, et qui se pique comme elle peut au bas des immeubles ou dans les parkings souterrains. Une population non identifiée qui choque tout un chacun quand elle se pique à la vue de tous dans la rue. Ce diagnostic visuel, je vous invite à aller le faire dans les grandes villes.

Pour autant, ces gens ne sont pas partout, ils se rassemblent dans les lieux où se vendent les produits, notamment l'héroïne. Les centres ne seront pas des zones de non-droit, bien au contraire, puisqu'ils y rencontreront des personnes qu'ils ne voient pas d'habitude. Je ne comprends donc pas où est le blocage sanitaire ou psychologique, à moins qu'il ne soit purement idéologique.

Évidemment, cela a un coût, mais la vie humaine a un coût. Si c'est ce qui vous gêne, emmenons-les sur un bateau et noyons-les dans l'Atlantique ! Cela ne coûtera rien et on ne les verra plus se piquer dans la rue. Moi, je pense que notre République, si elle croit encore en la dignité, doit leur tendre la main pour un très long chemin. Pour bien connaître le sujet, je puis vous dire que les parcours de ces personnes sont très longs et parsemés de rechutes. Pour une marche franchie, elles en redescendent deux puis en regagnent trois. Elles ne s'arrêtent pas de se droguer juste parce qu'on le leur demande. C'est ainsi.

Quelle autre solution avez-vous à proposer, chers collègues de l'opposition ? Vous n'allez tout de même pas prendre ces gens de force pour les placer dans des centres et les sevrer. Que suggérez-vous pour les raccrocher un tant soit peu à notre société et faire en sorte qu'elles commencent à regagner en dignité et à s'en sortir ?

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. C'est en effet à une population très restreinte, à très haut risque, vivant beaucoup moins longtemps que nous et dans des conditions extrêmement précaires et douloureuses que nous offrons une possibilité.

Je souhaiterais citer un extrait du rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) commis en 2010 au sujet des centres d'injection supervisés (CIS) existant à l'étranger. Selon cet institut, « les données disponibles indiquent que les CIS apportent des bénéfices aux usagers de drogues injectées : sécurité, injection dans des conditions hygiéniques, possibilité de recevoir conseils et instructions spécifiques [...]. Les CIS bénéficient également à la communauté par la réduction de l'usage de drogues en public et des nuisances associées. [...] Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette des services proposés aux usagers de drogues injectées. [...] C'est leur spécificité [...] et la complémentarité avec les autres offres du réseau de soins qui fait leur intérêt. »

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque que nous proposons s'intègre dans un réseau de services qui dépasse la prévention et le soin. Elle est essentielle pour permettre à une population – à tout le moins à quelques-uns – éloignée de tout, qui expose sa santé au-delà de l'imaginable, d'essayer de retrouver à la fois une sociabilité acceptable et des soins dont elle est aujourd'hui fort éloignée. Si on installait ces salles en milieu hospitalier, je suis convaincu que ces publics ne s'y rendraient pas.

Ce dispositif, je le reconnais volontiers, pose des difficultés au cœur des villes. Il faut donc expliquer les choses, susciter des projets et faire en sorte que les élus locaux y soient parties prenantes. C'est à nos frères humains en très grande difficulté que nous tendons la main. Et je ne veux pas entendre, même si vous avez le droit de le dire, que cela coûterait 1 million d'euros. Cela vaut la peine de donner à ces individus qui se piquent et meurent dans la rue un petit espoir, éventuellement une solution.

Mme Isabelle Le Callennec. Qu'est-ce que ces centres apporteront de plus que les CAARUD, qui ont pour missions l'accueil collectif et individuel, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, des interventions de proximité à l'extérieur et le développement d'actions de médiation sociale ? Ces publics sont éloignés de tout, mais les CAARUD ont des équipes mobiles. Qu'apportera de plus un centre localisé à un endroit donné ?

M. Dominique Tian. C'est un sujet sensible bien connu dans le quartier de Saint-Charles-Cannebière, en centre-ville de Marseille. Des centaines de drogués s'y retrouvent toute la journée pour se piquer à l'héroïne dans les parkings de la gare de Saint-Charles ou dans les immeubles. Mais comment adhérer à l'idée de créer en centre-ville une zone de non-droit, où les gens seraient soignés à l'aide de

substances illicites, interdites à la vente et à la consommation, et dans laquelle la police se verrait interdire d'intervenir ?

Ainsi que vient de le rappeler Isabelle Le Callennec, nous disposons de structures hospitalières efficaces, telles que les CAARUD. Et le Sénat avait préféré adosser le dispositif à des centres de santé excentrés afin d'inciter les gens à se soigner, au lieu de leur faire savoir qu'en haut de la Cannebière se trouve une zone de quelques centaines de mètres carrés dans laquelle la puissance publique n'interviendra pas. Votre dispositif créera un appel très fort, car les gens se diront que, dans le centre-ville de Marseille, il est permis de se droguer en toute impunité.

Les doses d'héroïne coûtent très cher, et nous avons un problème de délinquance qui ne peut échapper à personne. Dans les cages d'escalier des HLM de Marseille, on tue des enfants de quinze ans. Vous comprendrez que nous nous préoccupions de l'ultra-violence des gens qui se promènent armés et des dealers qui fournissent de la drogue en centre-ville. Nous avons un choix à faire, c'est vrai. Ces populations extrêmement affaiblies, qu'il faut essayer de sauver et de protéger de la mort, pour le voisinage des centres-villes, ce sont des fous furieux totalement drogués. Si la police n'intervient pas, ne fouille pas, n'arrête pas, ce sera la fin des centres-villes. La ville de Marseille était d'accord avec la proposition du Sénat d'un adossement à des centres de santé. Autrement, la disposition est inacceptable.

Mme Valérie Boyer. Sans surprise, je partage l'avis de Dominique Tian. Il n'y a pas, d'un côté, les gentils qui veulent sauver les personnes dépendantes de la drogue, mourant dans la rue, et, d'un autre côté, les autres. Nous connaissons tous, à divers titres, des personnes plongées dans de telles situations dramatiques. Pour autant, je ne puis me résoudre à ce que la loi, devant le fait accompli, consacre la dépendance à des substances dangereuses pour elles-mêmes et pour les autres de ces personnes en les autorisant à en consommer dans un espace donné. D'ailleurs, que verra-t-on aux abords de ces salles, sinon l'agglutinement de dealers, prostituées et toute la misère qui accompagne les addictions aux drogues dures ? Comment allez-vous expliquer aux Français que la loi reste applicable mais que les toxicomanes qui acquerront leurs produits dans une salle de shoot, ainsi que les dealers présents, ne pourront pas être sanctionnés, alors qu'ils pourront l'être ailleurs. Cela n'est pas cohérent !

Madame la présidente, vous dites que c'est un moyen, pour ces toxicomanes, de rencontrer des professionnels de santé, des éducateurs de rue, des personnes pouvant les aider et les soulager. Mais les CAARUD existent. À Marseille, le SAMU social et d'autres équipes vont également dans la rue pour aider ces personnes et essayer de les emmener dans des centres où elles seront prises en charge et réconfortées. Nous ne les laissons pas au bord du chemin. De là à cristalliser dans certains quartiers un endroit où il sera permis de se shooter, je pense qu'il y a un pas à ne pas franchir. D'ailleurs, les pays qui l'ont fait en reviennent. Il faut aussi tenir compte des expériences menées à l'étranger.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Il faut, sur ce sujet, continuer à faire œuvre de pédagogie et rappeler certains éléments rationnels face aux contre-vérités que nous venons d'entendre une nouvelle fois ce soir.

Une question de vocabulaire, d'abord : il est extrêmement important de ne pas parler de salles de shoot mais de salles de consommation à moindre risque, non seulement pour défendre la francophonie, mais surtout par respect de la dignité des personnes et dans un souci de précision. Cette dénomination signifie bien que nous nous inscrivons dans une logique de santé publique. Ce n'est pas l'alpha et l'oméga de l'ensemble des politiques de réduction des risques – il s'agit d'ailleurs d'une expérimentation –, mais un élément pertinent qui a pour but d'amener les personnes à sortir des parcours de toxicomanie.

Je ne peux pas non plus vous laisser dire qu'il s'agit de zones de non-droit. Mme la présidente et M. le rapporteur ont bien expliqué que les personnes concernées seront encadrées et accompagnées par des associations, des professionnels de santé et des élus locaux porteurs de ces projets. Mme Delaunay a cité Alain Juppé à Bordeaux ; moi-même je peux mentionner un projet à Paris porté très en amont depuis plusieurs années maintenant.

Enfin, ces salles de consommation à moindre risque permettent aussi de ne pas avoir de seringues dans la rue ni de situations non régulées. Elles permettront de sécuriser les environnements urbains.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Madame Le Callennec, si les CAARUD étaient la solution, personne ne se piquerait dans la rue. Quant au SAMU social, il intervient dans l'immédiateté pour

trouver un hébergement à la personne ou la soigner si elle a un problème de santé. Or les parcours de sortie de la toxicomanie sont très longs, parfois jusqu'à dix à quinze ans. Toutes les propositions que vous faites ne répondent pas à la situation de ces personnes. Elles ne vont jamais dans les CAARUD et ces derniers ne les trouvent pas non plus.

C'est pourquoi nous proposons un dispositif expérimental. À entendre vos collègues, l'expérimentation des salles de consommation va créer des générations spontanées d'injecteurs compulsifs d'héroïne, l'offre suscitant en quelque sorte la demande. Mais ces personnes existent. Et l'on ne peut même pas parler de demande puisqu'elles ne demandent rien : elles continuent à se piquer et à se détruire la santé. L'idée est d'aller au-devant d'elles pour leur offrir une solution supplémentaire dans la panoplie existante et ainsi essayer de les re-socialiser. Il existe des CAARUD à Toulouse, mais cela n'empêche pas qu'une certaine population se pique dans la rue.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Si les CAARUD étaient l'alpha et l'oméga, cela se saurait, en effet. J'ai modestement cité les éléments figurant dans le rapport de l'INSERM sur les centres de consommation à moindre risque. Nous avons très probablement besoin de cet outil supplémentaire. J'émettrai donc un avis défavorable aux amendements de suppression de l'article 9.

La Commission **rejette** les amendements.

Elle examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS355 et AS356 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. L'amendement AS355 vise à revenir sur l'adossement, par le Sénat, des centres de consommation à moindre risque à des établissements de santé. Nous souhaitons, en effet, que ces centres soient distincts de ceux qui sont habituellement utilisés dans le cadre des missions de soins.

Ensuite, le Sénat a substitué la notion de responsabilité à celle de supervision. Or ce dernier terme est mentionné à l'article 8 de sorte qu'il convient de le reprendre à l'article 9. C'est l'objet de l'amendement AS356.

Enfin, je souligne que le Sénat a inséré un élément utile dans cet article en prévoyant une concertation avec les collectivités locales, qui vont, en partenariat, accueillir ces salles de consommation à moindre risque.

M. Jean-Pierre Door. Je regrette le dépôt de l'amendement AS355. Nous l'avons dit, les Républicains ne sont pas favorables à ces salles de shoot et préféreraient qu'on continue à investir dans les CAARUD, les communautés thérapeutiques et les centres d'hébergement. Néanmoins, les sénateurs ont essayé de raccrocher ces salles à des centres hospitaliers, afin d'assurer un contrôle hospitalier. Vous supprimez cette disposition et c'est un retour à la case départ : les salles de shoot seront installées n'importe où en ville – sous un pont, sur une place, derrière des immeubles. Vous avez bien vu le tollé qu'a soulevé dans le XIX^e arrondissement de Paris la proposition d'implanter de telles salles près d'appartements. Vous auriez au moins pu maintenir cette tentative sénatoriale de régulation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Cette population ne se rend déjà pas dans les CAARUD, qui se trouvent pour la plupart en centre-ville, elle ira encore moins dans des établissements de santé éloignés du centre. Si vous la connaissiez, vous ne parleriez pas ainsi. Une personne qui se pique à la sortie d'un parking souterrain ou près d'une gare ne prendra pas le bus pour se rendre dans un CHU situé à huit kilomètres. La réalité du toxicomane est celle-ci qu'il est tellement en manque qu'il achète et qu'il se pique à proximité du lieu où il a trouvé de la drogue.

Les toxicomanes se concentrent à certains endroits de la ville, là où les produits se vendent. La police connaît très bien les lieux ainsi que les jours et les heures d'arrivée et de vente, notamment sur les plaques tournantes toulousaine et lilloise. La brigade des stupéfiants fait ce qu'elle peut, il n'empêche qu'il y en a toujours qui achètent et se piquent. Il ne faut pas rêver, cette population ne bouge pas du centre-ville.

La Commission **adopte** successivement les amendements AS355 et AS356.

Puis elle **adopte** l'article 9 **modifié**.

d. Rapport n° 3215 du 10 novembre 2015, commission des affaires sociales

Article 9

Expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR)

Cet article vise à autoriser l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque.

Afin de mieux prévenir les dommages occasionnés par la consommation de produits stupéfiants, il est ainsi proposé d'autoriser la consommation de substances illicites au sein d'espaces gérés par les personnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD), sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire.

Les centres concernés par l'expérimentation seront désignés par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétente, et devront respecter un cahier des charges national.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales a adopté deux amendements précisant que la durée de l'expérimentation de six ans est une durée maximale, ainsi qu'un amendement indiquant que le rapport sur le déroulement de l'expérimentation élaboré par chaque CAARUD sera transmis au maire de la commune accueillant la salle de consommation à moindre risque, en complément de la transmission au directeur général de l'ARS et au ministre en charge de la santé.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

En séance publique, les sénateurs ont adopté, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, plusieurs amendements identiques visant à prévoir que la décision et les conditions d'installation des salles de consommation à moindre risque fassent l'objet d'une concertation, en amont, entre l'ARS, la structure porteuse et le maire de la commune concernée.

Les sénateurs ont également adopté, contre l'avis du Gouvernement cette fois, un amendement prévoyant d'adosser les salles de consommation à moindre risque accueillant l'expérimentation à un établissement de santé et prévoyant, par cohérence, que l'expérimentation se fasse sous la responsabilité – et non plus sous la supervision – d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social.

3. La position de la commission

La commission considère qu'il n'est pas souhaitable de généraliser l'intégration des salles de consommation à moindre risque dans un établissement de santé : ces salles n'ayant pas une vocation hospitalière, certaines pourront être situées à proximité des locaux d'un hôpital, mais cette possibilité ne saurait être systématisée sans remettre en cause la liberté du maire et des associations locales qui souhaiteraient structurer différemment la prise en charge.

Pour cette raison, la commission a supprimé les ajouts du Sénat relatifs à l'intégration des salles de consommation à moindre risque dans un établissement de santé.

*

La commission est saisie des amendements identiques AS105 de M. Philippe Goujon, AS154 de Mme Valérie Boyer et AS158 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. Cet article pose deux difficultés : d'une part, il acte une rupture grave avec les politiques de lutte contre les toxicomanies menées depuis vingt ans en France ; d'autre part, il crée une zone de non-droit.

Nous avons procédé à une évaluation qui confirme qu'une expérimentation de six ans coûtera 1 million d'euros par an et par salle de *shoot*. Pour la même somme, mieux vaut financer des lits d'hospitalisation. Le modèle des communautés thérapeutiques est largement diffusé dans d'autres pays et repose sur une méthode innovante, axée sur l'abstinence. Ce système fonctionne, et l'on trouve de telles communautés en région parisienne. Autant poursuivre en ce sens notre lutte contre la toxicomanie et ne pas créer de zones de non-droit.

Mme Valérie Boyer. Tout comme mon collègue Jean-Pierre Door, je suis pour la suppression de cet article qui méconnaît la réalité du terrain. Au lieu de délivrer les toxicomanes de leur addiction, les salles de *shoot*, en leur apportant un encadrement médical et sécurisé, vont les y conforter, voire les inciter indirectement à augmenter leur consommation.

En outre, elles mettront en péril des quartiers entiers. Dominique Tian a rappelé pourquoi le maire de Marseille et lui-même, à titre de premier adjoint, considèrent que ces salles doivent être adossées à des établissements de santé et ne pas être installées dans des locaux ordinaires.

J'ajoute que plusieurs des huit pays au monde à avoir expérimenté ces salles font machine arrière en raison des difficultés qu'elles posent des points de vue de l'ordre public et sanitaire. De plus, il n'existe aucun lien avéré entre la présence des salles de *shoot* et la réduction du nombre d'overdoses ou la réduction d'infections virales du type VIH et hépatites B et C.

La création de zones de non-droit, que vient de dénoncer mon collègue Jean-Pierre Door, est en contradiction avec la norme constitutionnelle selon laquelle la loi doit être la même pour tous, qu'elle protège ou qu'elle punisse. En effet, cet article exclut du champ du délit d'usage et de détention illicite de stupéfiants les personnes détenant et consommant des substances à l'intérieur d'une salle de *shoot*. De même, il exclut du champ du délit de complicité d'usage illicite et de détention illicite de stupéfiants les professionnels de santé qui se trouvent dans ce même endroit.

On peut prendre la société telle qu'elle est, mais je ne puis me résoudre à l'impuissance publique ni accepter que l'on consacre dans la loi des comportements illicites. Je n'ai pas non plus envie que ma ville devienne un lieu touristique de la consommation de drogue. Car telle est la réalité : ce n'est pas pour les tulipes que certains touristes se rendent aux Pays-Bas, mais pour consommer des substances interdites chez nous. Et cela n'a réduit ni la délinquance ni les problèmes inhérents à la consommation de stupéfiants.

M. Bernard Accoyer. L'article 9 remet en cause une politique de lutte contre les toxicomanies qui a permis de diminuer les complications infectieuses liées à la toxicomanie par voie intraveineuse ainsi que le nombre d'overdoses. Alors même que cette politique est efficace et qu'on devrait la saluer, on en change. C'est une manière de faire assez surprenante.

La mesure envisagée crée des zones à droit différentiel dans lesquelles il serait permis de détenir des stupéfiants et de les commercialiser. Les professionnels qui y interviendraient pourraient être accusés de complicité de détention et d'usage de stupéfiants, et, si un accident survenait, de mise en danger de la vie d'autrui. Quant au voisinage, il se retrouverait, comme c'est le cas dans les pays étrangers où ces salles existent déjà, dans des conditions de sécurité et de tranquillité inacceptables.

Cette mesure, de surcroît lourde et onéreuse, paraît aller à l'encontre d'une politique qui mériterait d'être poursuivie. Pour atteindre un objectif, la continuité est une nécessité.

M. Arnaud Robinet. À propos des huit pays ayant expérimenté les salles de *shoot*, il faut comparer ce qui est comparable. Ces pays, par exemple, ne disposent pas des structures aujourd'hui en place en France pour accompagner les personnes malades qui se droguent. Ces salles de *shoot* ne semblent pas vraiment répondre aux enjeux puisque la grande majorité des huit pays vont revenir en arrière pour des raisons de sécurité, de santé et de coût. Jean-Pierre Door l'a rappelé, une salle de *shoot* coûte 1 million d'euros, une somme qui permettrait de financer quinze lits d'hospitalisation en addictologie.

Quitte à vous obstiner à vouloir expérimenter les salles de *shoot* en France, pourquoi ne pas retenir la proposition que nous avons faite en première lecture, et qui a été reprise par nos collègues sénateurs, de les adosser d'emblée à des structures hospitalières – centres hospitaliers universitaires (CHU) ou autres –, de façon à assurer un véritable suivi sanitaire et un accompagnement par le corps médical ? Implantées près des gares ou en centre-ville, ces salles ne pourront qu'apporter désordre public et problèmes juridiques, puisque les *dealers* pourront y faire leur commerce sans que la police puisse intervenir.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Permettez-moi de préciser à quel public s'adresse le dispositif. Ce sont des personnes qui ont disparu des radars de notre société : elles ne sont prises en charge ni par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ni par les CSAPA, et elles n'ont pas de médecin traitant. Elles sont dans la rue. Pour les avoir accompagnées pendant plusieurs années, je connais leurs pratiques. Elles vivent dans

des *squats*, se piquent au pied des immeubles et le seul professionnel de santé qu'elles voient – quand elles en voient un – est le pharmacien chez qui elles viennent chercher un Stéribox. Voilà la réalité du terrain !

Vous dites que ces personnes doivent venir s'injecter leurs produits dans une salle dédiée et être accompagnées. Trouvez-vous préférable, que faute de tels lieux, elles se piquent à l'entrée d'un parking souterrain ? S'il faut saluer les sénateurs pour avoir maintenu, contre toute attente, le principe du dispositif, les modifications qu'ils ont adoptées, auxquelles vous êtes favorables, témoignent d'une certaine méconnaissance de ces populations. Elles s'injectent là où elles achètent le produit. Vous vous faites plaisir intellectuellement en proposant d'adosser ces salles à des établissements de santé mais, dans la pratique, ces personnes ne prendront jamais un bus pour se rendre à l'hôpital. Elles continueront à se piquer dans la rue.

L'expérimentation que nous souhaitons mettre en place vise un public précis, une population que personne ne voit – ni médecin référent ni éducateur de rue –, qui ne fréquente pas les CSAPA ni les membres de l'association AIDES, et qui se pique comme elle peut au bas des immeubles ou dans les parkings souterrains. Une population non identifiée qui choque tout un chacun quand elle se pique à la vue de tous dans la rue. Ce diagnostic visuel, je vous invite à aller le faire dans les grandes villes.

Pour autant, ces gens ne sont pas partout, ils se rassemblent dans les lieux où se vendent les produits, notamment l'héroïne. Les centres ne seront pas des zones de non-droit, bien au contraire, puisqu'ils y rencontreront des personnes qu'ils ne voient pas d'habitude. Je ne comprends donc pas où est le blocage sanitaire ou psychologique, à moins qu'il ne soit purement idéologique.

Évidemment, cela a un coût, mais la vie humaine a un coût. Si c'est ce qui vous gêne, emmenons-les sur un bateau et noyons-les dans l'Atlantique ! Cela ne coûtera rien et on ne les verra plus se piquer dans la rue. Moi, je pense que notre République, si elle croit encore en la dignité, doit leur tendre la main pour un très long chemin. Pour bien connaître le sujet, je puis vous dire que les parcours de ces personnes sont très longs et parsemés de rechutes. Pour une marche franchie, elles en redescendent deux puis en regagnent trois. Elles ne s'arrêtent pas de se droguer juste parce qu'on le leur demande. C'est ainsi.

Quelle autre solution avez-vous à proposer, chers collègues de l'opposition ? Vous n'allez tout de même pas prendre ces gens de force pour les placer dans des centres et les sevrer. Que suggérez-vous pour les raccrocher un tant soit peu à notre société et faire en sorte qu'elles commencent à regagner en dignité et à s'en sortir ?

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. C'est en effet à une population très restreinte, à très haut risque, vivant beaucoup moins longtemps que nous et dans des conditions extrêmement précaires et douloureuses que nous offrons une possibilité.

Je souhaiterais citer un extrait du rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) commis en 2010 au sujet des centres d'injection supervisés (CIS) existant à l'étranger. Selon cet institut, « les données disponibles indiquent que les CIS apportent des bénéfices aux usagers de drogues injectées : sécurité, injection dans des conditions hygiéniques, possibilité de recevoir conseils et instructions spécifiques [...]. Les CIS bénéficient également à la communauté par la réduction de l'usage de drogues en public et des nuisances associées. [...] Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette des services proposés aux usagers de drogues injectées. [...] C'est leur spécificité [...] et la complémentarité avec les autres offres du réseau de soins qui fait leur intérêt. »

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque que nous proposons s'intègre dans un réseau de services qui dépasse la prévention et le soin. Elle est essentielle pour permettre à une population – à tout le moins à quelques-uns – éloignée de tout, qui expose sa santé au-delà de l'imaginable, d'essayer de retrouver à la fois une sociabilité acceptable et des soins dont elle est aujourd'hui fort éloignée. Si on installait ces salles en milieu hospitalier, je suis convaincu que ces publics ne s'y rendraient pas.

Ce dispositif, je le reconnais volontiers, pose des difficultés au cœur des villes. Il faut donc expliquer les choses, susciter des projets et faire en sorte que les élus locaux y soient parties prenantes. C'est à nos frères humains en très grande difficulté que nous tendons la main. Et je ne veux pas entendre, même si vous avez le droit de le dire, que cela coûterait 1 million d'euros. Cela vaut la peine de

donner à ces individus qui se piquent et meurent dans la rue un petit espoir, éventuellement une solution.

Mme Isabelle Le Callennec. Qu'est-ce que ces centres apporteront de plus que les CAARUD, qui ont pour missions l'accueil collectif et individuel, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, des interventions de proximité à l'extérieur et le développement d'actions de médiation sociale ? Ces publics sont éloignés de tout, mais les CAARUD ont des équipes mobiles. Qu'apportera de plus un centre localisé à un endroit donné ?

M. Dominique Tian. C'est un sujet sensible bien connu dans le quartier de Saint-Charles-Cannebière, en centre-ville de Marseille. Des centaines de drogués s'y retrouvent toute la journée pour se piquer à l'héroïne dans les parkings de la gare de Saint-Charles ou dans les immeubles. Mais comment adhérer à l'idée de créer en centre-ville une zone de non-droit, où les gens seraient soignés à l'aide de substances illicites, interdites à la vente et à la consommation, et dans laquelle la police se verrait interdire d'intervenir ?

Ainsi que vient de le rappeler Isabelle Le Callennec, nous disposons de structures hospitalières efficaces, telles que les CAARUD. Et le Sénat avait préféré adosser le dispositif à des centres de santé excentrés afin d'inciter les gens à se soigner, au lieu de leur faire savoir qu'en haut de la Cannebière se trouve une zone de quelques centaines de mètres carrés dans laquelle la puissance publique n'interviendra pas. Votre dispositif créera un appel très fort, car les gens se diront que, dans le centre-ville de Marseille, il est permis de se droguer en toute impunité.

Les doses d'héroïne coûtent très cher, et nous avons un problème de délinquance qui ne peut échapper à personne. Dans les cages d'escalier des HLM de Marseille, on tue des enfants de quinze ans. Vous comprendrez que nous nous préoccupions de l'ultra-violence des gens qui se promènent armés et des *dealers* qui fournissent de la drogue en centre-ville. Nous avons un choix à faire, c'est vrai. Ces populations extrêmement affaiblies, qu'il faut essayer de sauver et de protéger de la mort, pour le voisinage des centres-villes, ce sont des fous furieux totalement drogués. Si la police n'intervient pas, ne fouille pas, n'arrête pas, ce sera la fin des centres-villes. La ville de Marseille était d'accord avec la proposition du Sénat d'un adossement à des centres de santé. Autrement, la disposition est inacceptable.

Mme Valérie Boyer. Sans surprise, je partage l'avis de Dominique Tian. Il n'y a pas, d'un côté, les gentils qui veulent sauver les personnes dépendantes de la drogue, mourant dans la rue, et, d'un autre côté, les autres. Nous connaissons tous, à divers titres, des personnes plongées dans de telles situations dramatiques. Pour autant, je ne puis me résoudre à ce que la loi, devant le fait accompli, consacre la dépendance à des substances dangereuses pour elles-mêmes et pour les autres de ces personnes en les autorisant à en consommer dans un espace donné. D'ailleurs, que verra-t-on aux abords de ces salles, sinon l'agglutinement de *dealers*, prostituées et toute la misère qui accompagne les addictions aux drogues dures ? Comment allez-vous expliquer aux Français que la loi reste applicable mais que les toxicomanes qui acquerront leurs produits dans une salle de *shoot*, ainsi que les *dealers* présents, ne pourront pas être sanctionnés, alors qu'ils pourront l'être ailleurs. Cela n'est pas cohérent !

Madame la présidente, vous dites que c'est un moyen, pour ces toxicomanes, de rencontrer des professionnels de santé, des éducateurs de rue, des personnes pouvant les aider et les soulager. Mais les CAARUD existent. À Marseille, le SAMU social et d'autres équipes vont également dans la rue pour aider ces personnes et essayer de les emmener dans des centres où elles seront prises en charge et réconfortées. Nous ne les laissons pas au bord du chemin. De là à cristalliser dans certains quartiers un endroit où il sera permis de se *shooter*, je pense qu'il y a un pas à ne pas franchir. D'ailleurs, les pays qui l'ont fait en reviennent. Il faut aussi tenir compte des expériences menées à l'étranger.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Il faut, sur ce sujet, continuer à faire œuvre de pédagogie et rappeler certains éléments rationnels face aux contre-vérités que nous venons d'entendre une nouvelle fois ce soir.

Une question de vocabulaire, d'abord : il est extrêmement important de ne pas parler de salles de *shoot* mais de salles de consommation à moindre risque, non seulement pour défendre la francophonie, mais surtout par respect de la dignité des personnes et dans un souci de précision. Cette dénomination signifie bien que nous nous inscrivons dans une logique de santé publique. Ce n'est pas l'alpha et l'oméga de l'ensemble des politiques de réduction des risques – il s'agit d'ailleurs d'une

expérimentation –, mais un élément pertinent qui a pour but d'amener les personnes à sortir des parcours de toxicomanie.

Je ne peux pas non plus vous laisser dire qu'il s'agit de zones de non-droit. Mme la présidente et M. le rapporteur ont bien expliqué que les personnes concernées seront encadrées et accompagnées par des associations, des professionnels de santé et des élus locaux porteurs de ces projets. Mme Delaunay a cité Alain Juppé à Bordeaux ; moi-même je peux mentionner un projet à Paris porté très en amont depuis plusieurs années maintenant.

Enfin, ces salles de consommation à moindre risque permettent aussi de ne pas avoir de seringues dans la rue ni de situations non régulées. Elles permettront de sécuriser les environnements urbains.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Madame Le Callennec, si les CAARUD étaient la solution, personne ne se piquerait dans la rue. Quant au SAMU social, il intervient dans l'immédiateté pour trouver un hébergement à la personne ou la soigner si elle a un problème de santé. Or les parcours de sortie de la toxicomanie sont très longs, parfois jusqu'à dix à quinze ans. Toutes les propositions que vous faites ne répondent pas à la situation de ces personnes. Elles ne vont jamais dans les CAARUD et ces derniers ne les trouvent pas non plus.

C'est pourquoi nous proposons un dispositif expérimental. À entendre vos collègues, l'expérimentation des salles de consommation va créer des générations spontanées d'injecteurs compulsifs d'héroïne, l'offre suscitant en quelque sorte la demande. Mais ces personnes existent. Et l'on ne peut même pas parler de demande puisqu'elles ne demandent rien : elles continuent à se piquer et à se détruire la santé. L'idée est d'aller au-devant d'elles pour leur offrir une solution supplémentaire dans la panoplie existante et ainsi essayer de les re-sociabiliser. Il existe des CAARUD à Toulouse, mais cela n'empêche pas qu'une certaine population se pique dans la rue.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Si les CAARUD étaient l'alpha et l'oméga, cela se saurait, en effet. J'ai modestement cité les éléments figurant dans le rapport de l'INSERM sur les centres de consommation à moindre risque. Nous avons très probablement besoin de cet outil supplémentaire. J'émettrai donc un avis défavorable aux amendements de suppression de l'article 9.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS355 et AS356 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. L'amendement AS355 vise à revenir sur l'adossement, par le Sénat, des centres de consommation à moindre risque à des établissements de santé. Nous souhaitons, en effet, que ces centres soient distincts de ceux qui sont habituellement utilisés dans le cadre des missions de soins.

Ensuite, le Sénat a substitué la notion de responsabilité à celle de supervision. Or ce dernier terme est mentionné à l'article 8 de sorte qu'il convient de le reprendre à l'article 9. C'est l'objet de l'amendement AS356.

Enfin, je souligne que le Sénat a inséré un élément utile dans cet article en prévoyant une concertation avec les collectivités locales, qui vont, en partenariat, accueillir ces salles de consommation à moindre risque.

M. Jean-Pierre Door. Je regrette le dépôt de l'amendement AS355. Nous l'avons dit, les Républicains ne sont pas favorables à ces salles de *shoot* et préféreraient qu'on continue à investir dans les CAARUD, les communautés thérapeutiques et les centres d'hébergement. Néanmoins, les sénateurs ont essayé de raccrocher ces salles à des centres hospitaliers, afin d'assurer un contrôle hospitalier. Vous supprimez cette disposition et c'est un retour à la case départ : les salles de *shoot* seront installées n'importe où en ville – sous un pont, sur une place, derrière des immeubles. Vous avez bien vu le tollé qu'a soulevé dans le XIX^e arrondissement de Paris la proposition d'implanter de telles salles près d'appartements. Vous auriez au moins pu maintenir cette tentative sénatoriale de régulation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Cette population ne se rend déjà pas dans les CAARUD, qui se trouvent pour la plupart en centre-ville, elle ira encore moins dans des établissements de santé éloignés du centre. Si vous la connaissiez, vous ne parleriez pas ainsi. Une personne qui se pique à la sortie d'un parking souterrain ou près d'une gare ne prendra pas le bus pour se rendre dans un CHU situé à huit kilomètres. La réalité du toxicomane est celle-ci qu'il est tellement en manque qu'il achète et qu'il se pique à proximité du lieu où il a trouvé de la drogue.

Les toxicomanes se concentrent à certains endroits de la ville, là où les produits se vendent. La police connaît très bien les lieux ainsi que les jours et les heures d'arrivée et de vente, notamment sur les plaques tournantes toulousaine et lilloise. La brigade des stupéfiants fait ce qu'elle peut, il n'empêche qu'il y en a toujours qui achètent et se piquent. Il ne faut pas rêver, cette population ne bouge pas du centre-ville.

La commission adopte successivement les amendements AS355 et AS356.

Puis elle adopte l'article 9 modifié.

e. Compte rendu intégral des débats, première séance du vendredi 27 novembre 2015

Article 9

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article vise à expérimenter dans certaines grandes villes des salles de consommation à moindre risque. Face au problème de la dépendance à l'héroïne – puisque c'est de cela qu'il s'agit principalement – il convient d'éviter les jugements hâtifs et trop tranchés, car le sujet est extrêmement complexe.

Il convient de rappeler, en reprenant le titre d'un ouvrage célèbre, qu'il n'y a pas de drogués heureux. La dépendance à l'héroïne est une maladie, un fléau, contre lequel tout doit être mis en œuvre. Notre pays dispose, pour ce faire, d'une large palette d'action, qui a d'ailleurs été efficace puisque, jusqu'à une date récente, la consommation de drogue injectable était relativement faible et stable. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale constate cependant que depuis 2002 le nombre d'overdoses est reparti à la hausse. C'est un phénomène qui coïncide avec l'apparition d'une nouvelle population de personnes toxicomanes : de jeunes errants dépourvus de tout soutien familial et institutionnel, ou des migrants, totalement démunis, en provenance notamment d'Europe de l'Est.

C'est principalement à cette population que s'adresse le nouvel instrument de prévention des risques que constituent ces salles de consommation. Il va de soi que la nécessité de ces lieux ne réjouit personne. Tout le monde, dans cet hémicycle, préférerait que ces personnes ne se droguent pas ou, à tout le moins, qu'elles le fassent dans les conditions qui permettent de ne pas ajouter l'hépatite ou le sida à la toxicomanie. C'est le rôle de ces salles de consommation, qui devraient permettre des injections dans de bonnes conditions, ou du moins dans des conditions sanitaires de qualité. Ce n'est satisfaisant pour personne – je le répète, et ce n'est pas la peine de nous diviser inutilement – mais c'est la moins mauvaise des solutions, l'autre consistant à se voiler la face devant cette réalité, aussi triste soit-elle. Pour ces raisons, je soutiendrai cette disposition.

M. le président. La parole est à M. Philippe Goujon.

M. Philippe Goujon. Nous en arrivons à l'article qui légalise les salles de *shoot*, autrement dit, soyons clairs, le cheval de Troie de la dépénalisation de la drogue dans notre pays. Même si l'article 8 bis A a été supprimé, la transaction pénale permet désormais de dépénaliser, de fait, la première consommation de drogue. La contrainte pénale, introduite par la loi de 2014, exempte par ailleurs les petits trafiquants de peines de prison. Et la garde des sceaux mène, parallèlement, une expérimentation de non-mise en détention des usagers de drogue à partir du moment où ils sont seulement usagers, sans délits connexes.

Les usagers problématiques de drogue que vous visez, et on peut le comprendre, à travers cet article, ne se rendent que très difficilement dans de telles structures, tant ils craignent d'être fichés, et parce que ces structures ne sont ouvertes qu'aux heures de bureau – c'est du moins le cas dans les pays étrangers qui en ont ouvert. Cette solution consiste, par ailleurs, à cacher derrière des murs des

personnes que, d'une certaine manière, on abandonne à leur addiction, alors qu'il faudrait les aider, en accordant davantage de crédits aux acteurs de terrain qui vont à leur rencontre au cours de leurs maraudes.

Je rappelle que le budget annuel d'une seule de ces salles permettrait d'ouvrir quinze lits en addictologie ou de financer le fonctionnement de communautés thérapeutiques à la française, lesquelles ont fait l'objet d'évaluations positives, pour promouvoir la réinsertion par le sevrage. Il faut donc amplifier la politique de réduction des risques et de prévention des toxicodépendances dans notre pays, mais certainement pas lever l'interdit de la consommation de drogue.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. L'article 9 suscite des débats qui dépassent, on le voit, les clivages politiques. Au travers de cet article, nous faisons le choix de revenir sur la position sage qui a été adoptée par le Sénat. Je comprends que certains s'opposent à l'existence même des salles de consommation à moindre risque. Notre collègue Jacqueline Fraysse l'a dit à l'instant : il n'est pas satisfaisant d'en venir à ce genre de disposition.

Je le rappelle ici : l'instauration de tels lieux ne remet nullement en cause la légalisation actuelle relative à la consommation des drogues. La mesure que nous proposons relève d'une démarche médicale de soin et répond à une utilité sanitaire. Par ailleurs, l'expérimentation qui est proposée n'a pas vocation à se substituer aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, les CAARUD, ni aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA. Nous sommes d'ailleurs, et je tiens à le dire ici, très reconnaissants du travail qui est accompli par les professionnels au sein de ces établissements.

Cela étant, les salles de consommation à moindre risque s'adressent à des personnes qui ont, somme toute, disparu des radars de notre société, et qui ne sont pas prises en charge par les structures existantes. Il ne faut pas oublier la réalité du quotidien dans nos villes : ce sont les riverains qui subissent, au détour d'une rue ou d'un parking, les nuisances liées au trafic de drogue, du fait de l'absence de contrôle et d'accompagnement. Enfin, si nous permettons aux toxicomanes de rencontrer, dans ce genre de lieux, des spécialistes en addictologie, qui pourront les prendre en charge et les aider à sortir de la drogue, je crois que nous aurons fait, sur un sujet extrêmement délicat, un progrès considérable.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Philippe Goujon, pour soutenir l'amendement n° 91, tendant à supprimer l'article 9.

M. Philippe Goujon. Cet amendement vise à éviter à notre pays ce que, contrairement à notre collègue Richard, j'appellerai un désastre sanitaire et sécuritaire.

En supprimant la disposition introduite au Sénat, qui consistait à adosser ces futures salles à des structures hospitalières, vous démontrez qu'il s'agit moins de soigner les toxicodépendants, que de les accompagner dans leur addiction. Tous les médecins vous diront d'ailleurs que c'est un non-sens de prétendre soigner une addiction avec le produit même qui l'a créée. Comment l'État peut-il accompagner ces personnes en mettant à leur disposition des personnels rémunérés sur fonds publics pour les assister dans l'injection de substances illicites et létales, et en se défaussant, de surcroît, de toute responsabilité ? C'est un signal permissif, je le répète, catastrophique pour les victimes de la drogue, pour leurs familles et pour tous ceux qui se battent à leurs côtés pour les aider à sortir de cet enfer.

C'est aussi un désastre sécuritaire qui s'annonce, conjugué à toutes les mesures que j'ai déjà évoquées et qui ont été adoptées par votre gouvernement pour dépenaliser la consommation de drogue et organiser l'impunité. Nous nous alarmons aussi des zones de non-droit que ces salles vont créer. Il suffit de regarder ce qui se passe à l'étranger : des mafias s'emparent du trafic aux abords de ces salles, donnant naissance à de véritables périmètres d'impunité. Les expériences étrangères prouvent

que les quartiers se dégradent, contrairement à ce qui est dit, et que l'insécurité et le trafic règnent aux abords de ces salles.

Se pose, enfin, le problème de la détention de drogues dans les transports en commun : potentiellement, toute personne arrêtée en possession de drogue en tout point du réseau pourra alléguer qu'elle se rend à la salle de *shoot* – une astuce qui sera évidemment mise à profit par les trafiquants de tout poil pour échapper aux sanctions, au détriment des victimes de la drogue.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Je donnerai évidemment un avis défavorable à cet amendement de suppression car, contrairement à vous, je considère que l'article 9 est la vraie concrétisation d'un très long processus.

Vous avez évoqué les politiques menées à l'étranger. Près de quatre-vingt-dix salles ont été ouvertes : pour la communauté sanitaire, il s'agit d'exemples très encourageants.

Je vous rappelle aussi que la ministre Bachelot s'était exprimée, à l'époque, en faveur de l'ouverture de salles de consommation à moindre risque. (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

M. Philippe Goujon. C'est votre référence, pas la nôtre !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Le Conseil de Paris, auquel vous appartenez, monsieur Goujon, s'était exprimé dans le même sens.

M. Philippe Goujon. J'étais contre !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. J'imagine. Il n'empêche qu'en 2010, il s'était exprimé dans ce sens.

Je ne referai pas ici le débat qui a déjà eu lieu en commission. Pour notre part, nous pensons au contraire que cet encadrement juridique nous permettra de passer enfin à une phase opérationnelle qu'attendent les équipes qui s'occupent de ces drogués dans des situations extrêmement précaires. Pour me faire une idée, j'ai relu le rapport d'activité de l'association parisienne Gaïa, que vous connaissez sûrement, monsieur Goujon, et qui montre à quel point ces publics sont précarisés. Nous devons enfin leur permettre de disposer d'un espace sécurisé.

M. Philippe Goujon. Lisez les rapports de l'Académie de médecine et de l'Académie de pharmacie !

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. C'est pourquoi la commission est défavorable à cet amendement de suppression.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, bien sûr. Mme Fraysse a très bien indiqué notre position : nous ne considérons pas que nous nous engageons dans une perspective si positive que cela, dans la mesure où nous prenons en charge des personnes dans des situations dramatiques d'addiction que nous ne pouvons que regretter et, d'ailleurs, condamner.

La question est de savoir si nous fermons les yeux ou non. Nous avons choisi de ne pas fermer les yeux.

M. Philippe Goujon. Nous non plus !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je remercie M. Richard de la position très nuancée et constructive qu'il a exprimée, même si je lui répondrai dans un instant que je ne crois pas qu'il soit positif que ces salles soient annexées ou attenantes à des hôpitaux.

M. Philippe Goujon. Nous n'en voulons pas plus à l'hôpital qu'ailleurs !

M. Arnaud Richard. Allez dire cela à Jean-Claude Gaudin, monsieur Goujon !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, vous savez que nous ne sommes pas favorables à ces salles que l'on appelle vulgairement salles de *shoot*.

M. Philippe Goujon. C'est comme cela qu'elles s'appellent !

M. Jean-Pierre Door. Les études d'impact montrent que leur coût s'élèverait à environ 1 million d'euros par an.

M. Philippe Goujon. Minimum !

M. Jean-Pierre Door. Pouvez-vous nous confirmer cette évaluation ?

Par ailleurs, l'ouverture de ces salles entraînera-t-elle une réduction du financement des CAARUD, des CSAPA et des appartements thérapeutiques ? Dans le cas contraire, nous serons confrontés à une explosion financière, qu'il faudra assumer. Quelle sera la ligne budgétaire concernée ? Les financements seront-ils prévus dans le cadre du PLFSS ? Seront-ils mis en œuvre au niveau de l'hôpital ? Nous aimerions avoir quelques informations sur les modalités de gestion de ces dépenses supplémentaires.

M. Philippe Goujon. Très bonne question !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Door, j'ai déjà répondu précisément à ces questions en première lecture, mais vous l'avez oublié.

M. Jean-Pierre Door. C'est l'âge ! (*Sourires.*)

M. Philippe Goujon. La pédagogie est l'art de la répétition !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je rappelle que les financements nécessaires ne se substitueront pas au financement des CAARUD. Ils sont déjà prévus : c'est le budget de la Sécurité sociale qui financera ces salles de consommation à moindre risque, dont le coût de fonctionnement devrait être de l'ordre de 800 000 euros chacune.

M. Philippe Goujon. Minimum !

Mme Marisol Touraine, ministre. À ce stade, nous ne savons pas combien il y aura d'expérimentations, puisqu'elles sont laissées à l'initiative des communes.

Je le répète : les budgets sont prévus et ils viennent s'ajouter à ceux des CAARUD. Monsieur le député, vous conviendrez qu'avec 800 000 euros par salle, nous ne mettons pas notre budget en péril.

M. Philippe Goujon. Ces crédits seraient mieux utilisés autrement !

(*L'amendement n° 91 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 753.

M. Arnaud Richard. Je veux être certain que ni Mme la ministre ni M. Goujon ne se méprennent : notre position est celle du Sénat. Comme Mme Fraysse, nous considérons qu'il n'est pas satisfaisant d'être amenés à ouvrir ce genre de salles mais que, si nous le faisons, il faudrait le faire au sein et sous la responsabilité d'un hôpital ou d'un établissement de santé.

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

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Sans surprise, la commission a donné un avis défavorable à l'amendement de M. Richard. Certes, je comprends la lecture du Sénat, qui était plutôt favorable à ces salles mais qui voulait néanmoins les intégrer dans le périmètre d'un hôpital. Or, face à cette population extrêmement précaire, qui a du mal à aller à l'hôpital et qui n'y va pas – d'autres le diront mieux que moi –, il est important de créer des lieux dédiés.

J'en profite pour répondre au prochain amendement de M. Richard, n° 786, relatif à la supervision, qui va également dans le même sens que le texte du Sénat. Nous ne souhaitons pas substituer le mot « responsabilité » au mot « supervision », lequel signifie que l'ensemble des personnels intervenant dans ces salles ne prendront aucune part active dans les comportements des populations concernées, mais qu'ils les conseilleront simplement afin d'essayer d'améliorer leurs conditions sanitaires et sociales.

La commission est donc défavorable aux amendements n° 753 et 786 de M. Richard.

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je veux redire quel est le profil de la population à laquelle s'adressent ces salles : M. Richard comprendra peut-être alors pourquoi son amendement ne peut pas mettre en place une mesure qui serait complètement aboutie, si je puis m'exprimer ainsi. Si l'on demande à cette population de parcourir deux kilomètres pour aller consulter un médecin, elle ne le fera pas.

M. Philippe Goujon et M. Arnaud Robinet. Et si elle doit faire deux kilomètres pour se rendre dans une salle de *shoot* ?

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. L'expression « salle de *shoot* » n'est pas la bonne : c'est la meilleure façon de décrédibiliser le système.

M. Philippe Goujon. C'est pourtant bien le mot approprié !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. L'expression « salle de consommation supervisée à moindre risque » est certes lourde,...

M. Philippe Goujon. Elle fait moins mal !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. ...mais elle permet de mentionner tous les objectifs sanitaires et sociaux de ce dispositif.

M. Philippe Goujon. C'est la même chose ! Le résultat est le même !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Monsieur Goujon, vous avez déclaré qu'on créait des zones de non-droit, qu'on légalisait des pratiques interdites. Permettez-moi d'évoquer Mme Michèle Barzach, qui avait pris la décision tout à fait opportune d'autoriser la vente de seringues.

M. Philippe Goujon. Cela n'a rien à voir !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. À l'époque, j'étais déjà dans ces réseaux-là.

M. Philippe Goujon. Moi aussi !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. *A priori*, monsieur Goujon, ce n'est pas du glucose, ni du chlorure de sodium, mais plutôt des substances illicites que les personnes dépendantes mettent dans leur seringue !

M. Philippe Goujon. Certes, mais ce n'est pas le médecin qui injecte le produit !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Cela veut-il dire que ces substances ont été légalisées par la décision de Mme Barzach ? Non, cela n'a pas été le cas !

J'en reviens à la proposition de M. Richard, dont l'attitude me paraît constructive. Annexer les salles de consommation à un hôpital ne serait pas une bonne chose. En effet, l'hôpital fait peur à ces personnes : elles n'y vont pas. Elles ont même du mal à consulter un médecin ! Je ne veux pas faire de corporatisme, mais le seul professionnel de santé qu'elles rencontrent éventuellement dans leur vie est le pharmacien qui pratique l'échange de seringues avec les Stéribox.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n°753 ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable. Pour moi, ce qui pose problème, c'est le principe d'obligation que vous énoncez dans votre amendement.

Je ne doute pas que certaines salles de consommation à moindre risque seront adossées, voire intégrées, dans des hôpitaux. Dans les projets qui sont évoqués, certaines salles sont directement articulées avec des hôpitaux, mais il faut alors mettre en place des entrées spécifiques afin que la population utilisant ces salles ne se mélange pas avec les patients venant à l'hôpital pour d'autres consultations. En revanche, dans d'autres endroits, il ne sera pas possible ou pas souhaité que ces salles soient adossées ou intégrées dans un hôpital : les projets en cours d'élaboration prévoient alors une implantation à l'extérieur des hôpitaux.

Pour ma part, je suis ouverte à ce que ces salles puissent être créées en articulation avec des hôpitaux,

mais je ne souhaite pas que la loi dispose que cette articulation est obligatoire : c'est pourquoi je donne un avis défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Madame la ministre, nous n'allons pas refaire le débat que nous avons déjà eu en première lecture et en commission. Je ne reviendrai donc pas sur le fait que les comparaisons avec d'autres pays ne tiennent pas, car l'ensemble des structures visant à accompagner les toxicomanes en France n'existent pas ailleurs. Nous disposons déjà de tout un arsenal de réponses pour accompagner ces personnes.

S'agissant de la proposition de notre collègue Richard, qui a été qualifiée de constructive, je tiens à rappeler qu'elle émanait aussi du groupe Les Républicains lors des débats en première lecture : face au refus de la majorité de revenir sur la création de ces salles dites de *shoot* – excusez-moi du terme, c'est plus rapide à dire ! –, nous avons également proposé que ces salles soient directement adossées à des établissements de santé. Cette position dite constructive est donc aussi bien celle de nos collègues de l'UDI que celle des membres du groupe Les Républicains.

Je souhaite également revenir sur l'argument de la présidente de la commission des affaires sociales. Madame la présidente, cet argument de la distance, que vous avez exposé à de nombreuses reprises en commission, ne tient pas une seconde ! Vous nous faites croire que, si les salles sont adossées à un hôpital ou à un établissement de santé, les toxicomanes ne parcourront pas deux kilomètres pour s'y rendre. Cela veut donc dire que, dans votre esprit, il faudra créer des salles de *shoot* dans tous les arrondissements de Paris ! (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*) Pour se déplacer du 6^e arrondissement, par exemple, à celui où sera ouverte la première salle de *shoot* – je ne suis pas parisien, je ne connais pas les arrondissements par cœur –, il y aura forcément un peu de distance à parcourir ! L'argument de la distance ne tient pas une seconde.

M. le président. La parole est à M. Philippe Goujon, pour une brève intervention.

M. Philippe Goujon. Je tiens simplement à démonter un argument utilisé par Mme la présidente de la commission.

Depuis vingt ans, tous les gouvernements ont adopté une politique de réduction des risques, qui passe notamment par la distribution de seringues. J'ai d'ailleurs moi-même mis en place cette politique à Paris, à l'époque : elle est donc parfaitement conforme à nos souhaits. Elle est même très efficace, puisque ses résultats sont bien meilleurs que ceux des salles de *shoot* ouvertes en Allemagne ou en Suisse, par exemple.

Aucune comparaison n'est possible entre, d'une part, cette politique de réduction des risques, et d'autre part, la levée de l'interdiction des produits stupéfiants et l'injection par des médecins – « sous supervision » des médecins, comme vous dites – du poison chez les toxicomanes. Nous voulons aider ces consommateurs de drogue, comme vous, mais avec d'autres moyens, notamment en multipliant les maraudes, en favorisant l'ouverture de lits dans les services d'addictologie, mais certainement pas en leur injectant le poison qui contribue à leur enfer.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. C'est complémentaire !

(*L'amendement n° 753 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 786.

M. Arnaud Richard. J'ai déjà évoqué tout à l'heure cet amendement visant à remplacer la notion de supervision par celle de responsabilité. C'est un sujet extrêmement délicat, sur lequel nous ne devons pas nous écharper. Le problème de fond est le suivant : les dispositifs existants, les CSAPA et les CAARUD, fonctionnent-ils ? Si oui, ont-ils besoin d'un « supplément d'âme » que pourraient leur apporter d'autres dispositifs ? Sinon, il faut tout remettre à plat !

Effectivement, madame la ministre, il faut faire quelque chose. Manifestement, la manière dont les

pouvoirs publics réagissent à ce syndrome social n'est pas suffisamment efficace.

Je ne partage pas l'avis de la présidente de la commission, selon laquelle c'est à l'endroit où les toxicomanes se droguent qu'il faut ouvrir les salles de consommation. Nous parlons d'une addiction, d'une maladie : il n'est pas anormal qu'elle soit traitée dans un cadre normal pour des soins, en l'espèce un hôpital.

J'entends votre argument, madame la ministre, mais j'aimerais avoir une précision. Vous laissez la porte ouverte à l'installation de ces salles au sein des hôpitaux, mais vous souhaitez dans ce cas mettre en place une entrée spécifique. Pouvez-vous nous préciser ce que cela veut dire ? Vous semblez considérer que la consommation de drogue n'est pas une maladie ou une addiction, mais une pathologie particulière nécessitant une entrée spécifique dans un hôpital. Cela me paraît un peu délicat !

M. le président. M. le rapporteur a déjà exprimé l'avis défavorable de la commission sur cet amendement.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. Arnaud Richard. Je n'ai pas de réponse à ma question !

(L'amendement n° 786 n'est pas adopté.)

(L'article 9 est adopté.)

f. Texte adopté par l'Assemblée nationale n° 618

Article 9

I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-7 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III à V. – *(Non modifiés)*

2. Sénat

a. Séance publique du 14 décembre 2015

Néant

b. Texte adopté par le Sénat n° 54 du 14 décembre 2015

Néant

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 82 de la loi Santé (ex art.17 *bis*)

IVG délai de réflexion

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation..... | 3 |
| III. Travaux parlementaires | 4 |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 3 |
| Code de la santé publique | 3 |
| - Article L2212-5 | 3 |
| III. Travaux parlementaires | 4 |
| A. Première lecture | 4 |
| 1. Assemblée nationale | 4 |
| a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 4 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 4 |
| b. Amendement déposé en commission | 4 |
| - Amendement n° AS1451 présenté par Mme Coutelle, Mme Quéré, Mme Olivier, Mme Lemorton, Mme Untermaier, M. Denaja, Mme Tolmont, M. Rouillard, Mme Mazetier, Mme Lacuey, Mme Romagnan, Mme Clergeau, M. Ferrand, rapporteur Mme Françoise Dumas, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Carrillon-Couvreur, Mme Capdevielle, M. Bréhier, M. Premat, M. Villaumé, Mme Lousteau, M. Valax, M. Ménard, M. Blazy, Mme Carrey-Conte, M. Olive, Mme Fabre, M. Letchimy, M. Burroni, M. Boudié, Mme Troallic, Mme Récalde, Mme Gourjade, M. Kalinowski, Mme Le Houerou, M. William Dumas, Mme Imbert, Mme Zanetti, M. Muet, M. Bardy et M. Capet | 4 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 21h30 | 4 |
| d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015 | 6 |
| e. Discussion en séances publiques..... | 7 |
| f. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture | 20 |
| 2. Sénat..... | 20 |
| a. Texte n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015..... | 20 |
| b. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015..... | 20 |
| c. Amendements présentés en séance publique | 21 |
| - Amendement n° 5 rect. présenté par Mmes LABORDE et BILLON, MM. BONNECARRÈRE, CASTELLI, GUERRIAU, L. HERVÉ, HOUPERT et KERN et Mmes JOUANNO, JOUVE et MORIN-DESAILLY..... | 21 |
| - Amendement n° 468 présenté par Mme GÉNISSON, M. DAUDIGNY, Mme BRICQ, M. CAFFET, Mmes CAMPION et CLAIREAUX, M. DURAIN, Mmes EMERY-DUMAS et FÉRET, MM. GODEFROY, JEANSANNETAS et LABAZÉE, Mmes MEUNIER, RIOCREUX et SCHILLINGER, MM. TOURENNE et VERGOZ, Mmes YONNET, MONIER et les membres du Groupe socialiste et républicain | 21 |
| - Amendement n° 640 présenté par le Gouvernement..... | 22 |
| - Amendement n° 731 présenté par Mmes COHEN et DAVID, M. WATRIN et les membres du groupe communiste républicain et citoyen | 22 |
| - Amendement n° 860 rect. ter. Présenté par MM. MÉZARD, AMIEL et GUÉRINI, Mme MALHERBE et MM. REQUIER, ARNELL, COLLIN, ESNOL, FORTASSIN, HUE et VALL..... | 23 |
| - Amendement n° 1113 présenté par Mme ARCHIMBAUD, M. DESESSARD et les membres du Groupe écologiste | 23 |
| d. Séance publique du 18 septembre 2015 | 23 |
| e. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015 | 30 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord) | 30 |
| C. Nouvelle lecture | 30 |
| 1. Assemblée nationale..... | 30 |
| a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015 | 31 |
| 2. Sénat..... | 31 |
| a. Séance publique du 14 décembre 2015 | 31 |
| b. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015 | 34 |

I. Texte adopté

(AN1) Article 82 ~~17-bis~~

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

II. Consolidation

Code de la santé publique

Partie législative

Deuxième partie : Santé reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre Ier : Dispositions générales

Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

- Article L2212-5

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; ~~il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé.~~ Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4, ~~ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus.~~

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Néant

b. Amendement déposé en commission

- Amendement n° AS1451 présenté par Mme Coutelle, Mme Quéré, Mme Olivier, Mme Lemorton, Mme Untermaier, M. Denaja, Mme Tolmont, M. Rouillard, Mme Mazetier, Mme Lacuey, Mme Romagnan, Mme Clergeau, M. Ferrand, rapporteur Mme Françoise Dumas, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Carrillon-Couvreur, Mme Capdevielle, M. Bréhier, M. Premat, M. Villaumé, Mme Lousteau, M. Valax, M. Ménard, M. Blazy, Mme Carrey-Conte, M. Olive, Mme Fabre, M. Letchimy, M. Burrioni, M. Boudié, Mme Troallic, Mme Récalde, Mme Gourjade, M. Kalinowski, Mme Le Houerou, M. William Dumas, Mme Imbert, Mme Zanetti, M. Muet, M. Bardy et M. Capet

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 17, insérer l'article suivant:

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à **supprimer le délai de réflexion entre la première et la deuxième consultation pour une IVG.**

Aujourd'hui, dans le droit actuel, la première consultation médicale est obligatoire : à cette occasion les renseignements relatifs à l'intervention sont transmis aux femmes, ainsi qu'une information sur la possibilité de rencontrer d'autres professionnel-le-s (conseiller-e-s conjugal et familial, psychologue). A la fin de ce premier rendez-vous, une attestation leur est remise.

À compter de cette première consultation et à l'obtention de l'attestation, selon l'article L.2212-5 du code de la santé publique, chaque femme dispose de 7 jours de réflexion à l'issue desquels une seconde consultation est prévue pour organiser l'IVG (choix de la méthode, etc.).

Plusieurs arguments confortent la nécessité de supprimer le délai de réflexion.

Tout d'abord, **la loi n'a tout simplement pas à fixer de délai. Au-delà d'allonger le parcours de l'IVG, celui-ci stigmatise l'avortement comme un acte médical à part.**

D'ailleurs, **aucun délai de réflexion n'est imposé pour les autres actes médicaux, en dehors de la procréation médicalement assistée (article L.2141-10 du code de la santé publique), de la stérilisation à visée contraceptive (L.2123-1 du code de la santé publique) et des opérations de chirurgie esthétique (article L.6322-2 du code de la santé publique).**

Pour les actes chirurgicaux, les médecins doivent laisser un délai de réflexion à leurs patient-e-s, afin qu'elles ou ils puissent avoir accès aux informations nécessaires pour prendre leur décision en toute connaissance de cause. Mais **la durée de ce délai est laissée à l'appréciation des chirurgiens. La loi ne le précise pas.**

Enfin, les actrices et acteurs sur le terrain constatent que **les femmes dans leur ensemble ont déjà largement réfléchi** à l'intervention au moment d'entrer dans le parcours de soins et n'ont donc pas besoin d'un délai d'attente supplémentaire.

Cet amendement conforte les actions menées par le Gouvernement depuis 2012 pour faire de l'IVG un droit fondamental, et une liberté pour chaque femme de disposer comme elle le souhaite de son corps.

c. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 21h30

Mme Catherine Coutelle. La Délégation aux droits des femmes avait initialement déposé trois amendements, dont l'un a subi le couperet de l'article 40 ; il faisait écho à l'un des volets de votre plan en donnant aux centres de santé la possibilité de réaliser des IVG. J'aimerais donc, madame la ministre, vous entendre sur ce point.

L'amendement AS1452 participe du même esprit que le précédent. Simone Veil, dont la loi avait notamment été adoptée grâce aux voix de la gauche, avait accepté, pour gagner des suffrages au sein de sa propre majorité, l'introduction d'une clause de conscience spécifique dans son texte, alors que l'article R. 4127-47 du code de la santé publique dispose déjà qu'« un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient [...] ». »

Nous proposons de supprimer, non la clause de conscience en tant que telle, mais celle qui est spécifique à la loi Veil.

M. Arnaud Robinet. Début janvier, je le répète, nous avons adopté une résolution de façon relativement consensuelle. Revenir, à deux heures dix du matin, sur l'équilibre de la loi Veil ne me semble pas sérieux.

Mme la ministre. Je suis favorable à toute disposition donnant la possibilité aux centres de santé de pratiquer des IVG, qu'elles soient médicamenteuses ou instrumentales, dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du code de la santé publique, selon un cahier des charges établi par la Haute autorité de santé et dans le cadre conventionnel applicable aux établissements de santé. Si vous déposez en séance l'amendement dont vous venez de parler, je lèverai donc le gage.

Mme Catherine Coutelle. Merci, madame la ministre.

Mme la ministre. Vous venez de faire adopter la suppression du délai de réflexion dont, pour ma part, je suggérerais plutôt le raccourcissement. En tout état de cause, le Gouvernement émet un avis résolument défavorable à la suppression de la clause de conscience pour les IVG. Il ne nous paraît pas utile, en effet, de rouvrir le débat sur des sujets dont, par ailleurs, je mesure pleinement la portée symbolique – et c'est une ministre tout aussi résolument engagée en faveur de l'IVG qui vous le dit. Dès ma prise de fonction, j'ai adopté des mesures permettant d'améliorer la prise en charge des IVG, avant d'annoncer, il y a quelques semaines, un plan destiné à favoriser l'accès concret à ce droit pour les femmes qui rencontrent des difficultés ; mais, dans le contexte de tensions que nous connaissons, sur des sujets de société et avec certains professionnels de santé, la mesure que vous proposez ne me paraît pas opportune, d'autant qu'elle ne changera rien dans la pratique. Les médecins qui opposent une clause de conscience en ce domaine sont rares et, même si je ne méconnais pas le poids des symboles, votre amendement ne changera rien à l'effectivité du droit dont nous parlons. Ma responsabilité est aussi de vous faire part, sans détours, des réalités du contexte politique.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Chacun se positionnera sur le sujet, même si le message que vient de nous délivrer Mme la ministre mérite à tout le moins réflexion. À titre personnel, je le suivrai.

M. Gérard Sebaoun. Je comprends d'autant mieux les arguments de Mme la ministre que, dans le texte relatif à la fin de vie, j'avais moi-même défendu l'idée d'une clause de conscience spécifique pour l'exception d'euthanasie.

La clause de conscience fut introduite, en 1975, parce que l'IVG pouvait, aux yeux de certains médecins, signifier mettre fin à une vie naissante, donc être contraire à leur déontologie.

J'ai conscience du contexte politique que vous avez évoqué, madame la ministre ; mais de deux choses l'une : ou bien l'IVG s'apparente à un soin ou à un traitement, et elle relève du droit général, ou bien elle relève de l'exception – ce que je ne crois pas. Dans le premier cas, la clause de conscience doit s'appliquer, et pas dans le second. Cela ne signifie pas que je voterai l'amendement de Mme Coutelle, mais j'en comprends la portée historique et symbolique : peut-être faudra-t-il, un jour, en venir à ce qu'il propose.

M. Gérard Bapt. Je souscris aux propos de M. Sebaoun et à ceux de Mme la ministre s'agissant du contexte. La sédation profonde et l'IVG heurtent toutes deux la culture médicale traditionnelle, historiquement fondée sur le curatif plutôt que sur le soin. Personnellement, je ne voterai pas cet amendement.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage l'analyse de M. Sebaoun. L'IVG fait partie des soins dus au patient : dès lors que celui-ci les demande, le médecin doit être tenu de les administrer dès lors que les procédures sont respectées et qu'aucun risque particulier ne s'y oppose.

La clause de conscience, introduite dans le contexte que l'on a rappelé, n'a plus lieu d'être, même si je conçois que sa suppression ouvrirait de nombreux débats. Je voterai en tout cas l'amendement, car il correspond à mes convictions.

M. Gilles Lurton. Lors du récent examen de la proposition de loi relative à la fin de vie, la question de l'introduction d'une clause de conscience s'est posée. Les rapporteurs du texte ont auditionné le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), qui a écarté cette clause en arguant que le rôle des praticiens était de soigner. Avant de présenter un tel amendement, qui plus est à deux heures vingt du matin, on devrait *a minima* consulter le CNOM.

Mme Catherine Coutelle. Madame la ministre, j'apprécie votre réponse sur les centres de santé, qui constituent une avancée réelle.

Je comprends votre propos sur le contexte politique, mais je suis dans mon rôle de présidente de la Délégation aux droits des femmes en présentant cet amendement. Un rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a également proposé cette amélioration de l'accès au droit à l'avortement.

Lorsque nous avons supprimé la notion d'état de détresse dans la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, nous avons rencontré des oppositions comme on n'imaginait plus devoir en supporter.

Eu égard au contexte politique, je retire mon amendement, mais il faudra un jour le voter car il n'y a pas de raison de maintenir des barrières à l'effectivité du droit fondamental des femmes à choisir le moment de leur grossesse. À l'occasion du quarantième anniversaire de la loi Veil, nous avons voté à l'unanimité, le 25 novembre dernier, une résolution en séance publique reconnaissant ce caractère fondamental du droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Or le maintien des deux premiers alinéas de l'article L. 2218-8 du code de la santé publique fait de l'IVG un droit à part. Cela montre en tout cas à quel point il est difficile d'évoluer en France...

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il manquait sept voix pour que le vote de cette résolution se soit fait à l'unanimité.

Mme la ministre. Je tiens à vous remercier, madame la députée, d'avoir retiré cet amendement. Nous sommes en accord sur le contenu de votre proposition, mais le moment n'est pas propice à son adoption. Merci de l'avoir compris.

L'amendement est retiré.

d. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015

Article 17 bis

(art. L. 2212-5 du code de la sécurité sociale)

Suppression du délai de réflexion préalable à une interruption volontaire de grossesse

Issu d'un amendement présenté par Mme Coutelle au nom de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, **adopté par la Commission des affaires sociales sur avis défavorables du Gouvernement et de la rapporteure**, l'article 17 bis modifie l'article L. 2212-5 du code de la santé publique afin de supprimer le délai de réflexion de sept jours qui sépare aujourd'hui obligatoirement la première consultation médicale pour une interruption volontaire de grossesse (IVG), prévue à l'article L. 2212-3, et la consultation visant à pratiquer l'IVG.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS1451 de Mme Catherine Coutelle.

Mme Catherine Coutelle. Il y a quarante ans, la loi Veil avait été adoptée moyennant certaines concessions, même s'il n'y a évidemment pas lieu, pour moi, de remettre en cause son caractère admirable.

Le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, dans un rapport sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que de nombreuses associations préconisent la suppression de certaines clauses qui freinent l'accès à l'IVG et en font un droit à part.

L'amendement a trait au délai de réflexion, que la loi de 1975 avait fixé à sept jours avant la seconde consultation. Je propose de le supprimer car, à ce stade, les femmes ont généralement pris leur décision. Cela n'implique évidemment pas de supprimer tout délai de réflexion, puisque deux consultations sont prévues, la première pour l'entretien – au cours duquel est remis un livret –, la seconde pour l'acte proprement dit ; une consultation supplémentaire avait été prévue entre les deux, au cours de laquelle la femme avait à signer un accord écrit. Les associations sont nombreuses à dénoncer cette procédure qu'elles jugent infantilisante et stigmatisante. Je rappelle enfin que la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a supprimé la notion de « situation de détresse ». Le 17 janvier, jour anniversaire de la promulgation de la loi Veil, vous avez aussi annoncé, madame la ministre, un programme national de grande qualité, visant à améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire, et je vous en félicite.

M. Arnaud Robinet. Il y a quelques semaines, nous avons trouvé un équilibre dans le cadre d'une résolution relative à l'IVG, gravant ainsi la loi Veil dans le marbre. Il est dommage de revenir, à deux heures du matin et dans le cadre d'un projet de loi relatif à la santé, sur un sujet de cette ampleur.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il n'est jamais dommage, ce me semble, d'évoquer l'accès à l'IVG.

Mme la ministre. L'accès concret à l'IVG doit bien entendu être garanti. C'est en tout cas l'objectif du plan que j'ai présenté le 17 janvier dernier : il doit permettre de lever les obstacles, qu'ils soient de nature financière, organisationnelle ou territoriale, que rencontrent certaines femmes pour pratiquer une IVG.

La suppression du délai de réflexion ne fait pas partie des mesures que j'ai proposées, et je ne suis pas sûre qu'elle soit de nature à faciliter l'accès au droit dont nous parlons. Certaines situations particulières, j'en ai conscience, peuvent exiger une accélération de la procédure ; ainsi, lorsque la grossesse est à un stade avancé, le délai est d'ores et déjà raccourci. On peut aussi envisager un raccourcissement du délai dans les cas d'IVG pratiquées par voie médicamenteuse, autorisée pendant les cinq premières semaines de la grossesse.

Dans la plupart des cas, cependant, le délai de réflexion est utile. Doit-il rester fixé à sept jours ? La question peut être posée ; mais, en tout état de cause, je suis défavorable à sa suppression, car la décision qui est en jeu, si elle est un droit absolu, est évidemment tout sauf banale.

Mme Catherine Coutelle. L'IVG est le seul acte médical, avec les interventions de chirurgie esthétique, soumis à un délai de réflexion légal. Que les femmes prennent un temps de réflexion, j'en suis d'accord ; mais la France est l'un des derniers pays européens à imposer un délai de sept jours. Cette mesure, symboliquement forte, peut aussi être un frein à l'IVG ; elle avait été une concession fort compréhensible dans le contexte de la loi de 1975, mais elle n'a plus de justification aujourd'hui. Présenté au nom de la Délégation aux droits des femmes, l'amendement répond, je le répète, à une demande forte des associations.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sujet, on l'a dit, n'est évidemment pas banal. Avis de sagesse.

La Commission adopte l'amendement.

e. Discussion en séances publiques

Deuxième séance du mercredi 8 avril 2015

Article 17 bis

Mme la présidente. La parole est à M. François de Mazières, premier inscrit sur l'article.

M. François de Mazières. Madame la ministre, nous irons dans votre sens en proposant la suppression de cet article. C'est assez rare et il faut le souligner. Vous avez en effet très clairement pris position en commission des affaires sociales contre l'amendement qui allait devenir l'article 17 bis, supprimant les sept jours de réflexion pour l'interruption volontaire de grossesse. Vous avez ainsi déclaré : « La suppression du délai de réflexion ne fait pas partie des mesures que j'ai proposées, et je ne suis pas sûre qu'elle soit de nature à faciliter l'accès au droit dont nous parlons. »

C'est la position qu'avait soutenue Mme Simone Veil, qui avait expliqué que « les deux entretiens sont indispensables pour faire prendre conscience à la femme de ce qu'il ne s'agit pas d'un acte normal ou banal, mais d'une décision grave qui ne peut être prise sans en avoir pesé les conséquences et qu'il convient d'éviter à tout prix. »

Il a été dit, lors de cette réunion de la commission des affaires sociales, que Mme Veil avait pris cette position parce qu'il fallait bien négocier.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Elle-même le dit !

M. François de Mazières. Quand on connaît le caractère de Mme Veil, c'est lui faire offense que de dire cela.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Lisez les débats !

M. François de Mazières. Jamais elle n'aurait pris cette position si elle n'avait pas été convaincue.

Mme Jacqueline Fraysse. Ne parlez pas à sa place !

M. François de Mazières. Madame la ministre, vous avez dit presque la même chose. Réfléchissons maintenant. Pourquoi supprimer ce délai ? Que se passe-t-il aujourd'hui lorsque vous achetez une voiture ? (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Quelle comparaison ! La femme n'est pas une machine !

M. François de Mazières. Vous pouvez revenir sur votre décision pendant un certain nombre de jours. (*Mêmes mouvements.*) Vous considérez que, pour une interruption volontaire de grossesse, il n'est pas

nécessaire de prendre le temps de la réflexion. C'est grave ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP.*)

M. Alain Fauré. D'où sort-il, le garagiste ?

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je voudrais revenir sur la réunion de la commission des affaires sociales, dans la nuit du 18 au 19 mars, lors de laquelle nous avons discuté de cet amendement. Madame la ministre, vous vous êtes opposée à un premier amendement qui visait à supprimer la clause de conscience. Puis vers 2 h 30, Mme Coutelle a proposé un amendement visant à supprimer ce fameux délai de réflexion. Vous-même, madame la ministre, avez répondu que cet amendement n'était pas opportun en l'état actuel des choses. Ce sont exactement les mots que vous avez employés. Vous avez même ajouté que la question de la réduction de ce délai à quatre jours pouvait, à la limite, se poser. Je proposerai un amendement de repli allant dans ce sens. Malheureusement, l'amendement de Mme Coutelle a été adopté par une poignée de députés et la procédure parlementaire veut que ce soit désormais un article.

Si vous le voulez bien, je souhaiterais reprendre les phrases de Simone Veil en 1974.

M. Thierry Benoit. Cela ne nous rajeunit pas !

M. Gilles Lurton. Il n'y avait aucune contrainte dans ce qu'elle disait, c'était extrêmement fort ! Selon elle, le délai de réflexion était indispensable « pour faire prendre conscience à la femme de ce qu'il ne s'agit pas d'un acte normal ou banal, mais d'une décision grave qui ne peut être prise sans en avoir pesé les conséquences et qu'il convient d'éviter à tout prix. Ce n'est qu'après cette prise de conscience, et dans le cas où la femme n'aurait pas renoncé à sa décision, que l'interruption de grossesse pourrait avoir lieu. » Eh bien moi, je maintiens que ce délai de réflexion de sept jours est nécessaire, que beaucoup de femmes en ont besoin pour penser la décision qu'elles sont en train de prendre. L'IVG demeure un acte très grave...

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Qu'en savez-vous ? Ne parlez pas au nom des femmes !

M. Gilles Lurton. ...et, je le dis, madame Coutelle, reste pour beaucoup d'entre elles un traumatisme.

M. Yannick Moreau. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Breton.

M. Xavier Breton. Je voudrais tout d'abord inviter mesdames mes collègues à débattre, plutôt que de continuer à vociférer ainsi. Allez-y, dites-nous ce que vous avez sur le cœur. Ne refusez pas ce débat que nous demandons. Ce n'est pas simplement avec des cris ou des intimidations que vous nous empêcherez de parler. N'hésitez pas, prenez la parole, comme nous le faisons, pour défendre vos convictions. Nous les respectons mais ne soyez pas dans l'intimidation.

L'article 17 bis pose la question de la banalisation de l'avortement. La loi Veil est parvenue à trouver un équilibre difficile entre la protection de la vie à naître et la liberté de la femme.

Or, depuis quelques mois, voire quelques années, nous assistons à un déséquilibre complet. Loin de la protection de la vie à naître, nous ne sommes plus que dans la reconnaissance, unilatérale et illimitée, de la liberté de la femme. Ce faisant, nous nous dirigeons vers une banalisation de l'avortement. L'entretien psychosocial a été rendu facultatif, vous avez supprimé purement et simplement la notion de détresse et vous voulez aujourd'hui mettre fin au délai de réflexion de sept jours prévu entre deux consultations médicales alors que des délais de réflexion sont imposés pour beaucoup d'actes de la vie courante.

Or, avorter ne sera jamais un acte banal, quelles qu'en soient les raisons et quelle que soit votre volonté. Vous voulez supprimer la parole, renvoyer les femmes à leur solitude – « Tu as choisi d'avorter ? Quel est le problème ? Débrouille-toi toute seule ». (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Or nous le savons, il existe un problème d'écoute sans jugement, dans un sens ou un autre.

Je vous pose la question, à vous madame la ministre, à vous madame la présidente de la commission, à vous mesdames les rapporteuses : lorsque l'on légifère dans ce domaine, doit-on trouver un équilibre entre la liberté de la femme et la protection de la vie à naître ? Doit-on prendre en compte la liberté de la femme et la protection de la vie à naître ? J'attends simplement un mot de vous, mesdames : oui ou non la protection de la vie à naître doit-elle être une idée, une réalité ? Prononcez ces mots, tout simplement.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Marleix.

M. Olivier Marleix. Madame la ministre, il y a quarante ans à la tribune de notre assemblée, Simone Veil proposait un texte dont l'esprit est sans doute résumé par l'un des tout premiers mots qu'elle a prononcés pour le présenter, celui d'« humilité ». Humilité car il s'agissait de trouver un équilibre entre deux souffrances, deux mauvaises solutions, l'atteinte à la vie humaine et le scandale humanitaire des avortements clandestins.

Quarante après, à écouter votre majorité, il semble bien que tout sentiment d'humilité et d'équilibre ait disparu tout comme la dissuasion, que Mme Veil avait érigée en second objectif de sa loi.

En deux ans, c'est la troisième fois que vous revenez sur la loi Veil : en janvier 2014 pour faire disparaître la notion de détresse des conditions légales de recours à l'avortement, en novembre 2014 pour voter, en l'honneur des quarante ans de ce texte, une proposition de résolution proclamant un droit fondamental à l'avortement – curieux anniversaire qui trahissait l'équilibre de la loi puisque Simone Veil disait ici même que « si elle n'interdit pas, elle ne crée aucun droit à l'avortement », et aujourd'hui enfin, en supprimant ce délai de réflexion d'une semaine.

Alors que la France déplore plus de 200 000 avortements chaque année, chiffre qu'il faut comparer aux 800 000 naissances, la dernière des choses que l'on attend du Gouvernement et du législateur est qu'il abolisse la réflexion.

De grâce, arrêtons de banaliser, de porter subrepticement atteinte à l'équilibre difficile et douloureux de la loi Veil ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Je ne parlerai pas du fond mais de la forme. Il est bon que le débat existe même si je ne partage pas toutes les positions de mon groupe. (« Ah ! » *sur les bancs du groupe SRC.*) Je suis plutôt ouvert sur le sujet.

En revanche, je ne vois pas comment l'on peut aborder un tel débat par un simple amendement déposé en commission à plus de 2 heures du matin. La résolution de novembre 2014, votée d'ailleurs par un grand nombre de députés de l'opposition, marquait un acte fort en actant l'IVG comme un droit fondamental. L'équilibre avait été trouvé, mais sur un tel sujet de société il convient de ne pas attiser les haines d'un côté comme de l'autre. Cherchons plutôt un équilibre sur cette question si importante et sensible. Comment peut-on remettre en cause l'équilibre trouvé, le vote de la résolution en novembre 2014, par un simple amendement déposé tard dans la nuit en commission ?

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre, vous voyez que sur des questions d'une telle importance, décréter l'urgence, accepter des amendements qui remettent en cause des textes majeurs, discutés ici même il y a plusieurs décennies, n'est pas une bonne procédure.

Arnaud Robinet l'a très bien dit, la question du fond mérite évidemment une approche et une procédure qui soient construites. M. le Président de la République, s'agissant de la fin de vie, a pris la précaution de réunir une commission, de choisir un député de la majorité et un autre de l'opposition. Un consensus a pu être trouvé. En acceptant cette procédure et cet amendement, indépendamment du fond, en ne demandant pas que l'on y réfléchisse ensemble, ce qui aurait probablement abouti à un consensus, vous venez une nouvelle fois d'exercer une pression sur le pays et le Parlement, ce qui est dommage car ces questions méritent d'autres méthodes de travail.

Vous avez malheureusement décidé, madame la ministre, de passer en force sur tous les sujets, y compris sur les sujets de société. Nous ne pouvons pas l'accepter. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. La philosophie de la loi Veil était assez claire : l'IVG, acte auquel les femmes peuvent être contraintes de recourir, ne doit pas être considérée sans un recul nécessaire à la réflexion et à la responsabilité. À cet égard, le droit à l'avortement représente une avancée en faveur de la responsabilisation des femmes, mais il devait être pratiqué dans des délais permettant de protéger les femmes contre les risques psychiques et physiques. À l'époque, l'exercice de ce droit était soumis à deux consultations préalables. Il nous semble essentiel de préserver ce large consensus social. Il constitue l'une des grandes avancées sociétales qui font l'honneur de la République française. Quarante ans après les débats parlementaires, la France s'honore de cette législation protectrice.

Aussi, à notre sens, nous ne pouvons accepter la suppression du délai de réflexion de sept jours adopté en commission, sans étude d'impact, avec seulement quelques collègues du groupe majoritaire. Cela étant, il s'agit là d'un amendement de Mme Coutelle et il faut toujours être à son écoute, d'autant plus qu'elle préside la délégation aux droits des femmes. Vous ne m'en voudrez pas cependant, madame Coutelle, si, pour une fois, je ne suis pas d'accord avec vous.

Mme la présidente. La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Outre que la comparaison faite à plusieurs reprises entre l'IVG et l'achat d'un quelconque bien matériel de consommation est très délicate, je voudrais rappeler que nous sommes en 2015 et non plus en 1975. Nous devons accepter que la législation évolue par rapport au compromis auquel les députés avaient abouti à l'époque. Nous assumons pour notre part notre positionnement dans la longue marche

progressive vers l'égalité des droits. Nous vous proposons un pas supplémentaire aujourd'hui en limitant les obstacles aujourd'hui posés à l'IVG.

Les femmes n'ont pas besoin d'un nouveau délai de réflexion quand elles ont décidé d'avorter. Ce délai, elles se le sont déjà imposé à elles-mêmes. Tous les professionnels qui travaillent dans des centres de planification vous le diront, chers collègues de l'opposition, sans parler des études qui ont été menées sur ce sujet. De surcroît, il s'agit en vérité d'un raccourcissement du délai d'accès à l'IVG. Je salue cet amendement déposé en commission ainsi que les débats en hémicycle qui nous permettent de conforter notre position en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

M. Xavier Breton. Où est l'égalité là-dedans ?

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Je souhaiterais que l'on garde un ton extrêmement modéré, quarante ans après l'obtention d'un droit des femmes à l'issue de luttes que certains d'entre nous ont connues et accompagnées. Ce n'est pas seulement la lutte des femmes, c'est aussi celle des hommes, pour obtenir ce droit, dans la douleur. Rappelons que nos mères, lorsqu'elles décidaient d'avorter, étaient aux mains de faiseuses d'anges et que beaucoup mouraient d'infections. Je suis heureux de voir M. Debré acquiescer. Ce droit nous rappelle que ce fut un combat, que nous devons respecter avec des mots simples, quelles que soient nos convictions.

Mme Veil a eu le courage de le porter ici, dans cet hémicycle. Une majorité de députés l'ont accompagnée, des deux côtés, mais la gauche s'est honorée d'être avec elle à ce moment-là.

Le délai de réflexion est aujourd'hui, non pas combattu, mais mis en question par les associations qui s'occupent de ce sujet. Les femmes, quand elles décident dans la souffrance de recourir à l'interruption volontaire de grossesse, y ont déjà pensé, souvent douloureusement.

Les mots que nous prononçons ici doivent être très mesurés car nous nous plaçons sur un terrain délicat qui mérite autre chose que des diatribes.

Ce délai de réflexion a été supprimé par cet amendement que j'ai soutenu en commission. Il ne me semble pas qu'il soit nécessaire de polémiquer outre mesure.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Moreau.

M. Yannick Moreau. À force d'amendements nocturnes, de résolutions, de propositions de loi, vous avez en moins de trois ans détricoté complètement l'équilibre fondamental de la loi Veil, vieille pourtant de quarante ans. Vous l'avez fait sciemment pour agiter des sujets fondamentaux et masquer votre échec magistral sur le front du chômage et de l'emploi.

Mme Chantal Guittet. C'est vraiment n'importe quoi !

M. Yannick Moreau. Vous avez agité les sujets sociétaux, du mariage pour tous à l'avortement, des sujets qui, sous couvert de progrès social, déstabilisent l'équilibre de ce texte, entre la protection de la vie à naître et la liberté des femmes.

Je suis triste de constater que, dans cet hémicycle, nous avons beau être des députés de la Nation, élus pour en défendre les intérêts supérieurs, mus par nos convictions, il nous est impossible de débattre de la protection de la vie à naître. Or, cette notion ne provient pas d'une loi extérieure, d'un traité international, d'une règle universelle, mais bel et bien de l'article 16 du code civil.

Je renouvelle la question que M. Breton a posée à Mme la ministre : **pouvons-nous, dans cet hémicycle, débattre aussi de la protection de la vie à naître ?**

Mme Monique Iborra. On peut voter !

M. Gérard Sebaoun. C'est vraiment incroyable !

Mme la présidente. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Certains sujets méritent des échanges sans dogme entre nous et sur un ton dépassionné. Il y a des noms, dans l'opposition comme la majorité, des lois, inscrits dans le marbre. **Les deux consultations que cette loi avaient instaurées, ainsi que l'entretien psycho-social, facultatif pour les adultes, obligatoire pour les mineurs, préservaient un certain équilibre.**

Je peux comprendre que des associations aient pu détecter des signes de souffrance de-ci de-là, (*Murmures sur les bancs du groupe SRC*) mais n'oublions pas qu'un syndicat de gynécologues ainsi qu'un grand nombre d'assistantes sociales, nous ont alertés quant à la nécessité de conserver ce délai de réflexion. Cet amendement sera adopté puisque vous êtes majoritaire ; soit. Ce soir, toutefois, j'aurai une pensée triste pour certaines femmes qui subissent la pression de leurs compagnons ou d'autres personnes et à qui l'on ne laisse pas le temps de se retourner, que ce soit vers leur noyau familial ou vers les dispositifs d'aide médico-sociale. Ces femmes-là méritent elles aussi notre attention !

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Quelle méconnaissance de la question !

M. Élie Aboud. Non, au contraire !

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Aubert.

M. Julien Aubert. Concernant la méthode, je regrette que nous ne parvenions pas à débattre sans qu'on se livre aussitôt à l'invective et aux pressions.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Il n'y a aucune invective de notre part !

M. Julien Aubert. Chacun sait que sur ce sujet, les convictions intimes des uns et des autres sont profondes ; respectons-les. Certains considèrent que le droit à l'avortement est universel et qu'il ne souffre aucune restriction ; d'autres estiment au contraire qu'il s'agit d'une atteinte au droit à la vie – la nature est ainsi faite. Nous sommes ici au Parlement pour en débattre. Tâchons donc de nous respecter.

Sur le fond, ensuite, deux questions se posent. Tout d'abord, donner un droit qui ne s'exerce pas immédiatement revient-il à le nier ? Je ne le crois pas. D'autre part, **l'interruption volontaire de grossesse est-elle un acte comme les autres ? Je ne le crois pas non plus. Selon un sondage réalisé par l'IFOP en 2010, 83 % des femmes pensent que l'IVG laisse des traces psychologiques difficiles à vivre – un terme d'ailleurs repris par la Haute autorité de la santé.**

M. Arnaud Leroy. Personne n'a jamais dit le contraire !

M. Julien Aubert. Dès lors, s'agissant d'un acte dont 83 % des femmes pensent qu'il peut laisser de telles traces, **il me semble que le fait de laisser un temps de réflexion ne revient ni à nier ce droit à l'IVG, ni à récuser le fait que c'est un acte médical à part. Cet acte à part doit correspondre à un régime juridique à part.** Enfin, sur le plan purement politique, la droite et la gauche avaient abouti à un consensus et je regrette qu'il soit remis en cause.

M. Richard Ferrand, rapporteur de la commission des affaires sociales. Surtout la gauche, car la droite, elle, a pris une volée de bois vert !

M. Julien Aubert. Nous perdons davantage de temps à rouvrir de vieilles blessures qui touchent aux convictions intimes de chacun qu'à faire avancer de grandes causes d'unité nationale auxquelles nous aurions bien besoin de nous consacrer en ces moments difficiles. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. Le recours à l'interruption volontaire de grossesse est un droit, et toutes les femmes qui sont aujourd'hui présentes dans l'hémicycle savent pertinemment ce qu'elles doivent à Simone Veil.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Merci !

Mme Isabelle Le Callennec. Cependant, après la loi sur l'égalité entre les femmes et les hommes, c'est la deuxième fois qu'un amendement revient à dénaturer la loi Veil, à propos de laquelle nous avons pourtant adopté une résolution en novembre dernier seulement.

J'aimerais donc comprendre les motivations de la délégation aux droits des femmes. J'aimerais aussi entendre Mme la ministre qui, en effet, s'est opposée à la suppression du délai de sept jours. Chaque année, plus de 200 000 avortements ont encore lieu dans notre pays et, parmi les mineures, le nombre d'avortements ne cesse d'augmenter.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Il fallait accepter les programmes d'éducation sexuelle à l'école !

Mme Isabelle Le Callennec. La première chose à faire est donc sans doute d'améliorer la prévention.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. L'un n'empêche pas l'autre !

Mme Isabelle Le Callennec. Avant d'améliorer la prévention, il faut surtout se garder de banaliser l'IVG ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. À quoi servent donc les « ABC de l'égalité » ?

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

M. Philippe Vigier. Plusieurs collègues l'ont rappelé : nous vivons un moment important. Quels que soient les bancs sur lesquels nous siégeons, il me semble qu'il faut parfois savoir se rassembler sur l'essentiel. C'est ce qu'a fait Simone Veil en son temps ; l'UDI est fière que ce soit une femme centriste qui ait défendu ici même, en 1974, cette loi qui fera date pour des décennies, car c'est un acte majeur qui octroie en effet un nouveau droit aux femmes.

Je voudrais m'adresser à Mme Coutelle en tant que président de groupe. En janvier 2014, nous avons abondamment travaillé ensemble sur la proposition de résolution concernant l'IVG. Plusieurs versions ont été rédigées ; j'en ai quelques-unes sous les yeux. Nous avons écrit un texte équilibré à plusieurs mains, avec MM. Le Roux et Jacob, notamment, en faisant très attention aux mots employés dans cette proposition que notre Assemblée – il faut s'en féliciter – a adoptée à une très large majorité. Vous avez raison, madame la présidente de la délégation, de souligner qu'alors même que ce droit était remis en cause dans certains pays d'Europe, la France devait envoyer un message très fort.

Je ne comprends donc pas pourquoi vous souhaitez désormais par cet amendement – auquel Mme la ministre s'est d'ailleurs opposée en commission en arguant sans ambiguïté du fait que le délai de réflexion est indispensable – forcer la main du Gouvernement et de la représentation nationale. Si ce délai présentait un véritable obstacle au droit d'avortement, vous savez bien que nous serions tous ici prêts à examiner comment le surmonter. Mme la ministre a très bien expliqué en commission qu'en cas d'urgence, il existe des procédures accélérées qui permettent de raccourcir les délais.

M. Élie Aboud. C'est le fond du problème !

M. Philippe Vigier. Rappelons-nous donc un instant l'équilibre de janvier 2014, qui honorait l'ensemble de l'Assemblée nationale.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Grâce à la gauche !

Mme la présidente. La parole est à M. François de Mazières.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Il s'est déjà exprimé !

M. François de Mazières. Il importe en effet que nous puissions nous écouter. Qu'ai-je donc dit tout à l'heure ? J'ai dit que notre Parlement est toujours attentif à protéger la personne. Les délais de réflexion existent dans tous les domaines. Pardonnez cette caricature, mais j'ai en effet évoqué les délais de protection qui s'appliquent à l'achat d'une voiture ou à un prêt immobilier. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Richard Ferrand, *rapporteur.* C'est incroyable !

M. François de Mazières. Écoutons-nous calmement. Entendez donc la population : elle vous dit qu'il s'agit en effet d'un acte lourd et important qui n'est pas un acte de contraception – car c'est ce que Mme la ministre a voulu dire. C'est là qu'est notre opposition, madame Coutelle : vous êtes en train de banaliser cet acte. Or, nous sommes ici pour protéger les personnes. Au fond, c'est un droit de la femme que nous défendons !

M. Arnaud Leroy. Laissez-les donc décider !

M. François de Mazières. Il existe en effet des situations où la femme doit pouvoir parler. Les témoignages abondent : lisez-les donc dans *Le Monde*. Les gynécologues demandent qu'il soit possible de parler. Au contraire, comment les choses se passeront-elles désormais ? En cinq minutes, le temps d'une prise de médicaments, tout sera fini, mais le problème perdurera tout au long de la vie de la femme concernée.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Les médecins agissent-ils vraiment ainsi ?

M. François de Mazières. J'ai été très frappé par les témoignages que relate *Le Monde* : les femmes interrogées s'y réjouissent d'avoir bénéficié d'un délai de réflexion de sept jours pour être sûres de leur choix et pour pouvoir l'assumer !

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la délégation aux droits des femmes.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Pour moi comme pour nous tous ici, l'avortement n'est pas un acte banal. C'est la raison pour laquelle je ne l'ai jamais comparé à l'achat d'une voiture ou d'un four à micro-ondes, comme je l'ai entendu faire ailleurs. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Xavier Breton. C'est réducteur !

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* J'en viens à la loi Veil. Je remercie l'ensemble des groupes d'avoir accepté de signer la résolution, à la rédaction de laquelle nous avons longuement travaillé. J'avais alors tenu à rappeler tous les textes qui ont modifié la loi Veil. Vous semblez en effet oublier qu'elle a déjà été modifiée quatre fois. Ce n'est donc pas une bible intangible !

M. Daniel Fasquelle. Au fond, vous ne supportez pas que la loi Veil provienne de la droite, et non de la gauche !

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* Elle a été modifiée en 1982...

M. Julien Aubert. Par la gauche !

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* Oui : il s'agissait d'instaurer la prise en charge de l'IVG, que Simone Veil n'avait pas pu obtenir en son temps – ce qu'elle a elle-même avoué regretter.

M. Julien Aubert. C'est exact.

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* Lisez donc les débats de l'époque ! Ensuite, en 1993, Mme Neiertz a fait adopter le délit d'entrave puis, en 2001, le délai maximum a été porté à douze semaines et enfin dernièrement, nous avons supprimé la condition relative à l'état de détresse.

Pourquoi revenir aujourd'hui sur le délai de réflexion ? Certes, il n'existe pas d'étude d'impact, mais le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a publié un rapport sur l'accès à l'IVG. Avec le planning familial, il propose...

M. Xavier Breton. Cela ne nous rassure pas ! Ce sont des organismes militants et partiaux !

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* ...non pas de supprimer la réflexion, cela va de soi. Ce que nous supprimons dans la loi, c'est le délai de réflexion qui n'existe pour aucun autre acte médical – à l'exception des actes de chirurgie esthétique. Relisez donc les débats de 1974 : Simone Veil a naturellement dû consentir des concessions ! Et pourquoi ? Vous oubliez trop vite que la loi a été adoptée par 284 voix contre 189 ! Le Centre de l'époque y était favorable, tout comme l'ensemble des bancs de la gauche ; je ne suis pas certaine que la plupart des 189 députés qui ont voté contre ne se soient pas trouvés de votre côté de l'hémicycle... (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Pierre Lellouche. Scandaleux !

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* Autrement dit, cette loi dont vous dites qu'il s'agit d'un texte de consensus et d'équilibre est une loi qu'elle a fait adopter avec difficulté et rappelle la dureté...

M. Xavier Breton. Relisez donc ses propos !

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* Je l'ai fait. Elle a vécu un débat d'une extrême dureté et d'une extrême violence que je rapproche de la violence que certains membres du monde médical ont fait subir à Mme la ministre au sujet du projet de loi sur la santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Daniel Fasquelle. Vous comparez Marisol Touraine avec Simone Veil ? N'exagérez pas, tout de même !

M. Pierre Lellouche. Vous n'avez jamais supporté cette loi qui n'est pas la vôtre et qui ne le sera jamais !

M. Arnaud Leroy. Du calme ! Vous n'êtes pas dans votre permanence, ici !

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* Pour vous répondre sur les arguments, monsieur Vigier...

Mme la présidente. Je vous propose, madame Coutelle, d'y revenir après la discussion sur l'article, lors de l'examen des amendements.

La parole est à Mme Brigitte Allain.

Mme Brigitte Allain. Madame et messieurs les députés de l'opposition, croyez-vous vraiment que lorsqu'une femme prend la décision d'aller consulter un médecin pour demander un avortement, elle n'a pas déjà réfléchi à la question ? À quoi servent donc ces jours supplémentaires de réflexion si ce n'est à la culpabiliser ? C'est un acte moraliste ! Or, la loi n'est pas conçue pour faire la morale mais pour définir les droits et les devoirs de chacun !

D'autre part, je rappelle que lorsque l'on consulte un médecin pour manifester la volonté d'avorter, le médecin ne procède pas à l'avortement dans l'immédiat !

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Bien entendu !

Mme Brigitte Allain. Il existe donc de fait un nouveau délai de réflexion qui court jusqu'au jour où l'acte chirurgical est prévu.

M. Daniel Fasquelle. Dans ce cas, où est le problème ?

Mme Brigitte Allain. J'ai moi-même une amie qui, le jour prévu pour l'avortement, a finalement décidé de ne pas le faire. Elle a simplement téléphoné au médecin et n'a pas été contrainte de subir l'intervention. Autrement dit, elle a déjà un délai de réflexion dans les faits ! Cessons donc de polémiquer !

M. Daniel Fasquelle. Il n'y a donc aucun problème !

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Si ! Savez-vous vraiment ce que vivent ces femmes ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. En préambule et pour répondre à des propos qui m'ont particulièrement choquée, je rappelle que la loi Veil n'appartient à personne ! Cette avancée pour les droits des femmes a été conçue par Mme Veil et, à l'époque, il n'a pas dû être aisé de la faire adopter sur ces bancs !

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Il y avait alors neuf femmes dans l'hémicycle !

Mme Jeanine Dubié. Ensuite, le débat concernant le délai de réflexion est un faux débat. En effet, entre le moment où une femme reçoit la confirmation de son état de grossesse et le moment où l'IVG est réalisée, il s'écoule en moyenne quinze jours à trois semaines. Autrement dit, le délai de réflexion existe. À l'inscrire tel quel dans la loi, les femmes seraient placées dans une situation très infantilisante. Chaque jour, les mêmes questions se succèdent : es-tu sûre, est-ce le bon choix ? On multiplie ainsi les sources d'angoisse. Selon moi, la suppression de ce délai n'enlève rien : un entretien avec un médecin est de toute façon prévu, et rien n'empêche le médecin, dans la relation qu'il entretient avec sa patiente, de lui proposer un délai s'il pense qu'elle en a besoin. En tout état de cause, cela ne relève pas de la loi.

Enfin, certaines femmes pouvant bénéficier d'une IVG médicamenteuse sont contraintes en raison de ce délai d'opter pour l'IVG chirurgicale.

Tous ces éléments plaident en faveur de la suppression de ce délai de réflexion et ne méritent certainement pas l'agitation que certains manifestent ce soir.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. J'aborderai deux points.

Le premier a déjà été évoqué par Mme Allain et Mme Dubié. Pensez-vous que réflexion de la femme ne commence pas tout de suite, vraiment tout de suite, dès l'instant où elle a le résultat de son test de grossesse ? Et pensez-vous qu'entre les deux consultations nécessaires, deux au moins, elle ne soit pas non plus en réflexion ? Il est donc vrai que ce délai obligatoire présente un caractère soit infantilisant, soit culpabilisant. Deuxièmement, en écoutant les députés qui siègent sur les bancs de la droite, des députés de sexe masculin dans leur immense majorité (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*)...

M. Xavier Breton. Personne n'est parfait !

M. Julien Aubert. Arrêtez vos attaques sexistes !

Mme Michèle Delaunay. Je voulais dire que les députés de sexe masculin qui ont fait l'exégèse de la loi Veil ont appelé l'attention sur le fait que la parole de Mme Veil appelait elle-même à l'humilité. Eh bien, je veux seulement dire, mais vraiment du fond du cœur, que les premiers à devoir être humbles sur ce sujet, ce sont justement les hommes.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes,* **M. Richard Ferrand,** *rapporteur* et **M. Arnaud Leroy.** Très bien !

M. Julien Aubert. C'est incroyable, ça !

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Je suis, évidemment, favorable à l'avortement. J'ai vu, quand j'étais externe, deux morts, deux femmes qui sont venues aux urgences parce qu'elles s'étaient fait avorter par une faiseuse d'anges – ça marque... Je n'étais pas député en 1974, mais j'aurais voté des deux mains la loi Veil. C'est plus qu'un droit, c'est un devoir médical.

Mme Jacqueline Fraysse. Absolument !

M. Bernard Debré. Nous ne pouvons pas laisser se développer des avortements clandestins, comme il en existe encore, et la persistance de cette réalité doit nous conduire à nous interroger sur l'information des jeunes et des moins jeunes – c'est très important. Comment se fait-il qu'il y ait encore des centaines de milliers d'avortements clandestins ?

J'en viens au problème du délai de réflexion. Entendons-nous bien. Nous avons à peu près tous raison. Pourquoi ? Parce que c'est un acte difficile à accomplir et à accepter, et quand une femme dont le test de grossesse est positif décide de se faire avorter, il faut tout faire pour l'aider, bien entendu, mais, l'aider, ça veut dire quoi ? Il y a deux possibilités, Élie Aboud l'a dit : soit la femme elle-même veut avorter le plus vite possible, et elle va voir le gynécologue, qui peut lui fixer un autre rendez-vous dans cinq, six ou sept jours, et, de fait, cela constitue le délai ; soit cette femme est poussée par quelqu'un, par son compagnon, qui lui dit qu'il ne veut pas de cet enfant, qui la pousse à avorter tout de suite. Dans ce cas, elle a besoin de réfléchir plus longuement, elle a précisément besoin que la loi l'y aide, lui donne cette faculté. C'est pourquoi, après avoir beaucoup écouté, je crois qu'il faut garder ce délai de réflexion, qui me semble nécessaire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne vais pas revenir sur les arguments qui ont été avancés par ceux de mes collègues qui siègent du même côté que moi de l'hémicycle. Je veux simplement dire, en me fondant aussi sur mon expérience, puisque je suis médecin et que j'ai vécu, moi aussi, des situations dramatiques comme celles que M. Debré a évoquées à l'instant, que l'IVG n'est jamais un acte banal. Je crois que nous pouvons partager ce point de vue. C'est un acte qui laisse toujours des traces, et des traces douloureuses – il en laisse plus ou moins, mais elles sont toujours douloureuses.

Alors, bien sûr, on peut s'interroger sur le raccourcissement du délai de réflexion. D'ailleurs, des orateurs de l'opposition l'ont rappelé, quoique d'une manière très désobligeante, en commission, madame la ministre elle-même a fait part de ses interrogations.

Je dois dire que je trouve cela plutôt rassurant. Moi aussi, je me suis interrogée, parce que, effectivement, il s'agit de situations compliquées. **Est-ce qu'on ne doit pas réfléchir ? Alors, bien sûr, nous nous interrogeons, et c'est plutôt rassurant, mais pourquoi donc accepté-je finalement cette proposition de suppression ? Parce que j'ai écouté les arguments des professionnels qui, tous les jours, sont confrontés à ces situations. Ils nous disent notamment de faire attention à ce délai qui retarde l'intervention et qui risque de placer la personne concernée, précisément, hors des délais dans lesquels l'IVG est possible. Bref, j'ai entendu ces arguments, qu'on peut prendre ou laisser – pour ma part, je les prends.**

J'ai aussi – surtout, peut-être – entendu ce que disent les femmes elles-mêmes, les femmes qui vivent ces situations. Et je crois, chers collègues, que vous pourriez peut-être, quand même, entendre ce que disent les personnes directement concernées, cela pourrait faire évoluer vos opinions. Elles vous appartiennent, certes, mais, tout de même, vous n'êtes pas directement concernés. Je vous propose donc de sortir de votre posture et de respecter, tout simplement, les demandes qui sont formulées par les intéressées. C'est quand même le b.a.-ba de la démocratie.

Un député du groupe UMP. Merci pour la leçon !

M. Richard Ferrand, rapporteur. Vendéens !

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Alauzet.

M. Éric Alauzet. Il y a deux moments cruciaux, critiques, douloureux, pour les femmes qui se trouvent dans cette situation : au début de la période et à la fin de la période. Au début, parce que, au moment de l'annonce, là, ça mouline, très vite, très fort, dans la tête, et il ne faut pas beaucoup de temps aux femmes pour se décider. Le deuxième moment critique, très douloureux, est celui du passage à l'acte. Entre les deux, ça peut durer trois jours, cinq jours, sept jours, huit jours, quinze jours, ça ne change pas grand-chose.

Alors, si je comprends bien, peut-être qu'avec plus de temps la culpabilité pourrait grandir et amener les femmes à réviser leur position – je ne le crois pas –, ou alors la raison pourrait aussi les amener à changer de décision. Rassurez-vous, chers collègues, tout au long de cette période, la culpabilité et la raison sont présentes, et se livrent un duel crucial et douloureux pour ces femmes. J'espère simplement qu'au moment de la décision et du passage à l'acte elles auront auprès d'elles un homme qui pourra les entendre.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Leroy.

M. Arnaud Leroy. Pour ma part, je suis sensible à ce que j'ai entendu, et je pense à la photo que l'on pourrait prendre des bancs de l'opposition. Il est dommage qu'il n'y ait pas de photographe, à cette heure-ci...

M. Frédéric Reiss. C'est un argument, ça !

M. Arnaud Leroy. Oui, c'est un argument, parce que, moi, j'entends « culpabilité », et tout ça. Je ne vois pas pourquoi ces mots sont associés à l'IVG. Moi, ça me dérange.

M. Xavier Breton. C'est vous qui parlez de culpabilité ! C'est la gauche qui en parle !

M. Arnaud Leroy. Je vais finir mon propos.

En 1944, le général de Gaulle a donné le droit de vote aux femmes, qu'elles ont pu exercer lors des élections de 1946, il le leur a donné parce qu'on pensait qu'elles étaient capables de réfléchir et de penser, et je pense qu'on avait raison. Et, aujourd'hui, on en est encore à justifier un délai de réflexion, en parlant d'achats de voiture et de crédits à la consommation ! Où va-t-on, messieurs, où va-t-on ?

M. Xavier Breton et M. Pierre Lellouche. Quelle mauvaise foi !

M. Arnaud Leroy. Vous nous parlez d'une loi de 1974, mais on a évolué, les femmes ont évolué. Soyez au rendez-vous ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Oui, monsieur Lellouche, vous pouvez dire ce que vous voulez, mais vous n'êtes pas dans votre permanence, ici. Simplement, dans une société qui est en demande, soyez à l'écoute, soyez ouverts aux libertés, soyez ouverts à la responsabilité, ça vous changera un petit peu ! Moi, je suis ravi que nous avancions sur la suppression de ce délai de réflexion.

M. Xavier Breton. Pas un argument !

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements de suppression, n^{os} 552, 1298 et 1958.

Sur ces amendements de suppression n^{os} 552, 1298 et 1958, je suis saisie par le groupe de l'Union des démocrates et indépendants et le groupe de l'Union pour un mouvement populaire d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. François de Mazières, pour soutenir l'amendement n^o 552.

M. François de Mazières. Je me contenterai de lire, parce qu'on nous a dit que nous étions des hommes, ce qui est vrai.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Eh oui !

M. François de Mazières. Je lirai ce qu'a publié *Le Monde*. Une femme témoigne : « J'étais sûre de ma décision. Cette semaine suspendue m'a aidée à me calmer et à arriver beaucoup plus apaisée au rendez-vous. » Une autre : « C'est une décision effroyablement douloureuse, ces sept jours m'ont aidée à me préparer et à l'assumer pleinement. » Troisième citation : « Si j'avais agi dans l'urgence, je le regretterais encore aujourd'hui. »

M. Arnaud Leroy. Personne n'oblige personne à rien !

M. François de Mazières. Je crois seulement qu'il ne faut pas asséner des vérités.

M. Arnaud Leroy. Alors gardez-vous de le faire !

M. François de Mazières. Ce sont des sujets très difficiles, douloureux. Ce que nous disons simplement, en ce domaine, c'est qu'il nous semble important de protéger les personnes, parce qu'il y a effectivement des situations où le délai de réflexion sera bénéfique. Les personnes se trouvent parfois dans des situations de solitude terribles, et les médecins sont surchargés de travail. Qu'est-ce qui va se passer ? Vous le savez bien. On dira : « Eh bien, écoutez, voici la solution, et on ne se revoit plus. » Et la femme va assumer ça pendant des années ! Je pense, c'est vrai, que, dans certains cas, vous n'agissez pas dans l'intérêt de la femme.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Ah bon ?

M. François de Mazières. Vous croyez le faire, mais ce n'est pas le cas. Et j'avais beaucoup apprécié la retenue de Mme la ministre, dont j'ai lu les propos, qui étaient sans doute plus proches de la vérité. N'assétons pas des vérités trop faciles. Ce sont des sujets compliqués.

Les délais de réflexion existent dans plusieurs matières, et j'ai détesté la façon dont vous avez dit que nous rabaissions le débat. Au contraire, nous avons dit que cet acte était plus important qu'un achat de véhicule. Je l'ai dit et je le redis, et je pense que toute la population française considère que cet acte est plus important qu'un achat de véhicule ou la souscription d'un prêt bancaire.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. C'est vous qui faites toutes ces comparaisons !

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n^o 1298.

M. Arnaud Richard. Défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Breton, pour soutenir l'amendement n^o 1958.

M. Xavier Breton. Tout d'abord, je m'interroge sur la conception que certains de nos collègues ont de la place de l'homme dans un couple et pendant la grossesse. Autant il a pu y avoir historiquement des rapports de domination, autant on voit aujourd'hui que c'est l'exclusion complète de l'homme qui est préconisée par certains et par certaines. On peut s'interroger sur cette conception de l'égalité où l'homme n'existe plus.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. N'existe plus ? En l'occurrence, ce n'est pas vraiment le cas, on pourrait prendre une photo de vos bancs !

M. Xavier Breton. J'en viens à mon deuxième point : la comparaison aux achats de consommation courante. Notre propos n'est pas de mettre cela sur le même plan, il est de poser la question suivante : si un délai de réflexion est prévu pour des achats de nature pratique comme celui d'une voiture, alors, pourquoi n'y aurait-il pas *a fortiori* de délai de réflexion avant une décision autrement plus lourde, autrement plus importante ? Ce n'est pas tout mettre sur le même plan. Au contraire, c'est un raisonnement par l'absurde pour dire qu'il ne s'agit pas d'un achat de consommation courante, même si vous voulez en faire un de l'IVG. Troisième point, je reviens encore une fois sur la forme. Je regrette que vous procédiez par voie d'amendement et qu'il n'y ait pas de vrais débats. La disposition qui est l'objet de cet article était envisagée avant même la rédaction de ce projet de loi santé : c'était une préconisation de la délégation aux droits des femmes. Cela aurait pu figurer dans le projet de loi initial, mais vous n'avez pas fait ce choix, madame la ministre, et l'article a été inséré par voie d'amendement. Je regrette, encore une fois, ces moyens subreptices. Dernière question, *quid* de la protection de la vie à naître ? Nous attendons votre réponse. Est-ce que ce sont des mots que vous êtes capable de prononcer ? Et qu'est-ce que vous en faites dans une loi sur l'avortement ?

M. Éric Alauzet. Vous changez de sujet !

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a adopté l'amendement dont est issu cet article 17 bis, vous l'avez rappelé, dans les conditions qui ont été évoquées par les uns et les autres, à la suite de la présentation faite par la présidente de notre délégation aux droits des femmes, étayée sur les rapports qui ont pu être rendus. Logiquement, la commission a repoussé les amendements de suppression.

Je n'ai pas, jusqu'ici, participé à ce débat ; vous me permettrez de dire quelques mots à titre personnel. Je crois que sur des sujets comme celui-ci, il faut se garder d'être péremptoire, de croire que l'on détient la vérité. Il faut aussi respecter les décisions des femmes et ne pas parler en leur nom.

J'ai entendu dire, du côté de l'opposition, qu'il faudrait responsabiliser les femmes. Je regrette cette formule – que j'interprète peut-être mal. Beaucoup de femmes l'ont dit ici : bien évidemment, la question se pose immédiatement, dès qu'elles ont connaissance de leur grossesse et qu'elles prennent un rendez-vous chez le gynécologue. Si elles décident d'avoir recours à une IVG, elles le font après une longue réflexion. J'ai apprécié ce que vous avez dit, madame Fraysse, parce que, comme vous, je me suis beaucoup interrogée, et j'ai beaucoup écouté. J'ai souvent entendu des femmes dire qu'elles avaient vécu ces huit jours dans une très grande solitude. Je m'interroge, aujourd'hui, sur notre capacité à les accompagner, quel que soit leur choix, quel que soit le temps dont elles disposent, quel que soit le temps dont elles ont besoin. Supprimer le délai de réflexion, n'empêche pas les femmes qui en ont besoin d'avoir un délai de réflexion.

Mme Jacqueline Fraysse. Bien sûr !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. De toute façon, en pratique, il y aura un délai, imposé par la prise des rendez-vous. Puisque cette période est souvent vécue dans la solitude par les femmes qui ont décidé de recourir à une IVG – ce qui met en lumière notre incapacité à accompagner ces femmes –,...

M. Xavier Breton et Mme Isabelle Le Callennec. Travaillons plutôt à mieux les accompagner, alors !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. ...faut-il la prolonger ?

M. Xavier Breton. C'est un constat d'échec !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je pense que chaque député doit répondre à cette question en son âme et conscience ; sur ce sujet, il ne faut pas qu'il y ait de directives dans un sens ou dans un autre. Je regrette, à titre personnel, le chiffre rappelé par Mme Le Callennec : 210 000 avortements par an – dont beaucoup chez les jeunes.

Mme Isabelle Le Callennec. Oui, c'est inquiétant !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Si le nombre de naissances progresse en France, le nombre d'IVG reste stable. Quarante ans après la loi Veil, et compte tenu des modalités actuelles d'accès à la contraception, on pourrait s'attendre à ce que ce chiffre diminue.

Mme Isabelle Le Callennec. Oui, et alors ? Pourquoi ne diminue-t-il pas ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Personnellement, je salue à nouveau les mesures prises par le Gouvernement, incluses notamment dans l'article 3 de ce projet de loi, qui vise à lever un certain nombre d'obstacles pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence, notamment chez les jeunes.

M. Xavier Breton. L'IVG médicamenteuse ne relève pas de la contraception !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je note que cet article a suscité moins de débat, mais aussi moins de reconnaissance envers le Gouvernement.

Vous me permettez donc, en tant que rapporteure, de m'en remettre à la sagesse de l'Assemblée, afin que chacun puisse se prononcer comme il le souhaite. Nous avons eu, nous aussi, de longues journées pour réfléchir à cette question, et beaucoup d'arguments militent en faveur de la disparition de ce délai. (Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et écologiste.)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis défavorable à ces amendements de suppression.

Pour un certain nombre de raisons, évoquées par Mme Fraysse, j'avais envisagé de réduire le délai de réflexion à deux jours, plutôt que de le supprimer purement et simplement. Lorsque j'ai présenté, au mois de janvier dernier, le plan pour améliorer l'accès à l'IVG, j'avais prévu de proposer une telle réduction de ce délai de réflexion.

Comme chacun s'en souvient, le mois de janvier dernier fut celui des attentats. Avec le Gouvernement, avec le Premier ministre, nous avons considéré qu'il fallait éviter de donner à quiconque le sentiment que nous voudrions profiter du contexte d'union nationale pour faire passer des dispositions difficiles à accepter pour certains. J'avais donc indiqué que la question du délai de réflexion pourrait être abordée dans le cadre de ce projet de loi, qu'elle pourrait donner lieu à un débat au Parlement.

Ce débat a notamment été mené, en commission, par la délégation aux droits des femmes ; c'est le droit de tous les députés d'aborder de telles questions. À ce moment-là, j'ai exposé à nouveau ma position : pour moi, ramener ce délai à deux jours aurait permis de faciliter l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, en particulier pour les femmes qui sont dans l'urgence, tout en ménageant un temps – dont je ne savais pas très bien moi-même à quoi il pouvait servir. **L'amendement présenté par Mme Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes, a été adopté en commission, et je me suis demandée : au fond, qu'est-ce que cela change ?**

À entendre les députés de l'opposition, au-delà des arguments rhétoriques visant à cacher le fait qu'ils voudraient sans doute que des femmes culpabilisent... (*Vives protestations sur les bancs des groupes UMP et UDI.*)

Plusieurs députés du groupe UMP. C'est incroyable ! On n'a pas le droit de dire cela !

Mme Marisol Touraine, ministre. ...vous invoquez la loi de 1975, mais cette loi a quarante ans : elle représentait l'équilibre dans une société donnée. Je m'étonne, d'ailleurs, que vous soyez si nombreux à nous renvoyer à cette loi : certains d'entre vous nous ont clairement indiqué qu'ils l'auraient voté, sans l'ombre d'une hésitation, mais je ne suis pas certaine que cela aurait été le cas de tous les parlementaires présents ce soir sur les bancs de l'opposition. (*Très vives protestations sur les bancs des groupes UMP et UDI.*)

M. Yannick Moreau. Mais c'est l'Inquisition !

M. Bernard Accoyer. Anathème !

Mme Marisol Touraine, ministre. Il faut quand même dire cela ! Au contraire, à l'évidence, tous les parlementaires qui siègent du côté gauche de l'hémicycle auraient voté cette loi.

M. Yannick Moreau. Madame la ministre, est-il vraiment nécessaire de nous insulter ?

M. Pierre Lellouche. Mais enfin, c'est absurde ! Vous ne pouvez pas nous reprocher de ne pas avoir voté la loi Veil, nous n'y étions pas !

Mme Marisol Touraine, ministre. **Je répète que la loi Veil consacrait un équilibre, qui n'a pas vocation à rester figé pour l'éternité, car la société a évolué...**

M. Pierre Lellouche. Je veux bien tout entendre, mais pas ça !

Mme la présidente. Monsieur Lellouche, s'il vous plaît ! Quand Mme la ministre s'exprime, on l'écoute !

Mme Marisol Touraine, ministre. La société a évolué. **La relation à l'interruption volontaire de grossesse ne s'est pas banalisée, mais elle s'est normalisée.** Dans ce contexte, au fond, une femme qui se pose des questions prendra le temps de la réflexion. Elle n'a pas besoin d'un délai légal, car elle prendra d'elle-même le temps de la réflexion. C'est cela qui m'a convaincu.

J'ai rencontré des femmes, et je me suis dit : au fond, deux jours, qu'est-ce que cela change ? Certes, cela permet de garantir un meilleur accès à l'IVG en cas d'urgence. Mais une femme qui a pris sa décision n'a pas besoin de temps. Je crains, monsieur Debré, qu'un délai ne soit pas efficace pour sortir une femme de la domination.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Absolument !

Mme Marisol Touraine, ministre. **Au fond, cette référence à un délai de réflexion, ce critère, bloque certains, rassure d'autres, mais n'apporte aucune garantie concrète, aucune garantie réelle. C'est pourquoi le Gouvernement est défavorable aux amendements de suppression de cet article, introduit dans le projet de loi par un amendement adopté en commission. Le Gouvernement soutient cet article.** L'un d'entre vous, tout à l'heure, a commencé une phrase par les mots : « de grâce » ; à mon tour, messieurs les députés : de grâce, cessez de comparer les femmes à des voitures ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et écologiste. – Exclamations sur les bancs des groupes UMP et UDI.*)

Plusieurs députés du groupe UMP. Quelle mauvaise foi !

M. Pierre Lellouche. Cela suffit, madame Touraine ! Arrêtez de prendre les gens pour des imbéciles !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Coutelle.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Au cours de ce débat, nous nous sommes écoutés : continuons ainsi. Je pense que ce soir, malheureusement, dans cet hémicycle, les femmes qui ont avorté n'ont pas beaucoup eu la parole. Certains de mes collègues ont cité des femmes, en s'appuyant sur un article du journal *Le Monde* ayant compilé les témoignages de soixante-dix femmes. Parmi ces témoignages, trois sont d'une tonalité différente des autres, mais la très grande majorité d'entre eux sont semblables à celui-ci : le délai de réflexion « sous-entend que nous, femmes, lorsque nous décidons d'avorter, n'avons pas réfléchi, pas pesé le pour et le contre, en mesurant notre responsabilité, et qui demande un grand courage. » Une autre femme écrit : « c'est comme si la loi me disait : tu es sûre ? tu es sûre ? Je l'avais perçu à l'époque comme une ingérence moralisatrice dans la mise en œuvre d'une décision que j'avais déjà prise après

mûre réflexion. » Cet article mentionne près de soixante-dix témoignages semblables, mais on pourrait en trouver bien d'autres.

Ce que nous voulons dire, c'est que lorsqu'une femme veut avorter, sa décision a été mûrie. Certes, il y aura encore des femmes qui ne sont pas sûres, mais je ne suis pas certaine que vous compreniez bien comment les choses se passeront après l'entrée en vigueur de cet article. Quand une femme décidera d'avorter, elle se rendra chez un médecin ou chez une sage-femme – car, si les délais sont respectés, cela pourra être un avortement médicamenteux. À ce moment-là, elle recevra une information : cela fait partie du plan présenté par Mme la ministre. Les agences régionales de santé devront faire passer à tous les médecins des informations.

Supposons que cette femme tombe sur un médecin qui fait jouer sa clause de conscience, et refuse de pratiquer l'avortement. Que fera ce médecin ? Il fermera sa porte, et la femme s'en ira ? Non, il devra lui donner les informations nécessaires pour qu'elle puisse avorter dans un endroit où elle sera accueillie. La première visite est donc une visite d'information.

Ensuite, cette femme prendra un deuxième rendez-vous pour pratiquer l'avortement lui-même. Il est bien évident que cela n'aura pas lieu dès le premier rendez-vous. Elle ne pourra pas avorter simplement après avoir pris un rendez-vous par téléphone – à condition qu'on ne l'ait pas culpabilisée par téléphone, parce que cela arrive encore, à de nombreuses reprises, nous en avons des témoignages. Cette femme prendra donc un deuxième rendez-vous, avant lequel elle aura à sa disposition toutes les informations sur les différentes modalités d'avortement. Cela n'est pas au médecin de choisir les modalités de l'avortement, c'est à la femme, en conscience, de choisir si elle veut un avortement médicamenteux ou instrumental – sachant qu'il y a des délais pour l'un et pour l'autre. Je vois M. Debré qui me fait signe qu'il y a des délais : il a parfaitement raison, mais il faut que les choses soient bien expliquées à la femme concernée, car un moment vient où l'on ne peut plus pratiquer l'IVG.

Mme la présidente. Merci de conclure, madame Coutelle.

Mme Catherine Coutelle, *Présidente de la délégation aux droits des femmes.* Les femmes ont le choix, elles ont les moyens de leur réflexion, mais ce n'est pas à la loi de leur dire : vous devez réfléchir sept jours. Je finirai en disant ceci : si l'on veut lutter pour faire diminuer l'avortement chez les plus jeunes, il faut appliquer ce qui est inscrit dans la loi depuis 2003, à savoir l'éducation à la sexualité et à l'égalité à l'école. Chaque année, trois heures doivent y être consacrées, dans tous les programmes. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SRC, et sur les bancs du groupe écologiste.*)

Mme Véronique Massonneau. Absolument !

Mme la présidente. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. Nous allons procéder à un scrutin public sur ces amendements de suppression : chacun, dans cet hémicycle, se prononcera en conscience. Je voudrais être sûre de bien comprendre, madame Coutelle. À l'heure actuelle, l'IVG médicamenteuse est pratiquée jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse ; en établissement de santé, ce délai peut être prolongé jusqu'à sept semaines.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Absolument !

Mme Isabelle Le Callennec. L'IVG instrumentale peut être pratiquée jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse. Jusqu'à présent, il y a donc deux consultations médicales préalables, séparées par un délai de sept jours. Un entretien psychosocial est également prévu : il est facultatif pour les femmes majeures, et obligatoire pour les mineures. Supprimer le délai de sept jours ne revient-il pas à supprimer la deuxième consultation ?

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Non !

Mme Isabelle Le Callennec. Madame la rapporteure, vous avez dit que nous sommes incapables d'accompagner les femmes qui souhaitent avorter. Mais c'est bien pendant ces sept jours qu'elles devraient être accompagnées ! En supprimant ce délai, on s'interdit d'accompagner et d'informer les femmes. Contrairement à ce qu'a dit Mme la présidente de la délégation aux droits des femmes, cette période ne servait pas à culpabiliser la femme, mais à l'informer, pour qu'elle puisse décider en connaissance de cause, par elle-même ou en couple.

Vous l'avez dit vous-même : à un moment donné, les délais sont dépassés. Si cet article était adopté, il n'y aura plus de deuxième consultation.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Non ! Il y avait trois consultations, il n'y en aura plus que deux !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 552, 1298 et 1958.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------|----|
| Nombre de votants | 62 |
| Nombre de suffrages exprimés | 62 |
| Majorité absolue | 32 |
| Pour l'adoption | 22 |
| contre | 40 |

(Les amendements identiques n^{os} 552, 1298 et 1958 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 807.

M. Gilles Lurton. Il est vrai que, pour ma part, j'ai l'humilité de reconnaître que je ne sais pas quelle position j'aurais adopté sur la loi Veil de 1975 ; j'avais dix ans et je ne maîtrisais pas le contexte particulier de l'époque. Mais je sais qu'aujourd'hui je l'aurais votée.

Il reste que j'ai voté au mois de janvier dernier la résolution présentée par Mme Coutelle, qui me semblait de nature à préserver l'équilibre que nous avons maintenu jusqu'à présent. Or vous passez votre temps à le modifier.

L'amendement n° 807, quant à lui, est un amendement de repli. Puisque vous avez refusé nos amendements de suppression, je propose, comme vous l'avez vous-même fait en commission, madame la ministre, de revenir à un délai de quatre jours.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Breton.

M. Xavier Breton. Je remarque simplement que ni Mme la présidente de la délégation aux droits des femmes, ni Mme la rapporteure, ni Mmes les rapporteures pour avis n'ont utilisé les mots : « protection de la vie à naître ». Vous avez parlé de la liberté de la femme, mais vous ne pouvez pas prononcer les mots « protection de la vie à naître », ce qui montre bien que vous déséquilibrez la loi Veil, quoi que vous en disiez.

(L'amendement n° 807 n'est pas adopté.)

(L'article 17 bis est adopté.)

f. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 17 bis (nouveau)

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

2. Sénat

a. Texte n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015

Article 17 bis (nouveau)

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

b. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015

Article 17 bis [supprimé]

(art. L. 2212-5 du code de la santé publique)

Suppression du délai de réflexion entre la première et la deuxième consultation pour une interruption volontaire de grossesse

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, supprime l'obligation de respecter un délai de réflexion de sept jours entre la première et la seconde consultation pour une interruption volontaire de grossesse (IVG) pratiquée pour motif médical.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique fixe un délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première consultation pour une IVG et la seconde consultation visant à pratiquer l'IVG.

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale en commission à l'initiative de Mme Catherine Coutelle et plusieurs de ses collègues du groupe SRC avec un avis de sagesse de la rapporteure et un avis défavorable du Gouvernement, modifie l'article L. 2212-5 pour supprimer ce délai obligatoire.

II - La position de la commission

Votre commission rappelle que les règles qui encadrent l'IVG ont vocation à être examinées dans le cadre d'une révision des lois de bioéthique.

L'article 47 de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique prévoit que celle-ci doit faire l'objet d'un nouvel examen d'ensemble par le Parlement dans un délai maximal de sept ans après son entrée en vigueur. Elle doit en outre faire l'objet, dans un délai de six ans, d'une évaluation de son application par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (Opecst).

Sans se prononcer sur le fond du présent dispositif mais en marquant son désaccord avec la méthode utilisée, votre commission a donc, sur proposition de ses rapporteurs, supprimé l'article 17 *bis* (amendement COM-374).

Votre commission a supprimé cet article.

c. Amendements présentés en séance publique

- Amendement n° 5 rect. présenté par Mmes LABORDE et BILLON, MM. BONNECARRÈRE, CASTELLI, GUERRIAU, L. HERVÉ, HOUPERT et KERN et Mmes JOUANNO, JOUVE et MORIN-DESAILLY

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

Objet

Cet amendement vise, conformément à une recommandation de la délégation aux droits des femmes, à rétablir l'article 17 bis supprimant le délai d'attente d'une semaine entre les deux rendez-vous médicaux conditionnant l'accès à l'IVG.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- Amendement n° 468 présenté par Mme GÉNISSON, M. DAUDIGNY, Mme BRICQ, M. CAFFET, Mmes CAMPION et CLAIREAUX, M. DURAIN, Mmes EMERY-DUMAS et FÉRET, MM. GODEFROY, JEANSANNETAS et LABAZÉE, Mmes MEUNIER, RIOCREUX et SCHILLINGER, MM. TOURENNE et VERGOZ, Mmes YONNET, MONIER et les membres du Groupe socialiste et républicain

ARTICLE 17 BIS (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- 1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;
2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

Objet

Rétablissement de l'article 17 bis relatif à la suppression du délai de réflexion pour pratiquer un IVG.

- Amendement n° 640 présenté par le Gouvernement

ARTICLE 17 BIS (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- 1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;
2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

Objet

Le présent amendement vise à rétablir l'article 17 *bis*, issu de l'Assemblée nationale en première lecture, ayant pour objet la suppression du délai de réflexion obligatoire entre la première et la seconde consultation pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

En l'état actuel de la législation, le parcours d'une femme qui souhaite interrompre une grossesse non désirée comprend plusieurs étapes. La première est constituée d'une première consultation d'information, suivie d'une seconde qui permet de recevoir le consentement écrit de la femme. Un délai de réflexion d'une semaine est actuellement requis entre ces deux consultations. **En Europe, les délais pratiqués varient d'un pays à l'autre : aucun délai en Grande-Bretagne et dans les pays d'Europe de l'Est, trois jours en Espagne et cinq jours aux Pays-Bas.**

En France, actuellement, ce délai ne peut être ramené à deux jours que dans le cas où le terme de douze semaines de grossesse risquerait d'être dépassé. Or, **la pratique de l'IVG a évolué. La possibilité de pratiquer l'IVG par voie médicamenteuse, dans un établissement de santé ou en ville, a créé de nouveaux délais qu'il est nécessaire de respecter :**

L'IVG médicamenteuse en ville est possible jusqu'à la 5^{ème} semaine de grossesse ; L'IVG médicamenteuse en établissement de santé est possible jusqu'à la 7^{ème} semaine de grossesse.

Enfin, la technique de l'IVG par voie instrumentale est utilisable jusqu'à la durée légale de douze semaines de grossesse.

Le délai obligatoire d'une semaine peut entraîner des dépassements de terme susceptibles d'empêcher l'accès à la technique médicamenteuse, soit en ville, soit en établissement de santé.

En conséquence, il est proposé de modifier l'article L.2212-5 du code de la santé publique afin de supprimer le délai de réflexion entre les deux consultations requises. Toutefois, il persiste un délai de 48 heures après la consultation psychosociale, facultative pour les femmes majeures et obligatoires pour les femmes mineures.

Cette modification permettrait d'améliorer l'accès aux différentes techniques d'IVG, tout en laissant à la femme le choix du délai qu'elle souhaite s'accorder.

- Amendement n° 731 présenté par Mmes COHEN et DAVID, M. WATRIN et les membres du groupe communiste républicain et citoyen

ARTICLE 17 BIS (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- 1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;
2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

Objet

Cet article supprimé par la commission des affaires sociales visait à supprimer l'obligation de respecter un délai de réflexion de sept jours entre la première et la seconde consultation pour une interruption volontaire de grossesse (IGV) pratiquée pour motif médical.

- **Amendement n° 860 rect. ter. Présenté par MM. MÉZARD, AMIEL et GUÉRINI, Mme MALHERBE et MM. REQUIER, ARNELL, COLLIN, ESNOL, FORTASSIN, HUE et VALL**

ARTICLE 17 BIS (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

Objet

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale, modifie l'article L. 2212-5 du code de la santé publique afin de supprimer le délai de réflexion de sept jours qui sépare aujourd'hui obligatoirement la première consultation médicale pour une interruption volontaire de grossesse, prévue à l'article L. 2212-3, et la consultation visant à pratiquer l'IVG. Notre commission des affaires sociales l'a supprimé. Cet amendement vise à rétablir cet article.

NB : La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- **Amendement n° 1113 présenté par Mme ARCHIMBAUD, M. DESESSARD et les membres du Groupe écologiste**

ARTICLE 17 BIS (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

Objet

Cet amendement vise à rétablir l'article 17 bis supprimant le délai d'attente d'une semaine entre les deux rendez-vous médicaux conditionnant l'accès à l'IVG.

d. Séance publique du 18 septembre 2015

Article 17 bis

(Supprimé)

[M. le président](#). Je suis saisi de six amendements identiques.

L'amendement n° 5 rectifié *quater* est présenté par Mmes Laborde et Billon, MM. Bonnacarrère, Castelli, Guerriau, L. Hervé, Houpert et Kern et Mmes Jouanno, Jouve et Morin-Desailly.

L'amendement n° 468 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, Monier et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 640 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 731 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 860 rectifié *ter* est présenté par MM. Mézard, Amiel et Guérini, Mme Malherbe et MM. Requier, Arnell, Collin, Esnol, Fortassin, Hue et Vall.

L'amendement n° 1113 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour présenter l'amendement n° 5 rectifié *quater*.

Mme Chantal Jouanno. Nous reparlons là encore d'IVG, mais cette fois-ci sous un angle qui n'est pas purement médical. Il s'agit du délai de réflexion, entre le premier et le deuxième rendez-vous chez un praticien, imposé aux femmes souhaitant se soumettre à une IVG.

Ce délai, qui est en France d'une semaine, soit le plus long d'Europe – on rencontre chez nos voisins une grande diversité de situations –, est parfois utilisé de manière abusive pour faire obstacle à une IVG dans les dernières semaines de grossesse.

Je le disais précédemment, certains établissements, notamment en Île-de-France et en outre-mer, ne pratiquent aucune IVG entre la dixième et la douzième semaine.

Indépendamment de cette difficulté, la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a estimé que ce délai était particulièrement infantilisant pour les femmes et irrespectueux des professionnels de santé.

Il nous semble très étonnant que l'on demande encore aux femmes, en 2015, de s'y prendre au moins à deux fois pour arrêter leur décision, alors que celle-ci, à l'évidence, est difficile et ne saurait être prise sur un coup de tête.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour présenter l'amendement n° 468.

Mme Catherine Génisson. Ce sujet a occupé longuement la commission des affaires sociales. Le président de la commission et les corapporteurs ont estimé qu'il ne devait pas être traité dans le cadre du présent projet de loi, puisqu'il touche à l'éthique.

Bien évidemment, nous devons tous remercier Mme Simone Veil du courage dont elle a fait preuve face à une droite conservatrice et parfois odieuse. Il faut aussi remercier les parlementaires de gauche qui, à l'époque, ont permis l'adoption de cette loi.

Mme Laurence Cohen. Et le mouvement des femmes !

Mme Catherine Génisson. Bien sûr, ma chère collègue !

Je voudrais citer les propos tenus par Mme Veil à l'occasion du vingtième anniversaire de la promulgation de la loi : « L'avortement ne représente plus en France un enjeu politique. » Toutes les évolutions intervenues par la suite dans ce domaine sont des adaptations de la loi qu'elle a défendue.

En 2001, la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a allongé de dix à douze semaines le délai légal pour pratiquer l'IVG. Au fil des années, nous avons donc amélioré l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Madame la ministre, vous avez vous-même pris des mesures importantes, puisque vous avez accordé la gratuité de la contraception aux mineures et garanti l'accès gratuit à l'interruption volontaire de grossesse.

Imposer aujourd'hui ce délai de réflexion de sept jours à une femme qui a pris la difficile décision de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ne semble plus de mise. Cela n'empêche pas, bien évidemment, que la femme puisse demander à bénéficier d'un délai de réflexion, et jamais un médecin ne le refusera, dans la mesure où l'intéressée reste dans le délai des douze semaines d'aménorrhée.

De même, jamais un médecin ne s'opposera à ce qu'une femme revienne au dernier moment sur sa décision de pratiquer l'IVG. Cette précision s'adresse à M. Barbier : au début de l'application de la loi Veil, on pratiquait beaucoup l'anesthésie générale et, lorsque je faisais la visite de pré-anesthésie, j'indiquais aux patientes qu'elles pouvaient revenir sur leur décision jusqu'au dernier moment.

Ce délai de réflexion représente donc une difficulté supplémentaire à assumer pour les femmes. J'ajoute que, si certaines associations font parfois un travail remarquable, d'autres abusent de la douleur de ces femmes pour les manipuler. M. le président de la commission des affaires sociales ne me contredira pas si j'affirme que certains mouvements sectaires s'immiscent dans le fonctionnement de ces associations, pour diffuser des idées peu acceptables.

La suppression de ce délai de réflexion est donc très importante.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 640.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je ne vais pas reprendre les arguments énoncés par les deux sénatrices qui viennent d'intervenir. Ces six amendements identiques visent à rétablir le texte initial du projet de loi, car il constitue l'un des engagements forts de cette loi, pris à l'occasion du débat parlementaire.

Le délai de réflexion est assez variable en Europe. Vous avez eu raison de souligner, Mme Jouanno, que le délai applicable chez nous est le plus long d'Europe ; il est de cinq jours aux Pays-Bas, mais n'existe pas au Royaume-Uni.

Je veux insister sur le fait qu'il appartient à chaque femme de se fixer son propre délai de réflexion, pour autant qu'elle souhaite attendre et qu'elle en ait la possibilité, si elle est très avancée dans sa grossesse.

Une femme est responsable. Or, derrière ce délai de réflexion obligatoire, on décèle l'idée d'une irresponsabilité morale de la femme : celle-ci ne serait pas capable, lorsqu'elle va voir un médecin, d'assumer sa décision.

Bien sûr, le plus souvent, lorsqu'une femme se rend chez le médecin, elle sait déjà dans quel état d'esprit elle se trouve et pourquoi elle accomplit cette démarche. J'ajoute que, pour les mineures, le délai existant de deux jours n'est pas modifié. Ce temps de réflexion est laissé aux jeunes femmes mineures, puisqu'il peut y avoir des interactions avec leurs parents, leur famille ou leurs proches. Quoiqu'il en soit, il s'agit de faciliter l'accès à l'IVG et d'éviter aux femmes de se trouver « rattrapées » par les délais.

Enfin, nous affirmons un principe, au-delà des enjeux sanitaires : une femme est capable de se prendre en charge, de s'assumer, de prendre des décisions qui sont tout sauf banales, comme une interruption volontaire de grossesses.

Les femmes sont capables de le faire en pleine connaissance de cause, avec des sentiments extrêmement variés, parce que les situations dans lesquelles on réalise une interruption volontaire de grossesse peuvent être extraordinairement différentes : certaines femmes auront le sentiment de subir cette interruption de grossesse, parce qu'elles ne se sentent pas à même d'accueillir un enfant à ce moment de leur vie ; pour d'autres, il s'agit d'un acte qui ne présente pas de difficulté particulière. Laissons les femmes assumer cette responsabilité et reconnaissons leur capacité à décider pour elles-mêmes.

M. le président. La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin, pour présenter l'amendement n° 731.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Je souscris aux arguments que viennent d'avancer Mme la ministre et mes collègues.

J'insiste sur le fait que, pour une femme, la décision de pratiquer une IVG n'est jamais un acte banal et n'est jamais prise à la légère. Au contraire, cette décision est prise en toute responsabilité. Le délai de réflexion obligatoire peut même compliquer la situation, compte tenu des difficultés d'accès à l'IVG que l'on connaît ; au fond, je le ressens pour ma part comme l'expression de la tentation toujours présente, quoi que l'on en dise, de remettre en cause ce droit si important pour les femmes.

Notre groupe soutient donc ces amendements identiques présentés par différents groupes.

M. le président. L'amendement n° 860 rectifié ter n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1113.

Mme Aline Archimbaud. Nous défendons le même amendement, pour les mêmes raisons.

Quand une femme prend une telle décision, douloureuse, grave, quand elle l'a mûrement réfléchi, le plus souvent accompagnée de professionnels extrêmement compétents, il faut respecter cette décision. Imposer un délai de réflexion est une forme de retour en arrière. On sait combien la bataille pour la légalisation de l'IVG en France a été dure et a exigé du courage, il y a des décennies. On ne va pas revenir en arrière !

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ces amendements identiques visent à rétablir l'article 17 bis, inséré par l'Assemblée nationale en commission, contre l'avis du Gouvernement à l'époque. Notre commission des affaires sociales a souhaité sa suppression. Comme cela a été dit, l'article 17 bis tendait à supprimer le délai de réflexion de sept jours avant la réalisation d'une IVG.

Je veux revenir sur les raisons qui justifient le choix de la commission : il s'agit d'un désaccord avec la méthode retenue pour la discussion d'un sujet de cette importance, sans préjuger du débat de fond sur la question.

Nous considérons qu'il est parfaitement légitime de s'interroger sur les aménagements qu'il convient d'apporter au délai de sept jours. Cependant, comme le Gouvernement lui-même l'a affirmé devant l'Assemblée nationale, par la voix de la ministre Marisol Touraine, la question qui nous est posée ne peut recevoir de réponse évidente.

Permettez-moi en effet de rappeler les arguments développés par le Gouvernement au moment de la discussion en commission de l'amendement qui allait devenir l'article 17 bis :

« L'accès concret à l'IVG doit bien entendu être garanti. C'est en tout cas l'objectif du plan que j'ai présenté le 17 janvier dernier. [...]

« La suppression du délai de réflexion ne fait pas partie des mesures que j'ai proposées, et je ne suis pas sûre qu'elle soit de nature à faciliter l'accès au droit dont nous parlons. Certaines situations particulières, j'en ai conscience, peuvent exiger une accélération de la procédure ; ainsi, lorsque la grossesse est à un stade avancé, le délai est d'ores et déjà raccourci.

« On peut aussi envisager un raccourcissement du délai dans les cas d'IVG pratiquées par voie médicamenteuse, autorisées pendant les cinq premières semaines de la grossesse. Dans la plupart des cas, cependant, le délai de réflexion est utile. Doit-il rester fixé à sept jours ? La question peut être posée ; mais, en tout état de cause, je suis défavorable à sa suppression, car la décision qui est en jeu, si elle est un droit absolu, est évidemment tout sauf banale. »

Notre commission approuve la position adoptée alors par Mme la ministre : la question des aménagements à apporter ou non à ce principe peut se poser, et les enjeux ne sont pas minces. Autrement dit, la question du délai de réflexion est une difficile et mérite selon nous de faire l'objet d'un examen approfondi. Or il nous semble que discuter du maintien ou non du délai de réflexion par la voie d'amendements ne permet pas de réunir les conditions d'un tel examen, contrairement à ce que permettrait une discussion dans le cadre d'un texte spécifiquement consacré à cette question.

Je suis personnellement en plein accord avec les arguments développés par Mme la ministre devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Je voudrais ajouter que la suppression brutale de ce délai ne me semble pas logique.

On aurait pu envisager, par exemple, que le médecin puisse proposer, sans obligation, un délai de réflexion dans les cas où ce délai lui paraît utile : nous aurions pu accepter une telle proposition. Nombre de médecins disent également que, dans le cadre du délai de réflexion actuellement imposé, certaines femmes reviennent les voir pour leur dire qu'elles renoncent à l'IVG.

Mme Dominique Gillot. Évidemment !

M. Alain Milon, corapporteur. C'est bien la preuve que ce délai de réflexion est parfois utile. Puisque tel est le cas, on pourrait préciser que le délai de réflexion est laissé au libre choix de la femme, ou tout simplement indiquer que le médecin peut en proposer un.

Mme Nicole Bricq. Il fallait déposer un amendement !

M. Alain Milon, corapporteur. Nous n'avons pas déposé d'amendement, parce que nous estimons que cette question doit faire l'objet d'un débat national préalable à l'examen d'un texte spécifique. Elle ne saurait être tranchée au détour d'un amendement adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à deux heures du matin.

Mme Nicole Bricq. Il est seize heures quarante-cinq et nous sommes au Sénat !

M. Alain Milon, corapporteur. Quoi qu'il en soit, nous sommes défavorables à la méthode retenue, mais pas forcément au contenu de la disposition adoptée. Nous serions plutôt favorables, en fait, à la proposition d'un délai de réflexion, plutôt qu'à un délai obligatoire.

Pour l'ensemble de ces raisons, nous souhaitons en revenir au texte initial de la loi Veil, quitte à réexaminer la question lors de l'examen d'un projet de loi ou d'une proposition de loi spécifique, après un débat national avec l'ensemble des acteurs.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux revenir sur la procédure et sur la manière dont ma propre réflexion a évolué, car vous auriez pu également citer les propos que j'ai tenus en séance publique à l'Assemblée nationale, monsieur le corapporteur.

Lorsque j'ai présenté le plan pour faciliter l'accès à l'IVG, à la mi-janvier 2015 – je ne me souviens plus de la date exacte, peu importe –, le 11 janvier n'était pas loin.

Aussi, je me suis interrogée et je m'en suis ouverte au Premier ministre : au moment où la France est divisée, déchirée par des événements extérieurs, mais où elle essaie de se rassembler, est-il opportun de donner le sentiment – j'insiste sur cette expression – que nous utiliserions ce mouvement de consensus existant dans le pays pour faire passer des mesures sur des sujets qui appellent des débats ?

La question était de savoir non pas si l'on pouvait parler d'IVG au moment où la France était confrontée au terrorisme, car la réponse était évidemment positive, mais si nous ne risquions pas un procès d'intention. En effet, je craignais que l'on ne nous reproche de nous servir de l'unanimité régnant dans le pays pour avancer sur un sujet sensible, tel que l'était aussi le mariage pour tous – d'ailleurs, on a revu les mêmes acteurs à l'Assemblée nationale –, et faire passer des mesures dont les Français ne voudraient pas.

Je ne dis pas que les choses se seraient forcément passées ainsi, mais, en tout cas, nous n'avons pas voulu prendre ce risque. Aussi, j'ai expressément indiqué, lors de la présentation du plan en janvier 2015, que la mesure de réduction du délai de réflexion que j'avais envisagée n'y figurait plus.

Lorsque je suis arrivée devant l'Assemblée nationale, j'avais dans l'idée, après en avoir débattu en amont avec les parlementaires, que nous allions proposer une mesure relative à la réduction ou la suppression du délai dans le cadre du débat, avec la volonté de discuter de ces deux options

J'étais moi-même, je l'avoue, hésitante, mais nous avons le droit d'évoluer. Voyez-vous, monsieur Milon, j'estime que c'est toute la grandeur du débat parlementaire. Contrairement à ce que vous dites, c'est non pas à la sauvette, à deux heures du matin, mais à la suite de longs débats à l'Assemblée nationale, tant en commission qu'en séance, que ma position a évolué.

En ce qui me concerne, au départ, j'étais presque favorable au maintien d'un délai symbolique, de 24 heures ou 36 heures, pour qu'il soit dit qu'il y avait un moment de réflexion, si court soit-il. Il m'a été rétorqué qu'un tel moment symbolique ne changerait rien dans la pratique. C'était simplement une façon de dire qu'un temps de réflexion était prévu, mais les femmes sont responsables et capables de prendre leur décision.

J'ai été convaincue et je me suis retrouvée sans argument pour justifier un délai d'un jour ou de deux, plutôt que la suppression du délai de réflexion. Moi qui avais toujours pensé, évidemment, que les femmes pouvaient prendre leurs décisions en pleine responsabilité, je me suis dit qu'il n'y avait aucune raison de maintenir un délai de réflexion, dès lors que cela introduit un doute sur la capacité de décision des femmes.

Voilà ce que je voulais vous dire, monsieur le président de la commission. Vous avez repris mes propos lors de la réunion de commission, qui ne constitue qu'un temps du débat parlementaire ; vous auriez pu en reprendre d'autres, prononcés lors d'étapes ultérieures de la procédure.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Je vous ai écouté avec beaucoup d'attention, madame la ministre, et j'ai relu les débats. Force est de constater que, en séance publique, vous avez été soumise à une pression très forte de la majorité à l'Assemblée nationale,...

Mme Nicole Bricq. Elle est capable d'y résister !

M. Gilbert Barbier. ... alors que, peut-être, au fond de vous-même, vous étiez au départ favorable à une simple modification de ce délai de réflexion. C'est du moins ce que vous aviez exprimé devant la commission. Je veux bien que vous mettiez en avant les événements du mois de janvier dernier, mais je pense que vous avez surtout cédé à une pression de votre majorité à l'Assemblée nationale. (Oh ! sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC.)

Mes chers collègues, relisez les débats, qui ont été très longs.

Mme Annie David. Il faudrait savoir ! Le président de la commission vient de dire que la décision avait été prise à la sauvette !

Mme Nicole Bricq. Soyez de bonne foi, monsieur Barbier !

M. Gilbert Barbier. Mais je suis de bonne foi ! J'ai relu les textes, car il s'agit un moment important. L'IVG n'est pas un acte banal. Il faut reprendre les propos de Mme Veil, que vous convoquez maintenant à vos côtés, après l'avoir suffisamment combattue dans d'autres domaines.

Mme Nicole Bricq. Nous l'avons soutenue !

M. Gilbert Barbier. Une partie de la gauche l'a soutenue !

Madame la ministre, vous n'êtes pas sans savoir que l'organisation d'une IVG pose des problèmes pratiques. Si vous supprimez totalement le délai de réflexion, les femmes consultant leur médecin vont exiger, puisqu'elles estimeront qu'elles n'ont plus besoin de délai de réflexion, que l'on pratique en une seule séance l'IVG, ce qui n'est pas possible. Matériellement, c'est très difficile, et éthiquement, ce n'est pas souhaitable.

Effectivement, un certain nombre de femmes ont la possibilité de décider, et il n'est pas question, dans le délai de réflexion, de faire changer d'avis la femme qui a décidé une IVG. Toutefois, il faut bien dire qu'il est impossible d'organiser l'IVG en une seule séance, au cours de laquelle le médecin devrait obéir aussitôt.

Mme Laurence Cohen. Personne ne dit cela !

M. Gilbert Barbier. Si ! S'il n'y a plus de délai de réflexion, il faudra sans doute s'organiser pour pratiquer immédiatement l'IVG.

Je pense que Mme la ministre avait une position personnelle quelque peu différente, qu'elle a exprimée devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Je n'ai pas d'objection à ce que le délai soit réduit à 3 ou 4 jours. Je ne me souviens d'ailleurs plus pourquoi il avait été fixé initialement à une semaine. Néanmoins, à mon avis, ce n'est pas le fait de donner un petit délai de réflexion qui fera perdre des chances aux femmes.

M. le président. La parole est à Mme Nicole Bricq, pour explication de vote.

Mme Nicole Bricq. J'accepte complètement le débat, mais à partir du moment où il s'inscrit dans le cadre du problème qui est le nôtre, à savoir légiférer pour supprimer le délai de réflexion. C'est bien un principe de responsabilité qui est en jeu. Or à mes yeux, celui-ci ne se partage pas.

Ce n'est pas un problème de temps : il s'agit de reconnaître que la femme, comme l'homme, a une responsabilité pleine et entière. Quand on se dit libéral, comme certains d'entre vous, mes chers collègues, on l'est tout le temps, y compris dans l'affirmation de ce principe de responsabilité, qui renvoie au libre arbitre.

Mon grand âge me permet de me souvenir de débats anciens, du temps où nous vivions sous le joug de la loi de 1920. Je l'admets, monsieur le président de la commission, nous ne pensons pas comme vous sur le fond, car nous rejetons cette culpabilité dans laquelle on a toujours tendance à enfermer les femmes ayant recours à des avortements : « Tu as péché, tu dois payer ! » C'est toujours la même chose ! Ce n'est pas un problème de jours : c'est une question de fond qui nous sépare.

Monsieur Milon, il est faux de dire que la mesure a été votée à la sauvette à deux heures du matin. De toute façon, beaucoup de séances de nos assemblées ont lieu la nuit. Or je ne sache pas qu'on légifère en pleine responsabilité le jour et pas la nuit. Votre argument ne tient pas bien la route de la réflexion critique ! Le débat a été long à l'Assemblée nationale, et Mme la ministre vient de nous dire que ce débat lui avait justement permis d'évoluer.

Monsieur Barbier, vous avancez que Mme la ministre aurait cédé sous la pression. Non ! Je crois que c'est lui faire offense que de dire cela. Elle a montré ces derniers jours, mais également lors du débat sur la fin de vie, qu'elle était capable de résister et d'affirmer ses convictions quand elle n'était pas d'accord avec des amendements.

Enfin, puisque l'on cite souvent Mme Veil, je voudrais tout de même rappeler au Sénat, notamment à la majorité, que M. Neuwirth, qui a aussi eu beaucoup de courage, avant Mme Veil, au moment du débat sur la contraception, a été député, mais aussi sénateur. Faisons-lui honneur aujourd'hui en votant ces amendements !

M. le président. La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

Mme Dominique Gillot. Je pense qu'il est important de ramener le débat à sa juste mesure. À un moment de la discussion – c'était hier, me semble-t-il – Mme Génisson remarquait que nous avions tendance à dérapier d'un débat sanitaire vers un débat idéologique.

Aujourd'hui, tout le monde peut se rendre compte que la pratique de l'IVG a beaucoup évolué depuis son autorisation. Vouloir absolument maintenir les femmes dans une dépendance, un état de minorité, une incapacité à décider en connaissance de cause de ce qui est juste et bon pour elles, en vertu d'une autorisation de la loi, revient à les infantiliser.

Les arguments développés sont empreints d'une forme d'idéologie qui vise à revenir sur un acquis essentiel pour la liberté des femmes.

Je voterai avec beaucoup de conviction l'amendement du Gouvernement tendant à rétablir le texte supprimant ce délai dit « de réflexion ». Ne nous y trompons pas, la réflexion qui conduit une femme à venir solliciter l'IVG a été menée en amont ! Les femmes n'ont pas besoin de ce délai imposé, qui laisse la porte ouverte à des interventions qu'elles ne souhaitent pas forcément.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Certes, il est important de s'exprimer sur cet amendement, mais le temps que nous lui consacrons me semble démesuré. Nous parlons d'un droit acquis !

J'ai réagi aux propos de Catherine Génisson en évoquant la lutte des femmes, parce que tout acquis, notamment de cet ordre-là, se fait par la conjonction de la lutte et de l'action de femmes et d'hommes politiques qui concrétisent, par la loi, dans les hémicycles, les conquêtes obtenues.

Dans ce débat, certains avancent des prétextes. Je ne vois pas d'autres cas où il est demandé à une partie de la population de réfléchir pendant un temps donné à un acte qui la regarde. Finalement, on demande en substance aux femmes si elles sont vraiment sûres de prendre la bonne décision en recourant à une IVG.

Mes collègues sont toutes intervenues – il est vrai qu'il s'agissait d'une majorité de femmes – pour pointer une remise en cause du droit des femmes. En effet, c'est une façon de dire indirectement que nous sommes des êtres mineurs, qui devraient être sous tutelle. Mais sous tutelle de qui ?

Mme Dominique Gillot. Des médecins !

M. Gilbert Barbier. De la loi !

Mme Laurence Cohen. Franchement, je ne sais pas s'il s'agit des médecins. Je ne le crois pas, même, car il y a des médecins qui ne partagent pas cette position.

Je vois plutôt une manifestation de l'ordre patriarcal dans cette volonté de nous laisser un délai de réflexion pour bien peser le pour et le contre.

Toutefois, il ne s'agit pas d'un acte anodin ! Les femmes sont capables de décider sans besoin d'un délai de réflexion, dicté en général par une poignée d'hommes, même si ceux-ci n'ont pas l'exclusivité, qui décide à la place des femmes.

Aussi, à mon sens, il est temps de voter avec enthousiasme ces amendements proposés non seulement par Mme la ministre de la santé, mais aussi par les représentants de plusieurs groupes politiques qui soutiennent cette avancée. Votons-les sans tergiverser !

M. le président. La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour explication de vote.

Mme Chantal Jouanno. Au nom de la délégation aux droits des femmes, je veux dire que j'apprécie tout particulièrement la tenue de ce débat, en tout cas jusqu'à présent. (M. Gilbert Barbier s'exclame.) Monsieur Barbier, je vous en prie, je viens justement de me féliciter de la qualité du débat de fond et de l'absence de dérapage, car cela n'a pas toujours été les cas dans d'autres hémicycles...

J'ai bien entendu les propos de M. le président de la commission, qui, avec beaucoup de prudence, a rappelé que nous traitons effectivement d'un sujet douloureux, mais qu'il avait des interrogations sur la méthode.

Je voudrais le rassurer sur ce point : cette suppression figurait déjà parmi les 34 recommandations du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Par ailleurs, nous avons nous-mêmes, au sein de la délégation, organisé une table ronde et auditionné plus de dix représentants et responsables, dont certains, d'ailleurs, ne sont pas spécialement favorables à l'IVG. Ces travaux nous ont conduits à conclure que la suppression de ce délai était souhaitable pour plusieurs raisons.

Premièrement, il ne faut pas considérer que la démarche sera facilitée. On ne frappe pas comme cela à la porte du médecin, qui, tout d'un coup, va pratiquer une IVG. Il y a d'abord un premier rendez-vous, avant de pratiquer l'intervention. Il est impossible, en termes de délais, de pratiquer une IVG du jour au lendemain.

Deuxièmement, soyez tout de même un peu conscients que, comme toutes les femmes l'ont dit ici, le simple fait d'aller frapper à la porte du médecin, de franchir ce pas, est déjà un choix ! Il me semble que les femmes sont capables de décider ce qui est nécessaire pour elles.

M. le président. La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Evelyne Yonnet. Je soutiendrai, bien sûr, l'amendement présenté par Mme la ministre, auquel j'adhère. Je fais partie moi aussi de l'ancienne génération et je me souviens très bien de toutes les luttes menées par les femmes, bien avant la loi Veil.

Je voudrais rappeler que les femmes n'ont eu le droit de vote qu'en 1945 et qu'il leur a fallu attendre 1975 pour avoir l'autorisation d'avorter grâce à la loi présentée par Mme Veil.

Ce qui est proposé par Mme la ministre, c'est en fait le choix. C'est la femme qui choisit, parce que c'est de son corps qu'il s'agit et que celui-ci lui appartient. Ce qui paraît très important et qui vient d'être dit, c'est que le simple fait d'aller frapper à la porte du médecin montre qu'elle a déjà choisi. Y a-t-il vraiment besoin d'un délai de réflexion ? Je n'en suis pas sûre.

De plus, je pense que nous sommes des femmes, sinon « libérées » – je n'aime pas ce mot –, du moins suffisamment libres dans notre tête pour savoir ce nous voulons. Avoir un enfant, c'est une grosse responsabilité. Je me souviens du slogan des manifestations qui avaient lieu dans les années soixante-dix : « Un enfant si je veux et quand je veux ».

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Tout d'abord, madame la ministre, je voudrais vous remercier et saluer l'humanité avec laquelle vous avez décrit l'évolution de votre position sur le sujet qui nous occupe.

Ensuite, vous l'avez très bien dit, la femme est responsable.

Enfin, quand une femme rencontre son médecin pour solliciter une interruption volontaire de grossesse, celui-ci pratique bien évidemment un examen somatique pour apprécier la situation médicale de sa patiente. Néanmoins, il y a aussi un échange, ce qu'on appelle le colloque singulier, au cours duquel on peut tout se dire et tout se dit !

Si le médecin sent la femme hésitante ou s'il sent que sa décision n'est pas complètement acquise, il peut parfaitement proposer un délai. Toutefois, ce dernier devrait être non plus inscrit dans la loi, car cette question relève de la responsabilité de la femme qui sollicite du médecin une intervention. Elle appartient à la relation entre la femme et le médecin.

Il me paraît donc tout à fait opportun de voter l'amendement qui nous est proposé par le Gouvernement et par beaucoup d'entre nous pour supprimer ce délai de réflexion.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je disais tout à l'heure que j'aurais souhaité que le délai de réflexion ne soit pas imposé à la femme, mais que, au moins, il puisse lui être proposé.

Mes chers collègues, je voudrais simplement vous rappeler un arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 11 mars 2010, selon lequel, pour tout acte chirurgical, le chirurgien doit donner un temps de réflexion suffisamment long au patient. Je crois d'ailleurs qu'il va falloir mentionner ce point quelque part dans le texte pour nous prémunir contre des problèmes juridiques.

Aux termes de l'arrêt précité, la Cour de cassation exige que le médecin propose un temps de réflexion pour tout acte chirurgical, et une IVG entre bien dans cette catégorie. (Exclamations sur les travées du groupe CRC.)

Mmes Laurence Cohen et Annie David. M. Barbier a parlé d'« acte instrumental » !

M. Alain Milon, corapporteur. Il n'en demeure pas moins que c'est un acte chirurgical !

Je le répète, la première chambre civile de la Cour de cassation exige que le chirurgien laisse, pour tout acte chirurgical, un temps de réflexion suffisamment long au patient.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques nos 5 rectifié quater, 468, 640, 731 et 1113.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 257 :

Nombre de votants

330

Nombre de suffrages exprimés

330

Pour l'adoption

178

Contre

152

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'article 17 bis est rétabli dans cette rédaction. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC. – Mme Chantal Jouanno applaudit également.*)

e. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Articles 16 bis, 17, 17 bis A à 17 bis C et 17 bis

(*Conformes*)

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015

Articles 16 bis, 17, 17 bis A à 17 bis C et 17 bis

(Conformes)

2. Sénat

a. Séance publique du 14 décembre 2015

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion en nouvelle lecture du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de modernisation de notre système de santé (projet n° 209, résultat des travaux de la commission n° 234, rapport n° 233).

Dans la discussion générale, la parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est la dernière fois que nous allons débattre au Sénat du projet de loi de modernisation de notre système de santé, même si celui n'a pas encore achevé son chemin parlementaire, qui doit se poursuivre à l'Assemblée nationale dans quelques jours.

Voilà deux mois, votre assemblée adoptait ce projet de loi, à l'issue d'un travail fourni. Je tiens à saluer de nouveau la qualité de ce travail, celui des rapporteurs, mais aussi, plus largement, celui de toutes celles et de tous ceux qui y ont participé. Je pense aux sénatrices et aux sénateurs de l'ensemble des groupes, ainsi qu'aux services de la commission des affaires sociales.

Le texte a profondément évolué au cours de son premier passage au Sénat. Il a été enrichi de nouvelles dispositions très importantes. J'y reviendrai.

Cependant, sa cohérence avait été affaiblie, plusieurs de ses mesures clés ayant été supprimées.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a permis de confirmer le travail élaboré au Sénat, tout en redonnant au texte la force de son ambition d'origine.

Cette ambition s'inscrit dans la cohérence de l'action que je mène pour lutter contre les inégalités de santé depuis maintenant plus de trois ans.

Ces inégalités, je les ai combattues en facilitant l'accès aux soins pour celles et ceux qui connaissent des difficultés financières et renoncent trop souvent à consulter pour cette raison.

Fin des mesures de désengagement de l'assurance maladie, encadrement des dépassements d'honoraires, relèvement des plafonds de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, et de l'aide à la complémentaire santé, l'ACS... toutes ces réformes sont cohérentes et efficaces. Les résultats sont là : après plus de dix ans de hausse, ce qui reste à la charge des Français diminue régulièrement depuis 2012 !

Ces inégalités, je les ai également combattues dans nos territoires. J'ai lancé dès 2012 le « pacte territoire-santé ». C'est une véritable dynamique qui a été enclenchée. Ainsi, 800 maisons de santé et 500 médecins installés dans des zones sous-dotées permettent aujourd'hui de lutter contre ce que l'on appelle, à tort à mon avis, les « déserts médicaux » et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le 26 novembre dernier, j'ai présenté une deuxième étape de ce pacte, en amplifiant la logique qui a fait ses preuves, celle de l'incitation, et en poursuivant la même méthode : réformer le système de santé en partant du terrain et de l'expérience des professionnels.

Le « pacte territoire-santé 2 », ce sont dix engagements forts, et des mesures concrètes et ambitieuses. Je pense au relèvement ciblé du *numerus clausus* dans dix régions manquant particulièrement de médecins, à l'investissement de 40 millions d'euros pour développer la télémédecine en ville ou encore au renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins et du soutien financier au travail en équipe.

Accès aux droits, accès aux soins, lutte contre les inégalités : le projet de loi de modernisation de notre système de santé s'inscrit pleinement dans la continuité et la cohérence des actions menées.

L'enjeu, avec ce texte, est d'accélérer en innovant : innover pour mieux prévenir ; innover pour mieux soigner en proximité ; innover pour renforcer les droits des patients.

Je ne reviendrai pas dans le détail sur les différentes mesures, que vous connaissez presque par cœur pour les avoir déjà examinées en première lecture. Je tiens cependant à en rappeler les grands axes, car ce sont eux qui structurent le projet de loi.

Il s'agit d'abord de faire de la prévention le cœur de notre système de santé, avec des mesures concrètes pour la prévention dès le plus jeune âge. Instauration du médecin traitant de l'enfant, parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée, interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur, généralisation du paquet de cigarettes neutre, création d'un délit d'incitation à la consommation excessive d'alcool, meilleur dépistage des infections sexuellement transmissibles, mise en place d'un étiquetage nutritionnel clair et lisible des aliments... voilà autant de mesures qui doivent permettre à notre jeunesse de mieux protéger sa santé.

Cette politique de prévention est innovante et cohérente. Elle concerne tous les Français.

Toujours à propos de prévention, je mentionne l'ouverture des salles de consommation à moindre risque destinées spécifiquement à accompagner les toxicomanes les plus marginalisés vers le sevrage et à protéger les riverains.

Je pense aussi à l'amélioration des dépistages et au renforcement de la prévention des risques, y compris en prison.

Le deuxième volet du projet de loi concerne le développement d'une médecine de proximité autour du médecin traitant. Il s'agit de s'attaquer à toutes les barrières, qu'elles soient financières ou géographiques, qui freinent ou empêchent l'accès aux soins. Concrètement, je veux faciliter l'accès aux soins avec la généralisation du tiers payant, l'instauration de la lettre de liaison transmise par l'hôpital au médecin traitant le jour même de la sortie du patient, la mise en place d'un numéro d'appel national unique pour joindre un médecin de garde.

Avec ces mesures, nous passons d'une organisation hospitalo-centrée de notre système de santé à une organisation qui fait du médecin généraliste le centre de gravité de la prise en charge du patient. Il s'agit d'engager concrètement le virage ambulatoire.

Enfin, le troisième volet de ce projet de loi renforce les droits des patients et innove en créant de nouveaux droits : renforcement du rôle des associations d'usagers grâce à leur présence dans toutes les agences sanitaires nationales ; création de l'action de groupe en santé ; droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer.

Nous innovons également avec la mise à disposition des données anonymisées de l'assurance maladie aux chercheurs, aux *start-up*, aux lanceurs d'alerte, aux entreprises.

Enfin, nous renforçons la transparence entre les professionnels de santé et les acteurs industriels en rendant publics l'ensemble des conventions d'expertise, les avantages en nature et leurs montants. Ces mesures étaient attendues et demandées par les associations de patients, ainsi que par les professionnels de santé. Nous répondons donc concrètement à cette attente.

Le travail parlementaire a permis d'enrichir ce texte et de le faire évoluer dans le sens de l'intérêt général. L'apport du Sénat, je le souligne, a été réel.

Vous avez d'abord confirmé des mesures fortes qui ont ainsi pu être adoptées conformes en première lecture. Je pense à la contraception d'urgence pour les élèves du second degré ; à l'interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur ; aux dispositions relatives à la santé au travail, à la santé environnementale et aux droits des patients.

Je pense aussi, tout particulièrement, aux mesures en faveur de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Vous le savez, je me suis engagée résolument à faire progresser ce droit. C'est ainsi que ce texte prévoit, notamment, la suppression du délai de réflexion et le renforcement de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse par l'intermédiaire des sages-femmes et des centres de santé.

Les débats à l'Assemblée nationale avaient été vifs sur ce sujet, l'opposition ayant voté contre ces mesures. Vous avez, pour votre part, fait le choix de les adopter conformes et, par là même, de les graver dans le marbre de cette loi. Je tiens à saluer votre engagement et votre fermeté face aux sirènes conservatrices qui remettent en cause le droit des femmes, surtout lorsqu'il s'agit de leur droit à disposer de leur corps.

Votre travail a également permis d'enrichir le texte de dispositions nouvelles, qui ont ensuite été confirmées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Je pense notamment à la question du droit à l'oubli. Cette avancée était attendue par les anciens malades, vous l'aviez fait évoluer et l'Assemblée nationale a conservé vos principales contributions, tout en renforçant la lisibilité du dispositif.

Je pense aussi à votre volonté d'inscrire dans le texte l'association des maires aux expérimentations de salles de consommation à moindre risque. Pour moi, cette association allait de soi, et l'Assemblée nationale l'a confirmée avec l'accord du Gouvernement.

M. Gilbert Barbier. Il fallait aussi associer l'hôpital !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je pense enfin aux dispositions que je vous avais proposées par amendement, comme la réforme de la filière visuelle, et qui figurent désormais dans le texte.

Cependant, l'examen du projet de loi par le Sénat avait aussi profondément affaibli sa cohérence. Avec la suppression du tiers payant, c'est l'accès aux soins dans son ensemble qui était fragilisé. Avec le rejet du paquet neutre, c'est toute la politique de prévention qui était ébranlée. L'Assemblée nationale a donc rétabli ces mesures et a, par là même, rendu au texte sa cohérence, sa force et ses ambitions d'origine.

Mesdames, messieurs les sénateurs, l'ambition de ce texte est de soutenir et de moderniser notre système de santé, avec un seul objectif assumé par le Gouvernement, l'égalité, et une seule méthode, l'innovation.

Ce projet de loi fait progresser l'accès de tous à des soins de qualité. Il contribue à la lutter contre l'immobilisme et la résignation, car rester immobile reviendrait à condamner notre modèle social à la disparition et notre promesse républicaine à l'érosion. Ce texte vise à offrir à chacun les mêmes droits et les mêmes chances pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

L'Assemblée nationale a rétabli les dispositions que vous aviez supprimées en première lecture, et je crains que ce désaccord ne puisse être résolu aujourd'hui. Je le regrette, assurément, mais je tiens, une nouvelle fois, à saluer la qualité et le caractère constructif des échanges qui ont eu lieu autour de ce projet de loi et l'apport réel du Sénat à son enrichissement.

Ce travail va se poursuivre, dans un esprit que je souhaite aussi serein que possible, car c'est pour l'ensemble de ceux qui font vivre notre système de santé, au premier rang desquels les médecins et tous les professionnels de santé, que je souhaite que nous puissions avancer. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

(...)

Mme Catherine Génisson.

Les sénateurs socialistes soutiennent avec conviction la redéfinition, par le présent projet de loi, de la notion de service public hospitalier.

Ce service public donne toute sa force aux devoirs de notre nation envers ses concitoyens. Il permet de maintenir certaines garanties fondamentales : l'accessibilité financière des soins, leur permanence et l'égal accès de tous à ces soins. Rappelons que tous les établissements de santé sont éligibles au service public hospitalier dès lors qu'ils répondent aux garanties exigées.

Nous regrettons que la majorité sénatoriale ait souhaité rétablir la définition du service public issue de la loi HPST, qui substituait aux blocs de compétences des missions de service public. Le service public est un !

(...)

Nous sommes fiers de la médecine en France et de celles et ceux qui la servent, quels que soient leurs fonctions, leur mode et leur lieu d'exercice. Ils sont mobilisés au quotidien auprès de nos concitoyens pour la prise en charge de leur santé. Cet engagement quotidien se double d'une mobilisation très forte lors de moments exceptionnels ou tragiques, tels que les attentats du 13 novembre dernier. Saluons les personnels hospitaliers de Paris et de la région parisienne, dont la compétence et l'humanité ont été remarquables auprès des blessés !

En conclusion, je veux réaffirmer que le groupe socialiste soutient votre projet de loi, madame la ministre, et souhaite le débat ; il a donc voté contre le rapport de nos rapporteurs et il votera contre la motion tendant à opposer la question préalable. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

M. Yves Daudigny. Très précis et très convaincant !

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Madame la présidente, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, lors de la première lecture de ce projet de loi de modernisation de notre système de santé, le groupe Les Républicains a soutenu sans faille les propositions des rapporteurs, dont je tiens à saluer l'excellent

travail. Le Sénat avait alors fait le choix de réécrire une bonne partie de ce texte quelque peu fourre-tout en se concentrant sur l'essentiel : l'organisation du système de santé sur notre territoire.

Lors de cette nouvelle lecture, nous ne pouvons que constater l'enfermement du Gouvernement et de sa majorité parlementaire dans une voie qui, à nos yeux, n'est pas la bonne.

Mme Nicole Bricq. Quelle est la bonne, alors ?

Mme Corinne Imbert. Avec un peu d'humour, je dirai que la seule mesure sénatoriale phare à avoir échappé au couperet de la majorité de l'Assemblée nationale est celle qui a trait à la promotion des régions viticoles, qui a été portée ici par notre collègue Gérard César et qui permettra de valoriser notre patrimoine et notre savoir-faire.

Plus sérieusement, puisque la santé est trop précieuse, à l'exception de quelques dispositifs que vous avez rappelés, madame la ministre, qui ont été sauvegardés par l'Assemblée nationale, nous retrouvons un projet de loi presque identique à celui que nous avons examiné en première lecture.

Ce texte, dont le Gouvernement prétend qu'il est une réforme de modernisation de notre système de soins, est en réalité une occasion manquée, et ce pour plusieurs raisons.

Moderniser, ce n'est pas traiter au détour d'un tel texte de sujets importants qui relèvent des lois de bioéthique ; je pense en particulier à la suppression du délai de réflexion pour une IVG et à la réforme du don d'organes.

Moderniser, ce n'est pas opposer les professionnels de santé ; c'est au contraire leur donner les moyens de renforcer leur collaboration.

...

b. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015

Néant

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 83 de la loi Santé (ex art. 18)

Généralisation du 1/3 payant

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté..... | 4 |
| II. Consolidation | 7 |
| III. Travaux parlementaires | 14 |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté..... | 4 |
| (AN NL) Article 83 | 4 |
| II. Consolidation | 7 |
| A. Code de la sécurité sociale | 7 |
| - Article L. 133-4 | 7 |
| - Article L. 161-1-4 | 8 |
| - Article L. 315-1 | 8 |
| - Article L. 160-13 | 9 |
| - Article L. 161-36-3 | 11 |
| - Article L. 161-36-4 | 11 |
| - Article L. 162-21-1 | 11 |
| - Article L. 871-1 | 12 |
| B. Code rural et de la pêche maritime | 13 |
| - Article L. 725-3-1 | 13 |
| III. Travaux parlementaires | 14 |
| A. Première lecture | 14 |
| 1. Assemblée nationale | 14 |
| a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 14 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 14 |
| b. Etude d'impact | 15 |
| c. Amendements déposés en commission..... | 23 |
| - Amendement n° AS 1725 (rect.) présenté par le Gouvernement | 23 |
| - Sous-amendement n° AS1759 présenté par Mme Laclais, rapporteur, à l'amendement n° AS 1725 (rect.) présenté par le Gouvernement..... | 25 |
| d. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 21h30 | 26 |
| e. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015 | 32 |
| f. Discussion en séances publiques..... | 43 |
| g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture | 69 |
| 2. Sénat..... | 72 |
| a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015 | 72 |
| b. Amendements déposés en commission..... | 74 |
| - Amendement n° COM-375 présenté par Mmes DEROCHE et DOINEAU et M. MILON, rapporteurs | 74 |
| - Amendement n° COM-10 présenté par M. Barbier | 74 |
| - Amendement n° COM-105 présenté par M. Grand | 74 |
| - Amendement n° COM-292 présenté par M. Amiel | 75 |
| c. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015..... | 75 |
| d. Amendements déposés en séance publique..... | 76 |
| e. Séance publique du 18 septembre 2015 | 76 |
| f. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015 | 90 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord) | 90 |
| C. Nouvelle lecture | 90 |
| 1. Assemblée nationale..... | 90 |
| a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015 | 90 |
| b. Amendements adoptés en commission | 91 |
| - AMENDEMENT N°AS234 | 91 |
| - AMENDEMENT N°AS367 | 93 |
| c. Réunion du lundi 9 novembre 2015, séance de 21h30, compte rendu n° 13 | 95 |
| d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015 | 99 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 104 |

| | |
|--|------------|
| - Amendement n° 527 présenté par Mme Laclais | 104 |
| - Amendement n° 530 présenté par Mme Laclais | 104 |
| - Amendement n° 535 présenté par Mme Laclais | 104 |
| - Amendement n° 548 présenté par Mme Laclais | 104 |
| f. Discussion en séance publique..... | 105 |
| - Première séance du vendredi 27 novembre 2015..... | 105 |
| g. Texte adopté n° 618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale..... | 121 |
| 2. Sénat..... | 123 |
| a. Projet de loi n° 209 déposé le 2 décembre 2015..... | 123 |
| b. Rapport n° 233 déposé le 9 décembre 2015 | 125 |
| c. Séance publique du 14 décembre 2015 | 126 |
| d. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015 | 140 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 83 ~~18~~

~~IA~~ I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 160-14, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017. Le rapport est remis au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

~~IB~~ II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du ~~IA~~ I ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même ~~IA~~ I.

~~I et II.~~ – (*Supprimés*)

~~II bis~~ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1. » ;

3° (*Supprimé*)

4° 3° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° 4° L'article L. 160-13, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

– après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

– après la même phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° 5° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« *Art. L. 161-36-3.* – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa du présent article ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« *Art. L. 161-36-4.* – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 160-13 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° 6° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

~~II~~ IV. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

~~III~~ V. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

~~IV~~ VI. – Le 1° du ~~III~~ V entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

~~V~~ VII. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

II. Consolidation

A. Code de la sécurité sociale

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations et versement des prestations

Section 3 : Dispositions diverses

- Article L. 133-4

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 114 (V)

En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,

l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.

Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des ~~trois~~ **quatre** alinéas qui précèdent.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations

Section 1 : Bénéficiaires

Sous-section 1 : Dispositions communes.

- Article L. 161-1-4

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 119

Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation ou le contrôle de sa régularité, toutes pièces justificatives utiles pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de ces demandes lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

Les organismes de sécurité sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé gérant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces transmissions, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au service de la prestation concernée.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur de pièces justificatives, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée.

Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Afin de permettre l'appréciation de ressources d'origine étrangère, le demandeur doit produire tout renseignement ou pièce justificative utile à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a résidé à l'étranger au cours des douze mois précédant sa demande ou dans lequel il continue à percevoir des ressources. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification.

Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Contrôle médical

- Article L. 315-1

Modifié par LOI n°2009-1646 du 24 décembre 2009 - art. 90

I.-Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

II.-Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de

ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

III.-Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

III. bis.-Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

IV.-Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis.-Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

V.-Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré.

- Article L. 160-13

I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être ~~versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.~~ **payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation.**

III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être ~~versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir~~ **payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II.** Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations

Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et tiers payant

- Article L. 161-36-3

Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa du présent article ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

- Article L. 161-36-4

Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

- 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;
- 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 160-13 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;
- 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;
- 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 5 : Etablissements de santé

Sous-section 1 : Dispositions générales

- Article L. 162-21-1

Modifié par Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 22 I, III JORF 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005

Modifié par Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 - art. 22 JORF 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005

L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation **et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1** dans les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 174-1.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide.

- Article L. 871-1

Modifié par LOI n°2014-892 du 8 août 2014 - art. 14

Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13° de l'article 995 et du 2° bis de l'article 1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code, **qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité**, et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ~~et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.~~ Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle **ainsi que** de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins instauré par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

NOTA :

Conformément au B du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013, modifié par l'article 14 2° de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014, l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale entre en vigueur pour les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés à compter du 1er avril 2015.

B. Code rural et de la pêche maritime

Partie législative

Livre VII : Dispositions sociales

Titre II : Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles

Chapitre V : Recouvrement des cotisations et créances

Section 1 : Dispositions générales.

- Article L. 725-3-1

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 114 (V)

Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à ~~huitième~~ **neuvième** alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux deux dernières phrases ~~du neuvième~~ **de l'avant-dernier** alinéa de ce même article.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Article 18 : cet article organise la généralisation du tiers-payant pour les consultations de ville.

Le tiers payant est un levier majeur pour faire évoluer l'offre de santé et faire progresser la justice sociale.

En termes de justice sociale, tout d'abord, on sait que l'avance des frais au cabinet peut constituer un frein pour certains assurés. Le renoncement aux soins concerne une proportion croissante d'assurés (autour du tiers de nos concitoyens sont concernés). **Le tiers payant permet de rétablir l'accès de chacun aux soins dont il a besoin. Là où l'introduction de la CMU-C a permis d'avoir un effet correctif sur l'accès aux soins des plus défavorisés, la généralisation du tiers payant permettra d'inscrire dans le droit commun un gain d'équité substantiel pour chacun.**

Le tiers payant est aussi un levier de changement pour l'ensemble du système de santé. Comme l'a souligné l'IGAS dans son rapport sur la généralisation du tiers payant, l'enjeu est aussi un **enjeu de simplification et de lisibilité pour les assurés**. Généralisé notamment pour les pharmacies, les laboratoires de biologie, les bénéficiaires de la CMU-C en médecine de ville, pratiqué déjà pour 30 % des actes, le tiers payant est déjà une réalité pour les assurés, mais sans lisibilité. Alors qu'aujourd'hui seul l'hôpital permet au patient d'éviter à coup sûr l'avance de frais, la mesure contribue à renforcer l'accessibilité de l'offre ambulatoire que la stratégie nationale de santé entend favoriser.

Parce que la généralisation du tiers payant présente des enjeux techniques majeurs, il est proposé de confier aux partenaires conventionnels le soin de déterminer les modalités de sa mise en œuvre. La simplicité et la fiabilité du dispositif sont des impératifs majeurs pour le gouvernement. Chaque convention devra donc déterminer notamment les modalités techniques retenues afin que chaque profession puisse fixer les conditions de réussite de la mesure.

(...)

Article 18

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° *bis* de l'article L. 162-5 est abrogé ;

2° Le 4° de l'article L. 162-9 est abrogé ;

3° Le I de l'article L. 162-14-1 est complété par un 7° et un 8° ainsi rédigés :

« 7° Les modalités du tiers payant permettant de dispenser l'assuré social de payer directement aux professionnels de santé la part des honoraires prise en charge par l'assurance maladie. L'assuré qui se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ne peut, sous réserve des dispositions du dernier alinéa du même article, bénéficier du tiers payant ;

« 8° Le cas échéant, les modalités permettant de dispenser l'assuré social de payer directement aux professionnels de santé la part des honoraires prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire, lorsqu'un mécanisme de tiers payant est mis en place par ces organismes ; »

4° Le 4° de l'article L. 162-16-1 est remplacé par l'alinéa suivant :

« 4° Les modalités du tiers payant permettant de dispenser l'assuré social de payer directement aux pharmaciens la part des frais et des honoraires prise en charge par l'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, les modalités permettant de dispenser l'assuré social de payer directement aux pharmaciens la part des frais et des honoraires prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire, lorsqu'un mécanisme de tiers payant est mis en place par ces organismes ; »

5° Après le 6° de l'article L. 162-32-1, il est rétabli un 7° ainsi rédigé :

« 7° Le cas échéant, les modalités permettant de dispenser l'assuré social de payer directement aux centres de santé la part des honoraires prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire, lorsqu'un mécanisme de tiers payant est mis en place par ces organismes ; »

II. – À l'article L. 322-1 du même code, les mots : « Elle est remboursée » sont remplacés par les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée ».

III. – À l'article L. 871-1 du même code, après les mots : « l'article L. 322-2 du présent code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur du tarif des prestations servant de base au calcul de la prise en charge par l'assurance maladie ».

IV. – Les dispositions du III du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

b. Etude d'impact

S'agissant du tiers-payant

L'avance des frais au cabinet des médecins peut constituer l'un de ces freins et conduire à des renoncements aux soins.

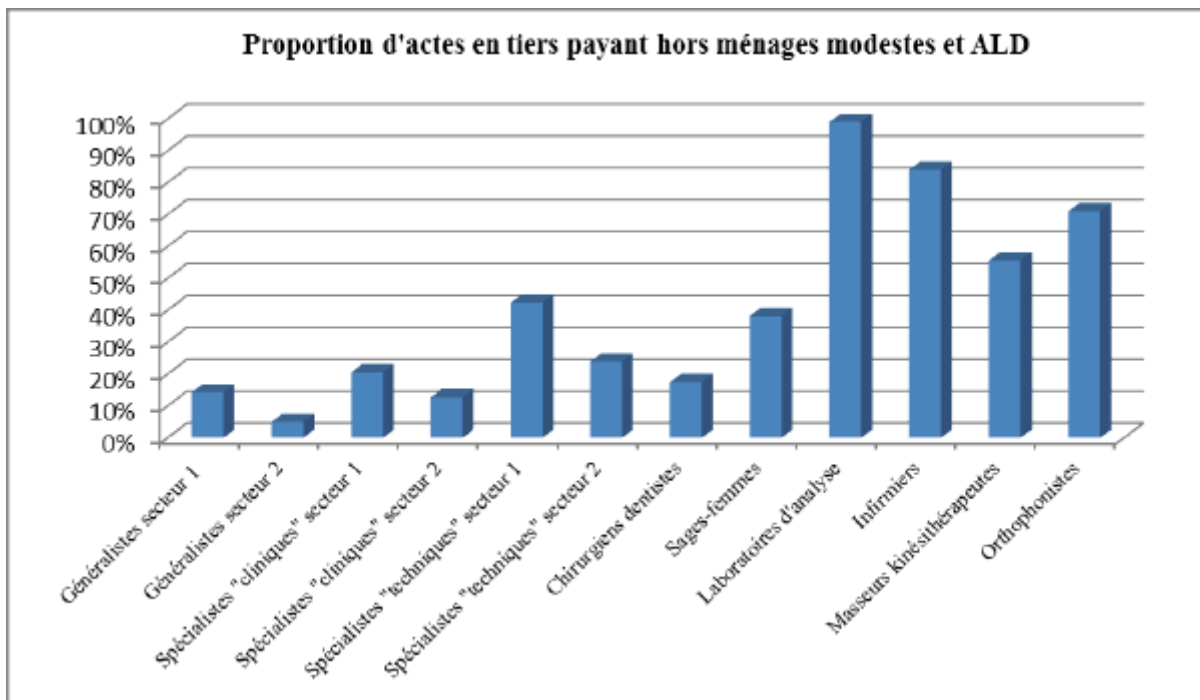
Alors que les systèmes de santé étrangers ont développé soit une dispense des frais pour la part couverte par l'assurance maladie financée par des cotisations (Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Israël, Canada, Japon), soit une couverture des soins « prépayée » par des contributions assises sur les revenus de l'ensemble de la population (Royaume-Uni, Suède, Finlande, Italie), le paiement direct des prestations par les assurés aux professionnels de santé, véritable spécificité française, continue d'être au cœur de notre système de santé.

En effet, en France, si la pratique du tiers-payant s'est peu à peu développée notamment au profit des personnes ayant les revenus les plus faibles ou pour les actes les plus coûteux, elle demeure appliquée de manière très disparate. La pratique du tiers payant peut, selon les cas, soit concerner l'intégralité des frais engagés par l'assuré et pris en charge par les régimes de base et les organismes complémentaires soit uniquement la part de ces frais pris en charge par les régimes de base. Cette situation résulte tout à la fois de la diversité des textes qui encadrent cette pratique lorsque le tiers-payant est obligatoire, et, en dehors de ces obligations, de la volonté des praticiens d'offrir ce service à leurs patients.

Ainsi, le tiers payant s'applique de plein droit et sur l'intégralité de la dépense (part base ainsi que, le cas échéant, part complémentaire) pour les bénéficiaires de la CMU-c ou de l'aide médicale de l'État (AME) et pour les personnes prises en charge au titre du régime des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Il est de plein droit pour les soins dispensés dans les établissements de santé ou centres de santé, sur la part prise en charge par les régimes de base, ainsi que pour les transports sanitaires conventionnés, et pour les soins délivrés aux bénéficiaires de l'Aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé (ACS). La convention médicale prévoit également la possibilité d'appliquer le tiers payant en cas d'actes coûteux, dans le cadre d'accords locaux ou en fonction de la situation financière de l'assuré. Enfin, les médecins et les sages-femmes sont également tenus de pratiquer le tiers payant sur la part prise en charge par les régimes de base pour les consultations ayant pour objet la délivrance d'un contraceptif aux mineures d'au moins 15 ans. Certaines professions ont aussi fait le choix de développer très fortement cette pratique parallèlement au développement de la carte vitale et à la dématérialisation des feuilles de soins, qui dorénavant constituent des améliorations totalement reconnues pour les facilités qu'elles offrent dans le système de prise en charge des soins.

Dans ce contexte, la pratique effective et volontaire du tiers payant varie non seulement en fonction du profil de l'assuré et du type de prestation effectuée mais encore, et de manière significative, en fonction de la profession considérée. Il existe ainsi une quasi-généralisation de la pratique de la dispense d'avance de frais chez certaines professions de santé comme les pharmaciens ou dans les laboratoires d'analyses médicales alors que l'avance de frais continue d'être la règle chez les médecins libéraux.

En 2012, 34,9 % des actes effectués par les médecins libéraux faisaient l'objet de tiers-payant. Dans la grande majorité des cas, la pratique du tiers-payant est alors cantonnée à la seule part obligatoire : 6 % des médecins de ville pratiquaient le tiers-payant sur la part complémentaire en 2013, laissant donc aux patients des sommes parfois importantes à avancer.



Source : CNAMTS – Erasme national tous régimes – juillet à septembre 2012

Enfin, à ces diversités de pratiques entre professions de santé, s'ajoutent de fortes disparités dans les pratiques locales et individuelles qui rendent le système générateur d'inégalités. Le rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville établi par l'Inspection générale des affaires sociales relève ainsi que si le taux moyen d'actes en tiers payant (hors CMU-c, AT/MP et affections de longue durée - ALD) représentait en moyenne, à l'échelle du territoire national, 30,3 % des actes des médecins spécialistes, ce taux chutait à 13,5 % seulement en Lozère pour atteindre au contraire 51 % dans les deux départements de Corse.

Ainsi, l'absence d'une pratique étendue et homogène de tiers-payant n'est pas sans poser problème tant en termes d'accès aux soins que d'égalité de traitement de l'ensemble des assurés sociaux. Selon la dernière enquête sur la santé et la protection sociale publiée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en juin 2014, les cas de renoncement aux soins pour des raisons financières portaient en 2012 à 47,1 % sur les soins dentaires, à 26,1 % sur les lunettes et lentilles, à 14,5 % sur les consultations des médecins et à 12,3 % sur les autres soins.

Ces renoncements affectent en premier lieu non seulement les personnes en situation de précarité mais aussi les personnes aux revenus modestes. L'étude de l'IRDES détaille ainsi le taux de renoncement aux soins en fonction du revenu mensuel des assurés : 37 % des personnes dont les revenus sont inférieurs à 926 € (1^{er} quintile) et encore 32,2 % des personnes dont les revenus sont compris entre 926 € et 1.264 € (2^{ème} quintile) ont renoncé au moins une fois à un soin en 2012 pour des raisons financières.

En effet, le développement des dispositifs de tiers-payant pour les plus modestes ne suffit pas à résoudre cette question. Au-delà des phénomènes de non recours à ces droits, les seuils de ressources à respecter pour bénéficier de la CMU-c et de l'ACS s'élèvent en effet respectivement, depuis le 1^{er} juillet 2014, à 720 € et à 973 € par mois. Aussi de nombreuses personnes aux revenus modestes, victimes des nouvelles formes de précarité (travailleurs pauvres par exemple) ne bénéficient-elles pas de droit du tiers-payant.

Les renoncements aux soins ne se cantonnent toutefois pas aux seules populations les plus modestes comme le montre les résultats de l'enquête sur la santé et la protection sociale : entre 22,9 % et 37 % des assurés dont le revenu est inférieur à 2.120 € par mois (soit, 80 % de la population) ont ainsi renoncé à au moins un soin pour des raisons financières en 2012.

| Revenu mensuel réparti en quintiles (indice OCDE) | Pourcentage de personnes ayant renoncé à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin, autres soins ou examens) pour des raisons financières en 2012 |
|---|--|
| 1 ^{er} quintile : de 0 à 926 € | 37 % |
| 2 ^{ème} quintile : de 926 à 1.264 € | 32,2 % |
| 3 ^{ème} quintile : de | 24,5 % |

| | |
|--|--------|
| 1.264 à 1.600 € | |
| 4 ^{ème} quintile : de 1.600 à 2.120 € | 22,9 % |
| 5 ^{ème} quintile : plus de 2.120 € | 13,1 % |

Source : Enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES sur un échantillon de 8413 personnes – juin 2014

Ces résultats sont corroborés par les données recueillies à l'occasion de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le tiers-payant grâce à l'enquête menée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard, quoique celle-ci ne puisse préjuger des pratiques des assurés au niveau national. 41 % des répondants ont en effet déclaré que l'avance de frais représentait pour eux une difficulté au-delà de 50 €, 80 % émettant un avis similaire au-delà de 100 €. 55 % des personnes interrogées affirmaient ainsi avoir déjà renoncé à des soins compte-tenu de l'avance de frais à assumer.

Si ces données témoignent de l'importance du tiers-payant pour lutter contre le renoncement aux soins et les inégalités de santé, elles illustrent également la faisabilité d'un dispositif de tiers-payant, déjà à l'œuvre pour une part significative à la fois des médecins et plus globalement des actes médicaux.

Le secteur hospitalier propose un tiers-payant presque intégral aux patients, comme une part significative des professionnels libéraux. Ainsi, biologistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes ou orthophonistes ont une pratique du tiers-payant pour une part de leurs actes supérieure à 50 %, voire, pour certains, proche de 100 %. Certains spécialistes libéraux, exerçant en clinique notamment, ont également une pratique significative du tiers-payant.

S'agissant des refus de soins

Les pratiques de refus de soins constituent, elles aussi, un frein à l'accès aux soins. Opposées aux bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME, elles contreviennent à l'objectif même de ces dispositifs à savoir favoriser une meilleure couverture sanitaire pour les personnes les plus précaires.

Or, les refus de soins persistent comme l'ont montré les nombreuses études menées sur le sujet et recensées par le Défenseur des droits dans son rapport « Refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME » de mars 2014: « Dès novembre 2002, une première enquête a été réalisée par l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde afin de quantifier les refus de soins dentaires opposés à des bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans 11 villes. Dans 35,3 % des cas, un refus de soins était opposé aux bénéficiaires de la CMU et, dans 52,6 % des cas, aux bénéficiaires de l'AME. (...) L'étude commandée par le Fonds CMU en 2006 a permis de montrer des taux de refus de soins allant de 16,7 % chez les médecins généralistes exerçant en secteur 2 à 41 % chez les médecins spécialistes (33,3 % chez les ophtalmologues ; 40,9 % chez les pédiatres ; 50 % chez les psychiatres ; 44,4 % chez les gynécologues). S'agissant des dentistes, le taux s'élevait à 39,1 %. (...) En 2007, la DREES a mené une nouvelle enquête en Île-de-France soulignant que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois s'était vu opposer un refus de soins de la part d'un professionnel de santé. L'étude de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) pour le compte du Fonds CMU faisait, quant à elle, état de taux de refus de soins moyens de 19,4 % opposés aux bénéficiaires de la CMU-C par les médecins généralistes.»

Ainsi, les nombreuses enquêtes conduites en France révèlent une réalité contrastée en fonction des territoires - les refus de soins étant plus fréquents dans les grandes villes -, des secteurs dont relèvent les praticiens, et des spécialités des professionnels de santé sans fournir, étant donnée l'hétérogénéité des périmètres étudiés, de vision à la fois détaillée et la plus exhaustive possible de ces pratiques. Elles ne permettent en outre pas de suivre sur une période de temps longue l'évolution des comportements des professionnels.

S'agissant de la fixation de tarifs encadrés pour certains postes de soins au profit des bénéficiaires de l'ACS

Si les assurés les plus précaires couverts par la CMU-c bénéficient d'un système protecteur tant du point de vue de la prise en charge de leurs dépenses de santé que de celui des tarifs encadrés qui leur sont appliqués par les professionnels, ce n'est pas le cas à l'heure actuelle pour les bénéficiaires de l'ACS. En effet, l'encadrement des tarifs pratiqués pour certains soins délivrés aux bénéficiaires de l'ACS a fait l'objet de plusieurs initiatives, de la part des partenaires conventionnels ou du législateur, qui n'ont pu aboutir. Aussi, si les médecins sont tenus de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraire à l'égard de ces assurés depuis la mise en œuvre de l'avenant 8 à la convention médicale, aucune contrainte spécifique en matière tarifaire concernant cette population ne s'impose aux autres professionnels de santé. On constate ainsi que les renoncements aux soins se concentrent tout particulièrement sur certains postes de dépenses générant de forts « restes à charge » pour les assurés comme l'optique ou le dentaire. Si, d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale publiée par l'IRDES, le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne

18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie de plus de 18 ans, ce taux s'élève à 27,6 % pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à 926 € (1^{er} quintile). De même, les renoncements aux soins optiques concernent 10 % des assurés de plus de 18 ans et 15,2 % des personnes relevant du premier quintile.

II. LES OBJECTIFS DE LA REFORME

Afin de lutter contre les barrières financières et toute forme de discrimination, la loi prévoit quatre axes d'action :

II.1 Lever le frein financier que peut constituer l'avance des frais chez les professionnels de santé par la généralisation du tiers payant intégral en ville

La démarche de généralisation du tiers payant vise à développer une approche progressive de mise en œuvre de la dispense d'avance de frais de soins de ville pour atteindre un objectif de couverture intégrale de l'ensemble des assurés en 2017. Une première étape consistera à étendre le tiers-payant, aujourd'hui prévu pour la part de l'assurance maladie de base par l'avenant 8 de la convention médicale, à la part complémentaire pour les bénéficiaires de l'ACS dès 2015. Cette première étape fait l'objet de dispositions dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et s'inscrit dans le calendrier de mise en œuvre de la réforme de l'ACS adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (cf. article 56 du projet de loi de financement de la sécurité sociale – PLFSS - pour 2014).

Il est donc proposé, d'inscrire la seconde étape du déploiement du tiers-payant, c'est-à-dire sa généralisation à l'ensemble de la population, dans la loi de santé. À cette fin, il est prévu de confier aux partenaires conventionnels le soin de déterminer les modalités de mise en œuvre de cette généralisation afin que chaque profession puisse en fixer les conditions de réussite. Chaque convention devra donc déterminer notamment les modalités techniques retenues (paiement centralisé par l'assurance maladie obligatoire, intervention d'organismes de gestion du tiers-payant, ou éclatement des flux et des paiements entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire) et le cadencement de la montée en charge de la pratique de dispense d'avance de frais par les professionnels avec pour objectif une généralisation à l'échéance 2017. Devront notamment être définis les engagements des professionnels à pratiquer le tiers payant ainsi qu'en miroir les garanties et délais de paiement qui leur seront accordés.

Parallèlement, pour les organismes complémentaires, le tiers-payant va se déployer via le mécanisme des contrats responsables. Ainsi à compter du 1^{er} janvier 2017, les contrats d'assurance complémentaire qui ne permettront pas le tiers payant ne pourront plus bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés au critère « responsable ».

Dans un souci de cohérence avec les objectifs poursuivis par le parcours de soins et de simplification des procédures, le bénéfice du tiers payant sera conditionné au respect du parcours de soins.

II.2 Renforcer la lutte contre les pratiques de refus de soins

Il est proposé de mettre en place auprès de chaque ordre professionnel un observatoire des refus de soins, afin d'objectiver par tous moyens ces pratiques.

II.3 Améliorer l'accès à certains soins pour les postes générant les plus forts restes à charge chez les assurés en élargissant le mécanisme de limitation tarifaire existant pour la CMU-c aux bénéficiaires de l'ACS

La mesure proposée vise à permettre un encadrement des tarifs des dispositifs médicaux, en particulier des prestations d'optique, ainsi que des soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrées aux bénéficiaires de l'ACS, dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté¹³, et ainsi de garantir un meilleur accès aux soins en luttant contre le renoncement aux soins pour raisons financières.

Il s'agit également d'étendre cette mesure aux prothèses auditives dont les tarifs pratiqués par les professionnels du secteur génèrent des restes à charge très élevés.

III. OPTIONS ET DISPOSITIFS RETENUS

III.1. OPTIONS

III.1.1. Statu quo

S'agissant du tiers payant

Le dispositif du tiers-payant (TP) permet à l'assuré de ne pas faire l'avance de ses frais de soins sur la seule part obligatoire ou sur l'ensemble des frais (part obligatoire et part complémentaire). Deux types de vecteurs ont jusqu'ici prévu son utilisation, la loi et la convention.

Le tiers payant s'applique de plein droit dans certains cas prévus par la loi. C'est le cas pour les bénéficiaires de la CMU-c ou de l'AME et pour les personnes prises en charge au titre du régime des AT/MP. Il est également prévu par ce biais pour les établissements de soins, les transports sanitaires conventionnés et les centres de santé.

Le tiers-payant peut également s'appliquer en vertu de dispositions conventionnelles – nationales ou locales – entre chaque profession et les caisses d'assurance maladie. Dans la plupart des conventions, sauf celle des pharmaciens, le tiers-payant est réservé aux personnes à revenus modestes ou confrontées à des dépenses de soins importantes. S'agissant des médecins, la convention nationale prévoit certains cas de tiers-payant (pour les bénéficiaires de l'ACS ou en cas d'actes coûteux) et laisse à des accords locaux l'initiative de mettre en place le tiers-payant pour d'autres cas afin d'améliorer l'accès aux soins ; enfin elle permet au médecin traitant de le pratiquer ponctuellement. En effet, la convention médicale du 26 juillet 2011 précise : « *Au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime de tiers payant [...], les parties conventionnelles conviennent de permettre ponctuellement, pour les patients qui le nécessiteraient la dispense d'avance de frais selon l'appréciation du médecin traitant* ».

Enfin, les médecins et les sages-femmes sont également tenus de pratiquer le tiers payant sur la part prise en charge par les régimes de base pour les consultations ayant pour objet la délivrance d'un contraceptif aux mineures d'au moins 15 ans. Dans les autres cas, le cadre juridique actuel limite les possibilités de recourir au tiers payant en se fondant d'une part sur le principe du paiement direct des honoraires au médecin (article L.162-2 du CSS), et d'autre part sur la possibilité pour les conventions médicales de déroger à ce principe en déterminant « *le cas échéant les conditions tendant à éviter à l'assuré de payer directement les honoraires aux médecins* ».

Si le tiers payant s'est progressivement développé, marquant le sens d'une dynamique d'amélioration pour notre système de santé et répondant ainsi à un véritable besoin des assurés, son application, éclatée et partielle n'en demeure pas moins insatisfaisante. La multiplication des cas de pratique du tiers-payant, tantôt obligatoires tantôt facultatifs, entraîne pour les professionnels de santé une gestion différenciée selon les situations et prive notre système d'une réelle lisibilité du dispositif pour les assurés et des facilités qu'offrent un usage totalement généralisé.

Surtout, ces règles ne permettent pas de lutter efficacement et de manière égalitaire contre les renoncements aux soins liés à la nécessité pour les assurés de faire l'avance de frais.

S'agissant des refus de soins

Actuellement, les données sur les refus de soins ne sont ni suffisamment précises ni suffisamment actualisées pour fournir une connaissance fine de ces pratiques illégales et mener contre elles une lutte efficace.

S'agissant de la fixation de tarifs encadrés pour certains postes de soins au profit des bénéficiaires de l'ACS

Les professionnels de santé (mis à part les médecins) ne font l'objet d'aucune contrainte spécifique en matière tarifaire concernant les bénéficiaires de l'ACS. Les pratiques tarifaires dans certaines disciplines telles qu'en optique et en dentaire ne permettent donc que difficilement aux plus démunis d'accéder à ces soins.

III.1.2. Option retenue

S'agissant du tiers-payant

Il est donc proposé une nouvelle base juridique qui permette de généraliser l'usage du tiers payant pour les soins de ville sur la base des travaux déjà engagés dans cette perspective.

Parce qu'une réforme de cette ampleur requiert un temps de concertation dédié avec les syndicats des professionnels de santé, les représentants des patients, les organismes complémentaires et les régimes d'assurance maladie, un comité d'orientation associant l'ensemble de ces acteurs a été installé par la Ministre chargée de la santé en février 2014 avec pour objectif, à partir des premières analyses du rapport de l'IGAS relatif au « tiers-payant pour les consultations de médecine de ville », de définir les modalités de mise en œuvre du projet et de dessiner la feuille de route qui conduira à son déploiement.

Cette instance de concertation a pour mission d'identifier les options techniques permettant de concevoir un système simple et sécurisé, tant pour les professionnels de santé que pour les patients. Ainsi, le comité d'orientation a été réuni à quatre reprises en 2014. Un inspecteur général des affaires sociales a en même temps été nommé directeur de projet afin de faciliter le déroulement du projet. Sa réalisation repose donc sur un pilotage d'ensemble et une mobilisation continue des acteurs pour définir le modèle d'organisation et les processus qui devront être déclinés de façon opérationnelle. Un suivi très étroit de toutes les étapes est et sera effectué pour parvenir à l'objectif fixé.

Tenant compte des échanges intervenus et des positions exprimées, il est envisagé, à travers cette mesure de confier aux partenaires conventionnels le soin de définir les modalités de cette généralisation, permettant à chaque profession de s'impliquer et d'en déterminer les conditions de réussite au vu des contextes de pratique professionnelle et de diversité des situations. Ainsi, les partenaires conventionnels détermineront les modalités de mise en œuvre du tiers-payant en vue de parvenir à une ou des solutions partagées. Celles-ci auront nécessairement pour but de garantir simplicité des processus et paiement rapide aux professionnels de santé pour préserver l'équilibre économique des cabinets, tout en veillant à ne pas créer de charge administrative nouvelle pour préserver le temps médical. Elles devront être conçues en lien avec les organismes d'assurance

maladie complémentaire qui sont tout autant concernés et ont su aussi s'impliquer dans le déploiement de solutions adaptées aux attentes des professionnels, comme le montre la situation des pharmaciens.

La mise en place d'un système performant et fiable de tiers payant est aujourd'hui techniquement à portée dans des délais maîtrisables et conformes aux objectifs recherchés. Les évolutions qu'a connues l'assurance maladie ces dernières années dans la gestion des prestations grâce notamment à la carte vitale, ainsi que les évolutions technologiques qui apportent un panel de solutions pour les outils des professionnels de santé, témoignent de cette capacité de réalisation d'une généralisation.

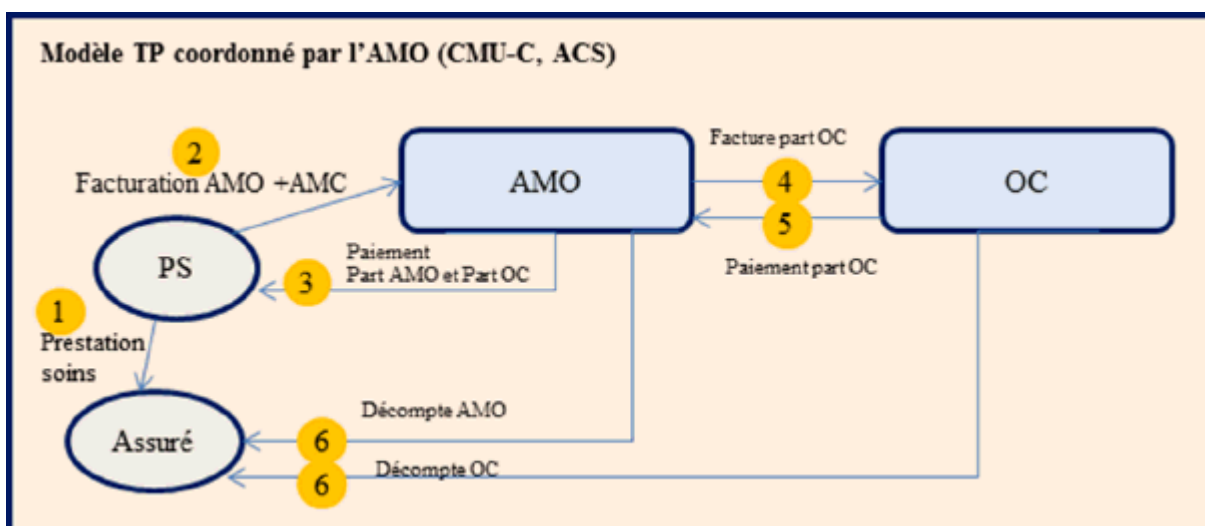
À ce titre, il convient de souligner qu'à l'heure actuelle l'assurance maladie traite d'ores et déjà 1,2 milliard de feuilles de soins électroniques par an émises lors de la délivrance et de la facturation des soins par les 322 000 professionnels de santé via le système d'information SESAM-Vitale. Ces envois dématérialisés permettent d'assurer un remboursement aux patients ou, dans les cas où le tiers-payant est déjà pratiqué, aux professionnels dans un délai moyen de 5 jours.

L'assurance maladie opère à ce titre un remboursement directement sur les comptes bancaires des assurés concernés, mais également sur ceux des professionnels de santé. Pour ces derniers, elle est également conduite à leur verser aujourd'hui diverses rémunérations qui se sont développées à côté des honoraires payés à l'acte. Il en est ainsi de certaines sommes versées au titre de la permanence des soins, ou de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins.

Si elle est donc techniquement à portée, la généralisation du tiers payant s'inscrit aussi dans une logique de simplification tout à fait souhaitable et indispensable pour la meilleure efficacité de notre système de protection sociale. Là où aujourd'hui le système met en jeu pour le remboursement des soins, des relations complexes et des opérations multiples entre assurés, professionnels de santé et caisses d'assurance maladie, le tiers payant opère une simplification des opérations à réaliser pour le paiement opéré directement auprès des professionnels de santé qui en établissent la facturation. Ainsi conçu, le dispositif vient renforcer la cohérence d'une couverture maladie devenue universelle qui offre aux assurés une garantie de continuité de prise en charge des soins.

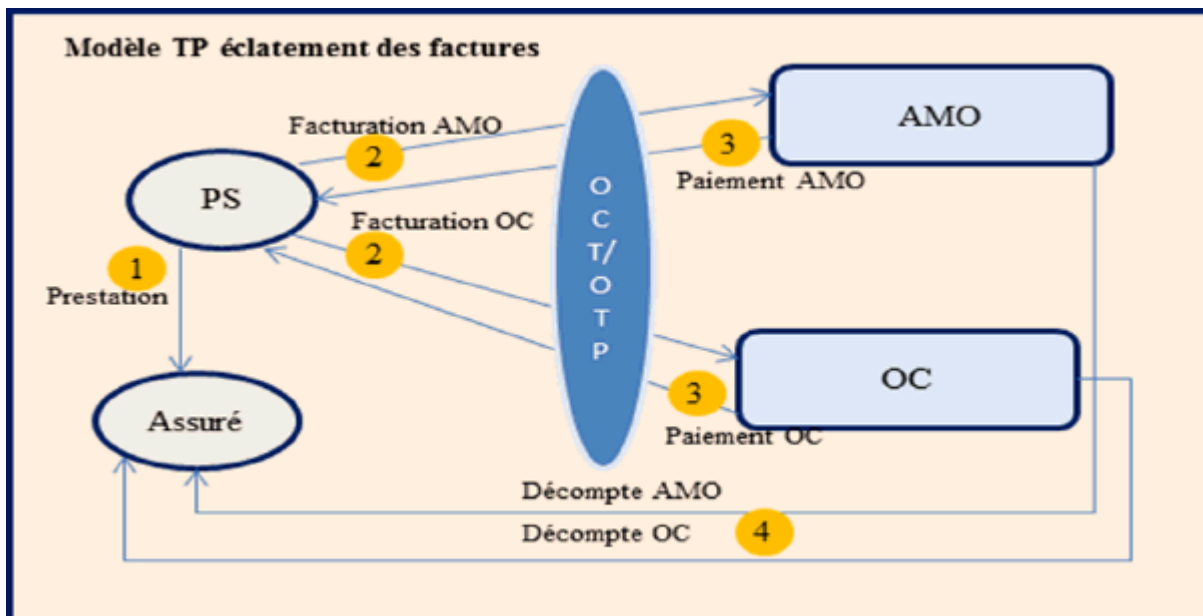
La mise en place de la généralisation du tiers payant est envisageable selon deux grands modèles d'organisation, l'un des deux pouvant appeler une variante. Ce sont ces deux modèles qui seront au cœur des discussions conventionnelles à conduire pour y parvenir :

- **un tiers payant coordonné par l'assurance maladie obligatoire** : dans ce système, le professionnel de santé (PS) envoie une seule facture, pour la part base et la part complémentaire, vers l'assurance maladie obligatoire (AMO). Celle-ci effectue alors le paiement des deux parts (obligatoire et complémentaire) au professionnel de santé¹⁴. L'assurance maladie obligatoire est ensuite remboursée de la part complémentaire par l'assurance maladie complémentaire (OC). Un tel système est déjà utilisé aujourd'hui par les professionnels de santé pour les bénéficiaires de la CMU-c et il sera étendu aux bénéficiaires de l'ACS en 2015.



- **un tiers-payant par éclatement des flux** : le professionnel de santé envoie simultanément une facture vers l'assurance maladie obligatoire et une facture vers l'assurance maladie complémentaire. Chacune paie alors sa part au professionnel de santé. C'est ce modèle qui est pratiqué aujourd'hui par les pharmaciens.

Dans ce modèle, les professionnels de santé peuvent également recourir à un prestataire (organisme concentrateur technique – OCT - ou organisme de tiers-payant - OTP) qui, après avoir reçu une facture unique du professionnel de santé, se charge d'adresser la facture relative à la part de base à l'assurance maladie obligatoire et la facture relative à la part complémentaire à l'assurance maladie complémentaire. Cet organisme peut également offrir des services de rapprochement des factures et des différents remboursements.



Les discussions qui restent à mener devront conduire à choisir la ou les solutions que chaque profession considèrera la mieux à même de couvrir les résultats attendus par les pouvoirs publics en tenant compte de la variété des situations et de l'articulation à réaliser avec l'assurance maladie complémentaire, au vu des conditions de gestion de leurs différents contrats.

Le choix de la solution conventionnelle pourra aussi permettre de tenir compte de la diversité des situations possibles. Tel pourrait en être ainsi des soins dispensés à l'hôpital relevant de l'activité libérale des médecins, lesquels sont conventionnés et devront satisfaire à ces règles nouvelles.

S'agissant de l'opposabilité du tiers payant aux organismes complémentaires, il est proposé de les inciter à la pratique du tiers-payant via le dispositif des contrats responsables (cette pratique ne serait donc pas une obligation absolue mais une condition au bénéfice des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif).

Dans un souci de cohérence avec les objectifs poursuivis par le parcours de soins et de simplification des procédures, il est proposé de conditionner le bénéfice du tiers payant au respect du parcours de soins.

Enfin, pour sécuriser le recouvrement des participations forfaitaires de 1 € et des franchises, des modalités novatrices de versement et de recouvrement pourront être définies par voie réglementaire.

En effet, une attention sera portée aux dispositifs de participation à la charge des assurés. Lorsqu'ils sont associés à la dispense d'avance de frais, ils entraînent mécaniquement l'apparition de créances de l'assurance maladie sur les assurés. En 2012, pour le régime général, sur un flux annuel de participation forfaitaire (de 1 €) et de franchises de 1,5 Md€, 600 M€ ont été directement récupérés *via* les règlements des assurés hors tiers payant aux professionnels de santé (l'assurance maladie rembourse l'assuré qui a fait l'avance de frais, du montant de la consultation qu'elle prend en charge, minoré du montant de la participation forfaitaire) et 900 M€ ont été inscrits en créances sur les assurés. La plus grande partie de ces créances (96,8 %) est recouvrée automatiquement par les caisses d'assurance maladie sur des paiements ultérieurs aux assurés selon différentes voies : à hauteur de 70 % sur les remboursements ultérieurs de soins de médecins (aux assurés qui sont hors tiers-payant par définition), de 9 % sur les remboursements de soins dentaires, de 11 % sur les prestations en espèces et de 10 % par d'autres voies.

La généralisation du tiers payant pourrait comporter le risque d'accroître annuellement le montant des créances non recouvrées sur prestations. L'hypothèse du recouvrement des participations directement par les professionnels de santé ayant été écartée dès la mise en place de ces participations, il conviendra d'examiner d'autres pistes afin de sécuriser leur recouvrement.

Le rapport de l'IGAS relatif au tiers-payant pour les consultations de médecine de ville, recommande dans cet objectif la mise en place d'une procédure de prélèvement sur le compte de l'assuré, les caisses disposant d'ores et déjà des coordonnées bancaires des assurés. De façon concrète, les caisses pourraient donc facilement procéder à un prélèvement à due concurrence des sommes à récupérer. À cette fin, elles pourraient demander, lors de l'affiliation ou d'un changement de caisse, une autorisation de prélèvement directement sur leur compte bancaire, à l'image de ce que font les grands opérateurs pour optimiser le recouvrement de leurs créances. Cette procédure nouvelle serait évidemment strictement encadrée et limitée au périmètre des contributions et franchises, dans la limite des plafonds annuels et serait subordonnée, pour l'assuré, à l'acceptation de cette option attestée par la remise d'une autorisation de prélèvement. Cette mesure ne reposerait pas sur une opération massive, mais pourrait prendre corps au fil de l'eau de la gestion des assurés.

Une alternative à cette proposition pourrait consister à donner la possibilité à l'assuré d'acquitter les participations par un paiement en ligne. L'assuré recevrait, selon une périodicité à définir, un message l'invitant à effectuer le règlement des participations dont il est redevable. Le déploiement du compte assuré permet d'offrir cette possibilité.

S'agissant des refus de soins

Afin de disposer d'études régulières sur les refus de soins et d'objectiver les pratiques, il est proposé de créer un observatoire dédié auprès de chacun des ordres professionnels associant syndicats professionnels, usagers et personnalités qualifiées. Pour ce faire, ils pourront conduire des opérations régulières de tests de situation scientifiques, afin de disposer de données objectives sur les comportements des professionnels en la matière. L'organisation de ces opérations pourra être réalisée par des prestataires indépendants, dans le cadre de conventions conclues par les ordres.

S'agissant de la fixation de tarifs encadrés pour certains postes de soins au profit des bénéficiaires de l'ACS

La mesure proposée implique deux évolutions principales :

- s'agissant des soins dentaires, une adaptation de l'article L.162-9 du CSS définissant le périmètre de la convention avec les chirurgiens-dentistes ;
- s'agissant notamment des biens optiques et de l'audioprothèse, l'adaptation de l'article L.165-6 du CSS définissant le périmètre des conventions sur les tarifs des dispositifs médicaux inscrits sur la liste de produits et prestations (LPP).

Le dispositif prévoit deux étapes. Dans un premier temps, les partenaires conventionnels se voient confier le pouvoir de fixer les tarifs maxima applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour les biens concernés. À ce titre, les négociations pourraient aboutir à fixer des tarifs plus élevés pour les bénéficiaires de l'ACS que pour les bénéficiaires de la CMU-c. En cas de silence de la convention, ces tarifs seraient fixés par arrêté. Dans ce cas, afin de limiter les restes-à-charge, ils devront être définis de manière cohérente avec le niveau minimal de garanties qui sera défini dans le cahier des charges des contrats éligibles à l'ACS dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue par l'article 56 de la LFSS pour 2014.

De plus, s'agissant des dispositifs médicaux tels les biens optiques et l'audioprothèse, la mesure permet d'ouvrir à l'UNCAM le pouvoir de participer à ces négociations conventionnelles entre les trois familles d'organismes complémentaires, les organismes d'assurance maladie et les distributeurs.

IV. IMPACTS DE LA LOI

IV.1. IMPACTS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

La mesure de généralisation du tiers payant aura pour effet certain de limiter le renoncement aux soins pour raisons financières. Ce phénomène, loin de se limiter aux personnes dont les revenus sont les plus modestes et qui, à ce titre sont éligibles aux dispositifs d'aide à l'accès aux soins, touche plus largement l'ensemble des personnes en situation de vulnérabilité, que leurs revenus se situent au-dessus des seuils d'éligibilité à ces aides ou qu'elles soient fragilisées par des situations de rupture.

Dès lors, la généralisation du tiers-payant devrait accroître les dépenses de santé des assurés qui, aujourd'hui, n'ont pas un accès complet et satisfaisant aux soins. L'extension de la logique de parcours de soins à ce dispositif ne constituera en effet pas, pour les assurés, une contrainte nouvelle, 89,7 % des assurés ayant choisi un médecin traitant (2011) et 91 % des actes et prestations étant d'ores et déjà effectués dans ce cadre.

Pour autant, les études menées jusque-là à l'occasion du déploiement de mesures d'accès aux soins n'ont pas révélé de phénomènes de surconsommation.

Il en est ainsi de la mise en place de la CMU-c, ouvrant droit pour les personnes les plus modestes à une couverture complémentaire gratuite assortie d'une dispense d'avance des frais. Le suivi opéré par la CNAMTS (Girard-Le Gallo, 2002) et les études menées par la DREES (Raynaud, 2003) montrent que si, entre les deux premières années d'instauration du dispositif, la dépense de ses bénéficiaires a augmenté bien plus rapidement que celles des autres assurés du régime général, les rythmes d'évolution se sont rapprochés dès l'année suivante (+ 8,4 % contre + 6,7 %). La hausse de la dépense par personne a d'ailleurs plus fortement augmenté pour les personnes qui ne bénéficiaient d'aucun dispositif approchant (telle l'Aide médicale générale) avant la création de la CMU-c, attestant bien d'un phénomène de rattrapage pour les seules personnes qui n'avaient jusque-là pas accès aux soins.

La seule étude économétrique menée en France sur le tiers-payant semble attester d'une limitation de la hausse des dépenses aux seules personnes exclues de l'accès aux soins jusqu'à la levée de l'obstacle identifié. Elaborée en 2000 dans le cadre du Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES, devenu IRDES) sur la base des données de 1995 et concernant essentiellement le tiers payant pharmaceutique, elle conclut que « le tiers payant agit chez les pauvres mais on ne peut donc parler d'un effet inflationniste (qui augmenterait tous les coûts de soins chez tous les assurés) mais plutôt d'un rattrapage par

les pauvres du volume de soins que consommaient les ménages non concernés par la contrainte de liquidité (...) en facilitant l'accès aux soins ambulatoires à court terme, il évite des complications et des recours aux soins hospitaliers à plus long terme ».

En dépit de ces constats, il est difficile d'estimer l'impact en dépenses de la généralisation du tiers payant. S'il est indéniable que le tiers payant augmentera la consommation de soins des assurés qui aujourd'hui la limitent pour des raisons financières, il est moins aisé d'en déterminer l'impact final sur les dépenses de soins. En effet, le tiers payant devrait également avoir des effets à la baisse sur le niveau des dépenses de l'assurance maladie. En favorisant l'accès aux soins de tous, il devrait ainsi permettre une prise en charge plus précoce, et donc moins coûteuse, des pathologies présentées par les assurés. En termes d'organisation des soins, l'amélioration du recours aux soins de ville devrait contribuer à résorber le recours injustifié aux soins hospitaliers notamment au service des urgences alors même que l'étude de la DREES n° 889 de juillet 2014 indique que les trois quarts des patients se rendant aux urgences retournent à leur domicile et que dans 30 % des cas, les patients ont attendu plusieurs jours avant de consulter le service des urgences. Ainsi, le tiers payant généralisé, déjà déployé dans un très grand nombre de pays, ne contrevient pas, dans par seule logique, aux efforts de modération de la dépense de santé.

IV.4. IMPACTS JURIDIQUES

Ces mesures nécessitent de modifier plusieurs dispositions législatives du code de la sécurité sociale.

V. MODALITES D'APPLICATION DE LA REFORME

V.1. APPLICATION DANS LE TEMPS

S'agissant du tiers-payant, la négociation conventionnelle pourra débiter dès la publication de la loi en 2015 afin d'anticiper les développements techniques nécessaires qui s'effectueront en 2015 et 2016 pour permettre une généralisation dès 2017. La modification relative aux « contrats responsables » introduite à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les autres mesures seront d'application directe.

V.2. APPLICATION DANS L'ESPACE

Ces dispositions vont s'appliquer immédiatement à toutes les collectivités d'outre-mer régies par le principe d'assimilation, à savoir celles régies par l'article 73 de la Constitution (la Martinique, la Guyane, la Réunion, la Guadeloupe ainsi qu'à Mayotte à l'exception de la mesure relative à la fixation de tarifs encadrés pour les bénéficiaires de l'ACS) et certaines de celles régies par l'article 74 (Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy), où l'ordonnance outre-mer prévue par le présent projet pourra, les cas échéant, opérer les adaptations utiles.

Elles n'ont pas vocation à s'appliquer dans le territoire des îles Wallis et Futuna où les dépenses de santé sont prises en charge par l'État. Elles n'ont pas vocation davantage à s'appliquer en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, compétentes en matière de santé publique et de sécurité sociale.

V.3. CONSULTATIONS

Les conseils des caisses ont été saisis : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ainsi que celui de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Par ailleurs, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, des opticiens, chirurgiens-dentistes et audio-prothésistes, le conseil national de l'ordre des médecins, et les organismes d'assurance maladie complémentaires seront concertés sur le sujet.

V.4. TEXTES D'APPLICATION

Les dispositions relatives aux tiers payant seront déclinées par les conventions nationales conclues avec les professions de santé.

Les modalités du respect du principe de non discrimination seront fixées par décret.

La mesure d'encadrement tarifaire pour certains postes de soins sera également mise en œuvre par des conventions signées avec les professionnels des secteurs concernés ou, à défaut par arrêté.

c. Amendements déposés en commission

- Amendement n° AS 1725 (rect.) présenté par le Gouvernement

ARTICLE 18

Rédiger ainsi cet article :

« I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie s'effectue, sous les conditions et garanties fixées par le présent article, selon les modalités suivantes :

« 1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

« 3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport, établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé, mentionne les calendriers et modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

« 4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

« II. - Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

« 1° Au 30 novembre 2016 par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

« 2° Avant le 30 septembre 2017 par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du I.

« III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

« a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Si le professionnel ou l'établissement, n'a ni payé le montant réclamé ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

« b) Au dernier alinéa le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

« 2° L'article L. 161-1-4, est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les dispositions du présent article ne peuvent, conformément aux dispositions de l'article L. 161-15-1 du présent code, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 dudit code. » ;

« 3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont insérés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

« 4° L'article L. 315-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « VI. - Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service en charge du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

« 5° L'article L.322-2 est ainsi modifié :

« a) au septième alinéa, les mots : « versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. » sont remplacés par les mots : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

« b) au treizième alinéa, les mots : « versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir » sont remplacés par les mots « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II ci-dessus » ;

« 6° La quatrième section du chapitre premier du titre VI du livre premier, est complétée par deux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 du présent code et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue par cet article. Ce paiement intervient dans un délai maximum fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non respect de ce délai ouvre droit pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant. » ;

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 du présent code ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 dudit code ;

« 3° S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7 du présent code. » ;

« 7°. - Au premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, ».

« IV. - Les dispositions du 7° entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017. ».

« V - L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie.

EXPOSÉ SOMMAIRE

A l'issue de la concertation qui s'est tenue au cours du 1^{er} trimestre 2015 avec les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le Gouvernement a décidé de préciser les modalités d'extension du tiers payant.

Le présent amendement, qui substitue de nouvelles dispositions à celles prévues initialement à l'article 18 du projet de loi, permet :

-de fixer les étapes du déploiement du tiers payant avec dans un premier temps une phase volontaire pour les patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (ALD et maternité) à compter du 1^{er} juillet 2016 avant de devenir un droit pour les patients au 31 décembre 2016. Dans un second temps, un tiers payant sur la base du volontariat pour l'ensemble des assurés à compter du 1^{er} janvier 2017 sur la base des solutions techniques dégagées par le rapport demandé à l'assurance maladie et aux organismes complémentaires pour le dernier trimestre 2015 dans l'objectif de devenir un droit au 30 novembre 2017 ;

-de fixer les garanties de paiement dans des délais rapides pour les professionnels de santé ;

- de fixer les conditions de bénéfice du tiers-payant pour les assurés ;

- d'adapter les textes actuels relatifs notamment à la prise en charge et au remboursement des dépenses par les caisses de sécurité sociale et au recouvrement des franchises et les participations forfaitaires à la pratique du tiers payant par les professionnels de santé ;

- de simplifier les procédures relatives aux renouvellements et aux modifications des droits des assurés afin de faciliter leur continuité.

- de réaffirmer le rôle majeur de l'assurance maladie dans la gestion des dispositifs de prise en charge des bénéficiaires de l'assurance maladie et lui confie la mission générale de pilotage d'ensemble du tiers payant.

- Sous-amendement n° AS1759 présenté par Mme Laclais, rapporteur, à l'amendement n° AS 1725 (rect.) présenté par le Gouvernement

I. – À la dernière phrase de l'alinéa 5, après le mot :

« rapport »

insérer le mot :

« est »

II. – En conséquence, après le mot :

« santé »

insérer la phrase suivante :

« . Il détermine les solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'amendement de réécriture globale de l'article 18 présenté par le Gouvernement définit, selon un échéancier détaillé, la mise en œuvre du tiers payant et apporte des garanties de paiement et de bonne information, pour les professionnels de santé, de la part des caisses d'assurance maladie.

Ce sous-amendement vise à mieux préciser les garanties qui devront également être fournies aux professionnels de santé par les organismes complémentaires.

En effet, il n'y a aucune raison que la procédure soit plus lourde ou moins sécurisée, pour le professionnel de santé, selon que la part payée par un tiers l'est au titre de la couverture maladie de base ou de la couverture complémentaire.

Le tiers payant réussira parce qu'il sera transparent pour le professionnel de santé : celui-ci doit pouvoir valider les droits à tiers payant du patient "en un seul clic" et ne doit pas avoir à se soucier du statut juridique de son tiers payeur. Ces considérations ne doivent pas interférer dans la relation au patient.

Le présent sous-amendement prévoit donc que le rapport, remis au plus tard le 31 octobre 2015 et qui présente les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire, détermine également les solutions techniques assurant aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement.

d. Examen du texte au cours de la réunion du 18 mars 2015 à 21h30

Article 18 (art. L. 162-5, L. 162-9, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 322-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale) : *Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville*

La Commission examine les amendements de suppression de l'article AS28 et AS446 de M. Jean-Pierre Door, AS569 de M. Fernand Siré, AS832 de M. Bernard Accoyer et AS1096 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Robinet. L'article 18 prévoit la généralisation du tiers payant, mesure phare de ce projet de loi. Le Gouvernement a déposé un amendement mardi dernier en fin d'après-midi ; il n'a été possible de le consulter sur la base Éloi que ce matin et, qui plus est, le Gouvernement l'a depuis modifié. Comme nous siégeons en commission, nous n'avons pas pu étudier les modifications apportées au texte. Une fois de plus, nos conditions de travail sont inacceptables !

Le groupe UMP a déposé des amendements identiques visant à supprimer cet article généralisant le tiers payant. Cela étant, soyons clairs : l'opposition n'adopte pas une position dogmatique sur cette question, contrairement au Gouvernement. Si sa mise en œuvre technique était bien conçue, le tiers payant généralisé pourrait simplifier la vie administrative des médecins. Or le projet gouvernemental soulève plusieurs inquiétudes.

Inquiétude sur le paiement des médecins tout d'abord : madame la ministre, vous avez annoncé il y a une semaine que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) piloterait le dispositif du tiers payant généralisé et prendrait en charge les pénalités découlant d'un non-paiement rapide des médecins. Vous faites reposer l'intégralité de ce système sur la CNAM, alors que les assurances et les mutuelles devraient pouvoir intervenir. Qui plus est, la CNAM va « s'asseoir », passez-moi l'expression, sur un milliard d'euros puisque les franchises n'existeront plus.

Le tiers payant généralisé conduira à une bureaucratisation de la médecine libérale. Sa gestion entraînera un coût de 3,50 euros par acte pour les médecins libéraux, dont le Gouvernement ne propose pas la prise en charge. Cette réforme revient donc à imposer une baisse tarifaire inacceptable, alors que d'autres solutions beaucoup plus souples et modernes comme la carte de paiement santé à débit différé pourraient être déployées.

Affirmer que la généralisation du tiers payant permettra l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens est un argument totalement irrecevable, puisque le tiers payant existe déjà pour nos concitoyens les plus modestes, qui bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU), de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) et de l'aide médicale de l'État (AME).

Vous avez voulu faire de cette mesure le symbole du projet de loi relatif à la santé, mais elle nourrit la contestation de l'ensemble des professionnels libéraux de santé, qui demandent le retrait pur et simple de l'article 18.

M. Jean-Pierre Door. La mesure de généralisation du tiers payant pour l'ensemble des assurés en 2017 est une mesure démagogique et idéologique, et beaucoup moins sociale qu'il n'y paraît, car il ne s'agit pas de médecine gratuite.

Cette mesure pose de nombreuses questions techniques qui font douter de la possibilité de l'appliquer dès 2017. D'ailleurs, le président de la République a averti que les contours de ce dispositif devraient être suffisamment simples pour que l'on puisse le mettre en œuvre. Qui plus est, le tiers payant s'avérera chronophage pour les médecins qui devront vérifier les remboursements et les droits des patients pour éviter de se faire « rouler dans la farine ». Ses difficultés techniques coûteront aux contribuables, aux professionnels de santé, à l'assurance maladie et aux mutuelles. Ainsi, l'assurance maladie devra couvrir les inévitables retards de paiement. Enfin, le coût d'envoi de feuilles de remboursement devrait, à en croire les évaluations réalisées par certains cabinets, être compris entre 3 et 4 euros par acte, ce qui constitue un montant élevé.

Le tiers payant intégral doit rester réservé aux patients qui en ont besoin – c'est déjà le cas pour les patients bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, voire des patients en affection de longue durée (ALD). Si vous maintenez votre article, madame la ministre, veillez au moins à ce que la généralisation du tiers payant s'applique aux soins urgents dans les maisons médicales de garde. Mais surtout, n'imposez pas de décision qui ne recueille ni l'assentiment des Français ni celui des professionnels de santé et continuez la concertation !

M. Fernand Siré. La généralisation du tiers payant modifiera le rapport entre le médecin et le patient. Ce dernier choisit son praticien et doit acquitter un paiement ; le paiement de l'acte par une caisse d'assurance maladie faussera cette relation. Comme le disent les paysans, qui paie, commande !

M. Bernard Accoyer. Nous étudions ces amendements à deux heures trente-quatre dans des conditions choquantes, car il s'agit d'un article très important qui pourrait très rapidement paralyser le système de soins. Madame la ministre, cette mesure n'est rien d'autre qu'une décision politique et un marqueur ; le Gouvernement échouant dans tous les domaines, il cherche à faire passer cette disposition en force. C'est de la folie !

La non-généralisation de l'accès aux soins ne constitue pas un frein à l'accès aux soins puisque la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'AME, l'ACS et l'ALD fonctionnent déjà sous le régime du tiers payant intégral. Les barrières existent aujourd'hui pour la lunetterie, les prothèses dentaires et l'audioprothèse. Dans le corps médical, 90 % des praticiens sont opposés à cette mesure. Comment pourriez-vous continuer à être en charge d'un secteur en suscitant l'opposition frontale de 90 % de ceux qui le font fonctionner ? Cette mesure est insupportable pour les médecins, car elle dévorera leur temps – pensez qu'il leur faudra harceler 500 complémentaires ! – et représentera un coût financier du fait des impayés. En effet, lorsque le tiers payant fut appliqué en pharmacie, on a constaté une explosion de la dépense de médicaments et un impayé moyen de 3 000 euros par mois et par officine. Les médecins devront faire face aux mêmes difficultés, alors qu'ils se trouvent aujourd'hui au bord du *burn-out*. L'entêtement du Gouvernement est proprement irresponsable : les médecins ne veulent pas de cette mesure qui engendrera une inflation des dépenses, une suppression des mécanismes de modération – franchises et ticket modérateur –, une déresponsabilisation des patients, et des conséquences financières négatives pour les professionnels et pour l'assurance maladie. La sécurité sociale devant déjà faire face à un déficit cumulé de 147 milliards d'euros, vous n'avez pas le premier euro pour financer ce caprice politique, madame la ministre !

M. Arnaud Richard. Il faut reconnaître, que l'on soit d'accord ou pas, au Gouvernement que cette mesure met en œuvre un engagement de campagne, ce qui est très rare. La généralisation du tiers payant semble d'ailleurs être l'assurance-vie de Mme la ministre au sein de ce Gouvernement – n'y voyez aucune attaque personnelle, madame la ministre !

L'article 18, dont notre amendement propose la suppression, organise la généralisation du tiers payant pour les consultations en ville. Je ne reviens pas sur la méthode, le dépôt d'amendements de dernière minute, etc. : après tout, certains de vos collègues au Gouvernement font beaucoup mieux que vous, madame la ministre : n'avons-nous pas vu arriver en toute fin de débat sur la loi NOTRe un amendement de quarante-deux pages ?

Mme la ministre. J'ai encore de la marge !

M. Arnaud Richard. Le tiers payant existe déjà pour les personnes précaires couvertes par la CMU, l'ACS ou l'AME ; du reste, les médecins libéraux le pratiquent spontanément en fonction de la situation et pour les actes les plus coûteux. Le projet de loi ne traite de l'accès aux soins que sous cet angle du tiers payant, et aucune réponse n'est accordée pour diminuer le reste à charge, qui atteint parfois des montants insoutenables et qui représente le vrai problème d'accès aux soins.

Qui plus est, la généralisation du tiers payant risque de transformer la carte Vitale en carte de paiement, de déresponsabiliser les patients au regard du coût de leur santé et de déprécier les actes médicaux devenus virtuellement gratuits. Elle générera également une bureaucratisation de la médecine libérale, puisque la gestion et le contrôle des paiements devraient coûter 3,50 euros par acte aux médecins libéraux ; or la prise en charge de ce montant n'est pas assurée. Elle revient donc à imposer une baisse tarifaire inacceptable, alors que le Gouvernement aurait pu développer des solutions souples et modernes comme la carte de paiement santé à débit différé. L'intégration de l'ensemble des complémentaires dans la carte Vitale permettrait de lutter contre les impayés et de simplifier massivement le système d'assurance santé de notre pays.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous sommes pour notre part très favorables à l'instauration d'un tiers payant généralisé et souhaiterions l'accélération de son déploiement, même si l'on comprend que cela puisse poser des difficultés techniques.

Le tiers payant ne revient pas à instaurer la gratuité des soins, il assure simplement l'avance du paiement ; cette mesure ne fera pas disparaître les restes à charge et ne modifiera pas les taux de remboursement.

Pour les gens qui ont les moyens de faire l'avance, le fait de payer n'est en rien un facteur de responsabilisation. En revanche, ceux qui n'ont pas les moyens de faire l'avance des frais renoncent aux soins. Une responsabilisation fondée uniquement sur la capacité à engager une dépense avant son remboursement n'est pas de bonne méthode. Je préfère que l'on insiste sur la prévention afin que l'on ait moins recours à la médecine, et que l'on se penche sur la surconsommation médicamenteuse. On ne doit se contenter d'un système où ceux qui ne peuvent consentir à l'avance des frais renoncent aux soins.

Du reste, les études menées sur les populations bénéficiant déjà du tiers payant montrent que les dépenses de santé finissent par diminuer, parce que le meilleur accès aux soins permet de traiter les maladies lorsqu'elles sont moins avancées. Cela s'avère beaucoup moins coûteux pour la situation sanitaire et pour la protection sociale. Autrement dit, les arguments avancés contre la généralisation du tiers payant sont faux et totalement idéologiques ; en soutenant le Gouvernement, nous défendons un meilleur accès aux soins pour tous qui se traduira, *in fine*, par une diminution des dépenses de santé.

M. Gérard Sebaoun. Les médecins sont responsables d'une incongruité qui dure depuis longtemps dans notre pays : une loi oblige les médecins à télétransmettre ; or une partie des feuilles de maladie restent expédiées sous forme de papier, ce qui coûte douze fois plus cher à la sécurité sociale. Un rapport évalue les économies potentielles à un montant compris entre 70 et 250 millions d'euros en trois ans si tout était télétransmis. Que les médecins appliquent la loi et cessent de refuser de s'équiper – ce phénomène existe même dans les grandes villes, 20 % des médecins parisiens et 9 % de leurs confrères niçois n'étant pas informatisés malgré les aides versées, et se trouve surtout répandu chez les spécialistes qui sont 40 % à enfreindre la loi contre 14 % des généralistes. Cette situation est tout à fait anormale car les médecins ne sont jamais sanctionnés : comme la sanction doit intervenir par voie conventionnelle, il ne se passe rien.

Un fort corporatisme nourrit l'hostilité à cette réforme. De nombreux médecins, les radiologues, les laboratoires acceptent le tiers payant pour des patients ne bénéficiant pas de la CMU, de l'ACS ou de l'AME, des pays étrangers qui nous sont comparables l'ont également mis en œuvre. Je loue le courage de Mme la ministre d'emprunter le chemin de la généralisation du tiers payant et de le déployer en trois ans. Ce n'est pas simple, et de vrais problèmes techniques se posent, ce qui explique que l'on soit amené à prévoir plusieurs étapes d'ici à 2017.

La fédération des radiologues libéraux a souhaité nous rencontrer pour nous dire que lorsqu'ils utilisaient le tiers payant ils rencontraient des difficultés avec les mutuelles pour récupérer 6 % de leurs honoraires.

Le tiers payant n'engendre pas d'augmentation des dépenses. Le directeur du Fonds CMU nous a expliqué que les gens privés de soins rattrapaient un retard lorsqu'ils bénéficiaient de la couverture puis se comportaient comme les autres assurés. Les ayants droit étant des assurés sociaux, il n'est pas normal qu'ils fassent une avance de frais.

Enfin, certains médecins sont arc-boutés contre le tiers payant car ils refusent l'idée que puissent apparaître les dépassements d'honoraires.

Mme Michèle Delaunay. Nous nous trouvons dans une situation particulièrement tendue vis-à-vis du personnel médical et soignant. Ne serait-il pas possible d'agir dans le cadre d'un deuxième acte législatif pour mettre en œuvre la seconde phase de la généralisation du tiers payant ? Cela permettrait de montrer que l'on a pris en considération l'inquiétude des médecins et constituerait une mesure d'apaisement. Madame la ministre, si vous décidiez néanmoins d'en rester à une seule loi pour appliquer cette réforme, je me rallierais à votre position. Je vous demande simplement de réfléchir à ma proposition d'agir en deux temps.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre rôle est de nous préoccuper de la santé de l'ensemble de nos concitoyens et de veiller à ce que les moins fortunés puissent avoir accès à des soins de qualité. La droite soutient que les médecins sont opposés au tiers payant, ce qui n'est pas vrai. Parler ainsi du corps médical s'avère très péjoratif

; si certains praticiens ne soutiennent pas cette mesure, la très grande majorité, et c'est heureux, c'est conforme à leur déontologie, souhaitent soigner tout le monde dans les meilleures conditions. Au demeurant, la sécurité sociale rend les patients solvables et les médecins en profitent car bon nombre de leurs patients, dans ce contexte difficile, seraient incapables de les payer s'ils n'avaient pas la sécurité sociale.

Je ne suis pas étonnée que la droite ne soit pas préoccupée de l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens, puisqu'elle a instauré avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les forfaits, les franchises et les remboursements. Je me félicite que le Gouvernement propose la généralisation du tiers payant. Le président du CNOM n'est pas opposé à cette mesure, mais il exprime des préoccupations légitimes que nous devons prendre en compte : les médecins doivent naturellement être payés dans des délais corrects et les problèmes techniques doivent être résolus. Nous devons saluer le principe de la réforme et les efforts consentis par le Gouvernement pour la mettre en œuvre, et je regrette que cette mesure ne recueille pas l'approbation unanime des députés.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Notre souhait de généraliser le tiers payant ne répond pas à une position dogmatique, mais au souhait d'améliorer la vie de nos concitoyens. Cette mesure permettra de lutter contre les phénomènes de renoncement aux soins, que l'on observe également chez des gens dont les revenus se situent au-dessus des seuils de la CMU-C et de l'ACS. Pour bénéficier de l'ACS, une personne seule doit justifier de ressources ne dépassant pas 970 € par mois – encore avons-nous relevé le plafond par rapport à celui qu'avait fixé l'ancienne majorité. Il est facile d'imaginer qu'une personne percevant un revenu juste un peu plus élevé puisse être confrontée à des difficultés financières pour bénéficier de soins et le tiers payant leur facilitera l'accès aux professionnels de santé. Cela aura des conséquences bénéfiques pour la santé des individus et celle de l'ensemble de la société.

Personne ne nie l'existence de difficultés techniques, mais elles ne doivent pas servir de prétexte pour renoncer ; il convient de se donner les moyens de les résoudre, et le calendrier proposé, qui prévoit une mise en œuvre progressive de la généralisation du tiers payant, constitue la bonne méthode pour réussir.

Enfin, notre discussion montre que c'est la droite qui fait preuve d'idéologie dans ce débat.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ainsi que l'a relevé à juste raison M. Roumegas, la généralisation du tiers payant concerne la dispense de l'avance des frais et n'instaure aucune gratuité. L'argument selon lequel cette mesure enlèverait toute valeur à l'acte médical est totalement vide. Personne n'avance les frais d'une opération à cœur ouvert ou d'une greffe, compte tenu du coût de cette intervention : est-ce à dire que l'acte chirurgical, qui sauve des vies, n'a aucune valeur ?

Contrairement à ce que soutient M. Accoyer, l'application du tiers payant en pharmacie depuis trente-cinq ans n'a pas fait exploser la consommation de médicaments ; le tiers payant ne concerne que les médicaments prescrits par un médecin, et penser que le tiers payant a engendré une augmentation des dépenses de médicaments revient à accuser les médecins de prescrire depuis trente-cinq ans des médicaments inutiles au seul prétexte que leurs patients ne doivent pas acquitter l'avance de frais. C'est un raisonnement absurde ! L'augmentation de la consommation de médicaments – que l'on ne constate plus aujourd'hui, la France rejoignant progressivement ses voisins européens en la matière – a résulté d'un réflexe de prescription qui n'a rien à voir avec le tiers payant !

Mme la ministre. Si le tiers payant est devenu une des mesures de référence de ce projet de loi, le texte ne se limite pas à cela. Reste que c'est un débat important, et j'ai du reste senti quelques nuances dans les positions défendues par les députés de l'opposition : si certains rejettent la généralisation en bloc en criant à l'idéologie, d'autres assurent qu'ils ne sont pas totalement opposés au tiers payant, mais... Tant et si bien qu'il n'est pas toujours facile de comprendre leurs arguments. Peut-être entendent-ils les Français qui, très majoritairement, expriment leur volonté de mettre en place un dispositif qui n'a effectivement rien à voir avec la gratuité – tous les Français cotisent à la Sécurité sociale –, mais qui facilitera leur relation avec leur médecin en leur permettant de ne pas avancer les frais.

Ce n'est pas un caprice de ma part – je ne suis pas femme de caprices –, mais bien un engagement, une volonté de justice et de progrès. Et force est de constater que lorsque l'on défend des mesures de justice et de progrès, on est très vite taxé d'idéologie par l'opposition...

Du reste, si près de 30 % des actes sont d'ores et déjà réalisés en tiers payant, ce ne sont pas forcément ceux qu'a évoqués l'opposition. Ainsi, les ALD n'en font pas partie : si certains professionnels leur appliquent le tiers payant, d'autres se voient opposer des refus de la part de l'assurance maladie. L'ACS non plus n'est pas encore en tiers payant : cette étape supposera d'ailleurs une coordination entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

Contrairement à ce que certains soutiennent parfois, il ne s'agit pas d'une mesure à but uniquement social : le tiers payant social, c'est la CMU. Mais il n'y a pas que les bénéficiaires de la CMU qui peuvent avoir des difficultés, et je ne crois pas que les médecins aient envie d'évaluer à chaque fois la situation financière de leur

patient. Le fait que des gens dont le revenu se situe entre 1 500 et 2 500 euros expriment une attente très forte du tiers payant montre bien que, sans être pauvre, on peut avoir besoin d'être dispensé de l'avance de frais.

Vous avez été très nombreux, sinon unanimes, quelle que soit votre position sur le principe, à souligner la complexité d'un changement d'organisation qui supposera la mise en place d'infrastructures que les médecins ne devront même pas voir : la mise en place du tiers payant sera une affaire de coulisses, de *back-office*, bref, cachée dans le disque dur de l'ordinateur, et l'intervention du praticien devra rester extrêmement simple. J'ai entendu, madame Delaunay, les inquiétudes exprimées par le corps médical ; c'est bien la raison pour laquelle nous avons repris la concertation et c'est ce qui explique que nous vous proposons, par l'amendement AS1725 rectifié, une rédaction de l'article 18 sensiblement différente de celle du projet de loi initial.

Cet amendement détaille une méthode et un calendrier. Il met en place un tiers payant qui sera progressivement étendu à l'ensemble des patients en suivant des étapes identifiées et qui permettront de tester et de roder le système. Plusieurs rapports d'étape sont prévus, dont les conclusions seront intégrées dans la suite de la démarche.

Il n'est évidemment pas acceptable, et cela ne le sera pas davantage demain, que des professionnels ne soient pas payés pour des actes qu'ils réalisent. Une telle situation ne saurait être considérée comme normale par le Gouvernement. C'est pourquoi nous inscrivons dans la loi le principe d'une garantie de paiement au professionnel qui applique ou appliquera le tiers payant dès lors que l'acte fera l'objet d'une télétransmission – c'est important –, ledit paiement devant intervenir dans un délai fixé par décret. Passé ce délai, qui pourrait être de sept jours, une pénalité sera versée au professionnel.

Je précise que ces garanties ne se limiteront pas aux professionnels qui appliqueront le tiers payant à l'avenir ; elles vaudront aussi, sitôt la loi adoptée, pour les actes d'ores et déjà réalisés en tiers payant.

L'amendement prévoit par ailleurs une série de simplifications et pose le principe d'un dispositif technique identifié qui passe par un partenariat renforcé entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires – et cela vaut dès l'étape de l'ACS. Il sera indispensable, au moment où s'engagera la phase de l'extension du tiers payant à tous, que la coopération entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires conduise à la mise en place d'un dispositif respectant les exigences de simplicité, de fiabilité et d'efficacité, et prévoyant un flux unique de paiement vers le professionnel.

L'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires devront me remettre au plus tard le 31 octobre 2015 un rapport définissant les modalités opérationnelles de ce dispositif.

L'amendement AS1725 rectifié reprend la disposition du projet de loi initial prévoyant que l'obligation du tiers payant s'ajoutera aux obligations qui s'imposent aux organismes complémentaires pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés aux contrats responsables.

Par ailleurs, j'ai souhaité évidemment préciser le rôle de l'assurance maladie obligatoire dans la mise en place du tiers payant généralisé. La réussite de cette réforme implique un étroit partenariat entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Il est normal que l'assurance maladie, compte tenu de sa part prépondérante dans les dépenses de santé, ait une responsabilité de premier rang dans la mise en place de cette réforme. Nous devons évidemment faire en sorte que cette part prépondérante soit bien identifiée : c'est ce qui est indiqué dans le V de l'article 18, tel que l'amendement propose de le rédiger.

Enfin, je tiens à réaffirmer clairement que la mise en place du tiers payant ne se traduira par aucun coût supplémentaire pour les médecins ni par aucune mainmise des complémentaires sur les conditions d'exercice ou les modalités de délivrance des soins par les praticiens. La position du Gouvernement n'a pas changé depuis la loi du 27 janvier 2014 relative aux réseaux de soins, qui avait consacré l'indépendance des médecins par rapport aux financeurs.

Tels sont les points que je souhaitais évoquer pour répondre aux observations des uns et des autres, préciser l'esprit dans lequel cette réforme est proposée, les objectifs de progrès et de justice sociale qu'elle poursuit, et les modalités concrètes de sa mise en œuvre opérationnelle auxquelles nous nous devons d'être particulièrement attentifs, pour répondre aux inquiétudes des professionnels. Le tiers payant n'aura de sens que si sa mise en œuvre est réussie, ce qui exigera beaucoup de précautions et un suivi étroit : d'où le calendrier qui vous est proposé dans l'amendement AS1725.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Personne ne sera surpris que je rende un avis défavorable sur les amendements de suppression. J'ai entendu, ici comme ailleurs, que la mise en place du tiers payant pourrait entraîner une augmentation rapide de certaines dépenses. À supposer qu'une augmentation se produise, cela sera dû au fait que des gens sont pour l'heure effectivement amenés à renoncer à certains soins. **N'est-ce pas justice que de leur permettre de se soigner au moment où ils en ont besoin, d'autant que cela se traduira à terme par des dépenses de santé moins élevées pour la collectivité ?** Et si certains expliquent cet emballement des frais médicaux serait le fait de gens inconscients du coût que cela représente pour la collectivité et portés à une consommation déraisonnable, je trouve cela particulièrement désobligeants à l'égard de ces publics qui,

bien que gagnant à peu près correctement leur vie, hésitent, passé le 20 du mois, à aller en consultation, parce qu'ils ne sont pas pris en charge au titre de la CMU ou de l'ACS. Ce n'est pas justice, et nous devons faire progresser les choses dans ce domaine.

Certes, la mise en place d'une telle réforme n'est pas exempte de difficultés. Je me réjouis des avancées qu'apporte sur ce point l'amendement du Gouvernement en termes de calendrier et de garanties. Je m'autoriserai seulement, madame la ministre, à proposer un sous-amendement qui viendra compléter les éléments que vous venez de détailler.

Les amendements AS28, AS446, AS569, AS 832 et AS1096 sont rejetés.

La Commission en vient à l'amendement AS1725 rectifié du Gouvernement, faisant l'objet de deux sous-amendements, AS1751 de M. Arnaud Robinet et AS1759 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement AS1725 rectifié vient de nous être présenté par le Gouvernement.

M. Gilles Lurton. Il y a quelques mois, madame la rapporteure, un responsable de la CMU et de la CMU-C, auteur d'un rapport sur ces organismes, nous a indiqué que 27 % des bénéficiaires de la CMU-C renoncent aux soins bien qu'ils n'aient rien à déboursier pour les recevoir. En quoi le tiers payant changera-t-il quoi que ce soit pour eux ?

Le paiement du médecin sera conditionné à la télétransmission de l'acte à la sécurité sociale, avez-vous dit, madame la ministre. Cette télétransmission se fera *via* la carte Vitale ; or l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale prévoit que cette carte doit être régulièrement mise à jour. Comment le médecin sera-t-il payé si elle ne l'est pas ? De fait, certains patients n'effectuent jamais cette mise à jour que, dans certains cas, personne ne leur demande. Où en est-on, par ailleurs, de la généralisation des cartes Vitale avec photo ? J'ajoute que des personnes continuent à utiliser leur carte Vitale bien qu'elles ne cotisent plus, pour une raison ou une autre. Comment le dispositif est-il contrôlé ? De réelles questions, on le voit, se posent sur l'utilisation de cette carte.

Mme la ministre. Le délai de paiement sera effectivement garanti dès lors que l'acte aura été télétransmis, et non envoyé sous forme papier. Mais au bout du compte, le médecin sera de toute façon payé.

Quant aux modalités techniques, la nature de la carte reste bien entendu à définir : le tiers payant n'a pas vocation à s'appliquer du jour au lendemain avec le système actuel ; d'où la montée en charge par étapes, ce qui permettra de mettre au point les dispositifs techniques adéquats. À terme, le médecin n'aura qu'à télétransmettre les actes – *via* une carte qui sera peut-être la carte Vitale du futur – pour être remboursé par les organismes primaires et complémentaires.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Aujourd'hui, le patient fait l'avance ; lorsqu'un médecin lui signale que sa carte Vitale n'est pas à jour, le même patient, souvent, va effectuer cette mise à jour à la pharmacie d'à côté. La quasi-totalité des pharmacies sont équipées. La solution existe donc déjà, monsieur Lurton.

M. Gilles Lurton. Quel intérêt les patients auront-ils à faire ce genre de démarche s'ils n'ont plus rien à payer ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ils y seront bien obligés : s'ils refusent, le médecin n'acceptera pas le tiers payant...

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je me souviens de l'audition à laquelle vous avez fait allusion, monsieur Lurton. Les considérations financières n'expliquent pas à elles seules le fait que certains de nos concitoyens renoncent aux soins, nous en sommes bien d'accord. Au demeurant, ce ne sont pas 27 %, mais 4 % de bénéficiaires de la CMU-C qui y renoncent ; mais combien seraient-ils si le dispositif n'existait pas ? Voilà la vraie question à poser. Bref, il faut lever tous les obstacles – pas seulement financiers, donc – qui empêchent l'accès aux soins.

M. Arnaud Richard. Sur les quelque 1 600 amendements dont nous sommes saisis, de 300 à 400 sont d'ores et déjà tombés : ce gain de temps justifierait, ce me semble, d'assouplir la règle dont nous sommes convenus pour l'organisation de nos travaux, afin de nous arrêter plus longuement sur les sujets d'importance.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ne suis-je pas précisément en train de vous donner satisfaction ?

M. Arnaud Richard. Tout à fait, et je vous en remercie.

La généralisation du tiers payant était un engagement de campagne ; j'imagine donc que vos services y travaillent depuis au moins deux ans. S'est ensuite engagé le travail législatif proprement dit, avec la concertation et l'examen en Conseil d'État. Pourquoi donc nous avoir présenté votre amendement l'avant-veille de l'examen du texte en commission ? Pourquoi ne pas avoir eu l'intelligence de proposer cette version dès le départ ? Faut-il y voir un recul face à la pression des professionnels de santé ? Il n'y aurait rien de honteux à l'assumer... Au cours des auditions que nous avons menées, j'ai rarement senti une telle nervosité parmi les acteurs de santé. On peut toujours avancer que certains d'entre eux sont de mauvaise foi, mais un tel

niveau d'incompréhension ne laisse pas d'interroger, même si j'espère, dans l'intérêt de notre pays, que les choses se débloquent.

Mme la ministre. L'introduction de la généralisation du tiers payant dans le présent texte date de la mi-2013. Les acteurs – y compris ceux qui, depuis, ont fait part de leurs inquiétudes – étaient alors très nombreux à la soutenir. Les inquiétudes, grandissantes à l'approche de l'examen du texte, portent sans doute, au demeurant, sur des considérations plus générales, touchant à l'avenir des professions concernées ; reste que la concertation a eu lieu, notamment sur les aspects techniques qui soulevaient de légitimes questions. Je me réjouis qu'elle porte aujourd'hui ses fruits.

M. Arnaud Robinet. Le sous-amendement AS1751 est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1751 tend à supprimer les alinéas 4, 6 et 7 de l'amendement AS1725 rectifié, qui précisément détaillent les étapes de mise en œuvre. Cette proposition peut surprendre, car nous nous sommes tous félicités de cette progressivité. Avis défavorable.

Mon sous-amendement AS1759 précise les garanties qui devront être fournies aux professionnels de santé par les organismes complémentaires. Il n'y a aucune raison que la procédure soit plus lourde ou moins sécurisée, pour le professionnel de santé, selon que la part payée l'est au titre de la couverture de base ou de la couverture complémentaire.

Le rapport qui devra être remis au 31 octobre 2015, devra donc également déterminer les solutions techniques assurant aux professionnels de santé la simplicité d'utilisation, la lisibilité du droit et la garantie de paiement, quelles que soient les parts respectivement couvertes par les régimes obligatoires et complémentaires.

Mme la ministre. Avis favorable au sous-amendement AS1759.

La Commission rejette le sous-amendement AS1751.

Elle adopte le sous-amendement AS1759.

Puis elle adopte l'amendement AS1725 rectifié sous-amendé.

En conséquence, l'article 18 est ainsi rédigé et tous les autres amendements déposés sur l'article tombent.

La séance est levée à trois heures trente.

e. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015

Chapitre III

Garantir l'accès aux soins

Article 18

(art. L. 133-4, L. 161-1-4, L. 161-36-3 et L. 161-36-4 [nouveaux], L. 162-5, L. 162-9, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 315-1, L. 322-1, L. 322-2 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale)
Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville

L'article 18 vise à dispenser les assurés d'avancer les frais des consultations de médecine de ville à la hauteur des montants faisant l'objet de remboursements par l'assurance maladie et par les organismes complémentaires.

Il définit donc, dans le but de lever les obstacles à l'accès aux soins, les conditions de généralisation de la technique du « tiers payant » qui est déjà appliquées par de nombreux professionnels de santé.

1. Praticé de manière étendue, le tiers payant doit être généralisé

L'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale prévoit que « la part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie (...) est remboursée (...) directement à l'assuré », ce qui présuppose une avance des frais par le patient. Mais la loi ou les conventions médicales prévoient de nombreux cas de dispense d'avance de frais, au point que, dans la pratique, le tiers-payant concerne plus de 70 % des montants des prestations. On peut recenser une quinzaine de cas de dispense d'avance de frais et les médecins libéraux ont la capacité de l'accorder sans qu'il existe pour autant de mise en cohérence nationale.

• *Le tiers payant est pratiqué par de nombreux professionnels de santé*

Le tiers payant est ainsi de droit à l'hôpital, l'article L. 162-21-1 prévoyant, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie la « dispense de l'avance des frais d'hospitalisation » pour les établissements de santé publics ou privés sous convention avec l'assurance maladie.

Il est applicable dans les centres de santé : l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale prévoit que « les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie ».

Le tiers payant est également de droit pour de nombreux actes de prévention : dépistages organisés à l'occasion des campagnes publiques, examens bucco-dentaires de prévention prodigués aux enfants à six ans et à douze ans, délivrance du vaccin antigrippal pour les populations les plus à risque...

Le tiers payant est d'ores et déjà en cours de généralisation pour les assurés les plus modestes pour la couverture de base comme pour la couverture complémentaire : ce tiers payant « intégral » est de droit pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaires (CMU-C) conformément à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. Il est étendu aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, applicable le 1^{er} juillet 2016.

En outre la couverture spécifique des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) prévoit également le tiers payant pour les soins prodigués à la victime, à l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale.

Pour la part relevant de l'assurance maladie, la généralisation du tiers payant ne nécessite donc pas de modifier les dispositions applicables à ces différentes situations.

Des aménagements de l'obligation d'avancer les frais de santé appelés à être remboursés sont également prévus par des conventions conclues entre l'assurance maladie et les professions de santé. Concernant les médecins, l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale prévoit que la convention médicale détermine « 2° bis, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ».

La convention médicale signée le 26 juillet 2011 prévoit par exemple le tiers payant pour les actes particulièrement coûteux inscrits dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; le tiers payant est également de droit dans le cadre de la permanence des soins, sur la seule part des remboursements pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Cette convention prévoit par ailleurs le principe du « tiers payant social » à destination des bénéficiaires de l'ACS, pour la seule part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : le tiers payant intégral prévu par loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, déjà mentionnée, s'y substituera. On relève également que les patients qui avaient choisi leurs anciens médecins « référent » comme médecin traitant bénéficient encore de la dispense d'avance de frais accordée dans le cadre de l'option conventionnelle « médecin référent », clôturée en 2005.

Les conventions régissant les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes prévoient la faculté pour le professionnel d'accepter une dispense d'avance de frais par paiement différé de ses honoraires par l'assurance maladie, en fonction des situations locales. Des accords locaux avec les caisses primaires d'assurance maladie ont parfois visé à élargir ces dispositifs. Les conventions régissant les différentes catégories d'auxiliaires médicaux ont également prévu différents cas de tiers payant, soit laissés à l'appréciation du professionnel, soit restreints aux seuls actes faisant l'objet d'un remboursement à 100 %.

Concernant les pharmacies d'officine, le 4° de l'article 162-14-1 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions entre l'assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine prévoit que la convention détermine « les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance de frais ». La pratique du tiers payant est extrêmement développée, mais différenciée selon que le patient accepte ou non la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique, selon le principe « tiers payant contre génériques », prévu par l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

Enfin le tiers payant est aujourd'hui systématique dans les laboratoires privés d'analyses médicales, sur une base conventionnelle ancienne, initiée dès 1994.

L'objectif de généralisation concerne donc essentiellement, aujourd'hui, les soins fournis par la médecine de ville, comme l'indique le tableau ci-après.

TAUX D'ACTES FACTURÉS EN TIERS-PAYANT EN 2012 (HORS CMU ET AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE)

| | |
|----------------------------------|--|
| Médecins généralistes | 14,2 % (secteur 1) 4,9 % (secteur 2) |
| Médecins spécialistes cliniques | 20,5 % (secteur 1) 12,6 % (secteur 2) |
| Médecins spécialistes techniques | 42,3 % (secteur 1) |

| | |
|----------------------------|--------------------|
| | 23,8 % (secteur 2) |
| Laboratoires | 99 % |
| Infirmiers | 84 % |
| Masseurs kinésithérapeutes | 55,6 % |
| Orthophonistes | 71 % |
| Sages-femmes | 38,1 % |
| Chirurgiens-dentistes | 17,4 % |

Données CNAMTS – Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012.

• *Les avantages du tiers payant ne font pas de doute*

Sur le fond, la généralisation du tiers-payant paraît justifiée à votre rapporteure : le patient a en effet déjà « payé » une première fois la part des soins prise en charge par l'assurance maladie, au travers de ses cotisations ou des impôts affectés au financement de l'assurance maladie ; de même, pour la part remboursée par les organismes complémentaires, lorsqu'il cotise.

Le spectre de la « gratuité » et d'un recours inflationniste aux soins inutiles est illusoire. Le tiers payant constitue en revanche un excellent révélateur des pratiques de « dépassements » d'honoraires par certains professionnels et contribuera donc à les modérer.

Un effet de hausse transitoire et mesurée des dépenses de santé est bel et bien recherché par la mesure : en levant la contrainte de trésorerie, le tiers payant va diminuer les situations de renoncement aux soins utiles. Le droit au soin au moment où le besoin en est ressenti sera enfin effectif et permettra d'éviter, à terme, les dépenses plus lourdes occasionnées par le traitement des affections qui n'ont pas été prises en charge au bon moment.

La généralisation du tiers payant améliorera l'attractivité des soins de ville : une part des sollicitations actuelles de l'hôpital public est en effet motivée par le fait que le patient n'a pas à y avancer les frais. On peut donc raisonnablement attendre un report, à terme, vers la prise en charge ambulatoire.

Enfin le tiers payant dispensera les médecins d'avoir à apprécier l'état de disponibilité financière des patients dans les conditions, largement aléatoires, prévues par la convention médicale du 26 juillet 2011 qui se contente de « *permettre ponctuellement, pour les patients qui le nécessiteraient la dispense d'avance de frais selon l'appréciation du médecin traitant* ».

2. La mise en œuvre conventionnelle envisagée initialement

Dans le texte du projet de loi déposé par le Gouvernement, l'article 18 renvoie la définition des modalités de mise œuvre du tiers payant aux différentes conventions conclues entre l'assurance maladie et les représentants des professions médicales.

Au préalable, le II de l'article 18 modifie l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale, dont la rédaction actuelle prévoit que la part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie est « remboursée » au professionnel de santé : il est désormais indiqué qu'elle est « *versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée* ». L'ordre des priorités est ainsi clairement indiqué.

Les situations de remboursement sont appelées à perdurer pour les cas où le tiers payant ne sera pas applicable. Il s'agit principalement des situations de non-respect du parcours de soins défini à l'article L. 162-5-3, c'est-à-dire du choix d'un médecin traitant et de l'obligation de consulter ce dernier préalablement à toute consultation d'un médecin pour lequel la faculté d'accès direct n'a pas été prévue. Le 3° du I indique donc, dans un 7° de l'article L. 162-14-1 que l'application du tiers payant est subordonnée au respect du parcours de soins conformément à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.

Mais l'obligation de respecter ce parcours est elle-même assortie d'exceptions définies au dernier alinéa de cet article et qui s'appliqueront également au tiers payant : il sera donc toujours de droit pour des consultations réalisées auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie mais justifiées par l'urgence, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où l'assuré social réside de façon stable et durable.

Les autres dispositions du I de l'article 18 font figurer les modalités du tiers payant dans le champ du contenu obligatoire des conventions conclues entre l'assurance maladie et les différentes professions de santé.

Le 3° du I modifie l'article L. 162-14-1 qui prévoit les dispositions communes à différentes catégories de conventions conclues avec l'assurance maladie par :

– Les différentes catégories de médecins, par renvoi aux conventions mentionnées à l'article L. 162-5 ;

- les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, régis par les conventions mentionnées l'article L. 162-9 ;
- les infirmiers, par renvoi à l'article L. 162-12-2 ;
- les masseurs-kinésithérapeutes, par renvoi à l'article L. 162-12-9 ;
- les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, par renvoi aux conventions mentionnées à l'article L. 162-14 ;
- enfin les entreprises de transports sanitaires, visées à l'article L. 322-5-2.

Les conventions applicables à chacune de ces professions devront désormais toutes prévoir expressément « *les modalités du tiers payant permettant de dispenser l'assuré social de payer directement aux professionnels de santé la part des honoraires prise en charge par l'assurance maladie* », comme l'indique désormais un 7° de l'article L. 162-4-1, ainsi que « *le cas échéant, les modalités permettant de dispenser l'assuré social de payer directement aux professionnels de santé la part des honoraires prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire, lorsqu'un mécanisme de tiers payant est mis en place par ces organismes* », comme le prévoit un 8° de cet article, également inséré par le présent article.

En conséquence, le 1° et le 2° du I abrogent les dispositions spécifiques figurant déjà dans deux de ces conventions et désormais satisfaites par la définition des règles applicables à l'ensemble des professions médicales. Le 1° abroge ainsi le 2° bis de l'article L. 162-5 qui autorise les conventions applicables aux médecins à déterminer « le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ». Et le 2° abroge le 4° de l'article L. 162-9 qui prévoit le tiers payant pratiqué par les chirurgiens-dentistes pour la part relevant de l'assurance maladie.

La convention régissant les activités des pharmaciens n'étant pas visée par l'article L. 162-14-1, le 4° modifie les dispositions particulières qui leur sont applicables, définies à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

Concernant les centres de santé, qui pratiquent le tiers payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie en application d'une disposition expresse de l'article 162-32 du code de la sécurité sociale, le 5° modifie l'article L. 162-32-1 relatif à l'accord régissant les rapports entre l'assurance maladie et ces centres. Un 7° est inséré qui prévoit que l'accord doit désormais obligatoirement définir les conditions du tiers payant pour la part complémentaire.

Enfin le III modifie l'article L. 871-1 qui définit les conditions que doivent remplir les contrats de couverture maladie complémentaire pour être qualifiés de « responsables » et être éligibles à un taux réduit de taxe supplémentaire sur les contrats d'assurance : ces contrats devront donc permettre à l'assuré « *de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur du tarif des prestations servant de base au calcul de la prise en charge par l'assurance maladie* ».

Il n'est donc pas instauré d'obligation pour l'ensemble des contrats complémentaires de proposer un remboursement par tiers payant mais le dispositif des contrats responsables constituera une incitation forte en ce sens : la pratique du tiers payant conditionnera le bénéfice des aides fiscales et sociales qui y sont attachées.

Le IV prévoit l'entrée en vigueur de ce III à compter du 1^{er} janvier 2017 : il s'agit de la seule indication figurant dans la loi du calendrier d'entrée en vigueur de la réforme.

Par ailleurs, votre rapporteure relève que l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale n'est pas modifié par le projet de loi.

Cet article définit les « *principes déontologiques fondamentaux* » établis « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique* » afin d'assurer le « *respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins* ». Or il mentionne « *le paiement direct des honoraires par le malade* » aux côtés du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, de la liberté d'installation du médecin et du secret professionnel... Une telle assertion est d'ores et déjà sans rapport avec la réalité, au regard de la pratique actuelle du tiers payant, qui établit un paiement indirect du médecin, par la médiation de l'assureur. Cette assertion est en outre manifestement contradictoire avec l'objectif de généralisation du tiers payant à la médecine de ville.

3. Les modifications apportées par la Commission des affaires sociales

La généralisation du tiers payant par la voie des conventions conclues entre les différentes professions et l'assurance maladie était présentée comme une garantie d'appropriation du dispositif par les professionnels. Mais la généralisation du tiers payant a suscité des interrogations persistantes pour de nombreux médecins qui font état de retard de paiement ou d'impayés dans le cadre de certains des mécanismes actuels de tiers payant.

Les trois systèmes de tiers payant techniquement possibles

- L'assurance maladie est le payeur unique du professionnel de santé : le professionnel de santé envoie sa feuille de soins électronique à l'assurance maladie obligatoire qui lui rembourse la totalité (part base et part

complémentaire) puis se retourne vers l'organisme complémentaire pour obtenir le remboursement de la part avancée par elle pour le compte de celui-ci.

– L'assurance maladie est le destinataire unique des factures puis transfère la facture de la part complémentaire vers les organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce dispositif a été mis en place par certains accords locaux de tiers payant. Le professionnel reçoit des remboursements distincts pour la part obligatoire de base et la part complémentaire. La simultanéité des remboursements peut être envisagée mais n'est pas garantie.

– L'éclatement des flux « à la source » : le professionnel envoie directement la facture de la part obligatoire à l'assurance maladie obligatoire et celle de la part complémentaire à l'assurance maladie complémentaire. Ce modèle a été choisi par les professions qui pratiquent le tiers payant intégral de manière massive : pharmacies, centres d'imagerie médicale, laboratoires d'analyses médicales. Mais, du fait de la multiplicité des organismes de complémentaire santé, ces professions ont le plus souvent recours à des intermédiaires techniques spécialisés, les organismes concentrateurs techniques (OCT) qui se chargent de l'adressage des factures aux complémentaires et de la gestion des rejets.

La rapporteure ne doute pas de la possibilité d'aboutir à un système simple et fiable : les caisses primaires d'assurance maladie effectuent d'ores et déjà sans difficultés des paiements aux professionnels de santé libéraux, au titre du tiers payant, pour des montants qui dépassaient, en 2012, 10,2 milliards d'euros. La généralisation du tiers payant, au plan technique, ne saurait constituer un défi insurmontable, au regard des évolutions connues par l'assurance maladie en matière de télétransmission, grâce à la carte vitale, et, plus globalement, en raison des progrès des systèmes d'informations.

Mais il paraît indispensable d'apporter, dans la loi, des clarifications et des garanties supplémentaires.

La mise en œuvre du tiers payant requiert en effet la présence des garanties permettant d'éviter :

- les risques de trésorerie pour les médecins, en raison de délais de paiement excessifs ;
- les difficultés d'identification des droits du patient causés par des changements d'affiliation à une couverture de base ou d'adhésion à une couverture complémentaire ;
- les défauts de paiement des actes dispensés en cas de contestation ultérieure des droits du patient par l'organisme tiers payeur ;
- les charges administratives liées à l'émission de factures et à la réception de paiements en lien avec des interlocuteurs différents.

Aussi, la Commission des affaires sociales a adopté un amendement du Gouvernement, sous-amendé par la rapporteure, qui précise les modalités d'extension du tiers payant en tirant le bilan de la concertation qui s'est tenue depuis le début de l'année 2015 avec les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Cet amendement établit au I de l'article 18 le calendrier d'une extension progressive du tiers payant. Celle-ci concernera dans un premier temps les patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, au titre d'une affection de longue durée ou de l'assurance maternité : les médecins pourront leur proposer le tiers payant à compter du 1er juillet 2016, puis devront accepter le tiers payant, si ces patients le demandent, au 31 décembre 2016. De la même façon, un tiers payant sur la base du volontariat est prévu pour l'ensemble des assurés à compter du 1er janvier 2017, et devient un droit pour les patients au 30 novembre 2017.

Les solutions techniques seront définies conjointement par l'assurance maladie et les organismes complémentaires : un rapport, établi par ces organismes au plus tard le 31 octobre 2015, devra présenter les modalités de mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Le sous-amendement de la rapporteure a précisé que ce rapport détermine également les solutions techniques assurant aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement.

En outre, l'amendement du Gouvernement insère un V à l'article 18 qui prévoit que l'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant et assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs.

En conséquence, les dispositions du I et du II de l'article 18 dans la rédaction initiale renvoyant la définition de ces étapes aux conventions médicales sont supprimées. La définition directe du mécanisme du tiers payant figure dans un II bis qui modifie plusieurs articles du code de la sécurité sociale.

Un article L. 161-36-3, nouveau, définit les conditions d'application du tiers payant par le professionnel de santé, et les garanties apportées au titre du paiement dû par l'assurance maladie. Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte vitale. Ce paiement intervient dans un délai maximum fixé par décret, et qui devrait

être de sept jours. Il est précisé que le non-respect de ce délai ouvre droit pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret. En outre l'article prévoit une obligation de transparence sur les délais moyens de paiement de chaque caisse primaire d'assurance maladie.

Aux articles L. 133-4 et L. 322-2, les conditions de récupération de la participation forfaitaire et de la franchise médicale sont définies: elle peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie ou prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir.

Un article L. 161-36-4, nouveau, récapitule les obligations que doit remplir l'assuré pour bénéficier du tiers payant : présenter la carte vitale au professionnel de santé, avoir donné à l'assurance maladie une autorisation de prélèvement sur son compte bancaire ou avoir expressément renoncé à cette autorisation, respecter le parcours coordonné de santé, et, pour la délivrance des médicaments, accepter la substitution des génériques.

En outre, une modification de l'article L. 315-1 définit les modalités de transmission du dossier relatif au protocole des patients en ALD entre médecins conseil, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie : il s'agit d'assurer une bonne continuité de la prise en charge de l'ALD et donc le maintien de la mise en œuvre du tiers payant.

Par ailleurs, des améliorations sont apportées à l'article L. 161-1-4 qui définit les cas de suspension des prestations lorsqu'une personne ne produit pas les justificatifs réclamés par les organismes de sécurité sociale. Cette suspension sera restreinte aux seules circonstances de non fourniture des justificatifs pouvant attester que la personne remplit bien la condition de résidence afin de réduire les situations de discontinuité des droits aux prestations en nature et donc d'améliorer la garantie de paiement du médecin.

*

La Commission examine les amendements de suppression de l'article AS28 et AS446 de M. Jean-Pierre Door, AS569 de M. Fernand Siré, AS832 de M. Bernard Accoyer et AS1096 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Robinet. L'article 18 prévoit la généralisation du tiers payant, mesure phare de ce projet de loi. Le Gouvernement a déposé un amendement mardi dernier en fin d'après-midi ; il n'a été possible de le consulter sur la base Éloi que ce matin et, qui plus est, le Gouvernement l'a depuis modifié. Comme nous siégeons en commission, nous n'avons pas pu étudier les modifications apportées au texte. Une fois de plus, nos conditions de travail sont inacceptables !

Le groupe UMP a déposé des amendements identiques visant à supprimer cet article généralisant le tiers payant. Cela étant, soyons clairs : l'opposition n'adopte pas une position dogmatique sur cette question, contrairement au Gouvernement. Si sa mise en œuvre technique était bien conçue, le tiers payant généralisé pourrait simplifier la vie administrative des médecins. Or le projet gouvernemental soulève plusieurs inquiétudes.

Inquiétude sur le paiement des médecins tout d'abord : madame la ministre, vous avez annoncé il y a une semaine que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) piloterait le dispositif du tiers payant généralisé et prendrait en charge les pénalités découlant d'un non-paiement rapide des médecins. Vous faites reposer l'intégralité de ce système sur la CNAM, alors que les assurances et les mutuelles devraient pouvoir intervenir. Qui plus est, la CNAM va « s'asseoir », passez-moi l'expression, sur un milliard d'euros puisque les franchises n'existeront plus.

Le tiers payant généralisé conduira à une bureaucratisation de la médecine libérale. Sa gestion entraînera un coût de 3,50 euros par acte pour les médecins libéraux, dont le Gouvernement ne propose pas la prise en charge. Cette réforme revient donc à imposer une baisse tarifaire inacceptable, alors que d'autres solutions beaucoup plus souples et modernes comme la carte de paiement santé à débit différé pourraient être déployées.

Affirmer que la généralisation du tiers payant permettra l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens est un argument totalement irrecevable, puisque le tiers payant existe déjà pour nos concitoyens les plus modestes, qui bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU), de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) et de l'aide médicale de l'État (AME).

Vous avez voulu faire de cette mesure le symbole du projet de loi relatif à la santé, mais elle nourrit la contestation de l'ensemble des professionnels libéraux de santé, qui demandent le retrait pur et simple de l'article 18.

M. Jean-Pierre Door. La mesure de généralisation du tiers payant pour l'ensemble des assurés en 2017 est une mesure démagogique et idéologique, et beaucoup moins sociale qu'il n'y paraît, car il ne s'agit pas de médecine gratuite.

Cette mesure pose de nombreuses questions techniques qui font douter de la possibilité de l'appliquer dès 2017. D'ailleurs, le président de la République a averti que les contours de ce dispositif devraient être suffisamment simples pour que l'on puisse le mettre en œuvre. Qui plus est, le tiers payant s'avèrera

chronophage pour les médecins qui devront vérifier les remboursements et les droits des patients pour éviter de se faire « rouler dans la farine ». Ses difficultés techniques coûteront aux contribuables, aux professionnels de santé, à l'assurance maladie et aux mutuelles. Ainsi, l'assurance maladie devra couvrir les inévitables retards de paiement. Enfin, le coût d'envoi de feuilles de remboursement devrait, à en croire les évaluations réalisées par certains cabinets, être compris entre 3 et 4 euros par acte, ce qui constitue un montant élevé.

Le tiers payant intégral doit rester réservé aux patients qui en ont besoin – c'est déjà le cas pour les patients bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, voire des patients en affection de longue durée (ALD). Si vous maintenez votre article, madame la ministre, veillez au moins à ce que la généralisation du tiers payant s'applique aux soins urgents dans les maisons médicales de garde. Mais surtout, n'imposez pas de décision qui ne recueille ni l'assentiment des Français ni celui des professionnels de santé et continuez la concertation !

M. Fernand Siré. La généralisation du tiers payant modifiera le rapport entre le médecin et le patient. Ce dernier choisit son praticien et doit acquitter un paiement ; le paiement de l'acte par une caisse d'assurance maladie faussera cette relation. Comme le disent les paysans, qui paie, commande !

M. Bernard Accoyer. Nous étudions ces amendements à deux heures trente-quatre dans des conditions choquantes, car il s'agit d'un article très important qui pourrait très rapidement paralyser le système de soins. Madame la ministre, cette mesure n'est rien d'autre qu'une décision politique et un marqueur ; le Gouvernement échouant dans tous les domaines, il cherche à faire passer cette disposition en force. C'est de la folie !

La non-généralisation de l'accès aux soins ne constitue pas un frein à l'accès aux soins puisque la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'AME, l'ACS et l'ALD fonctionnent déjà sous le régime du tiers payant intégral. Les barrières existent aujourd'hui pour la lunetterie, les prothèses dentaires et l'audioprothèse. Dans le corps médical, 90 % des praticiens sont opposés à cette mesure. Comment pourriez-vous continuer à être en charge d'un secteur en suscitant l'opposition frontale de 90 % de ceux qui le font fonctionner ? Cette mesure est insupportable pour les médecins, car elle dévorera leur temps – pensez qu'il leur faudra harceler 500 complémentaires ! – et représentera un coût financier du fait des impayés. En effet, lorsque le tiers payant fut appliqué en pharmacie, on a constaté une explosion de la dépense de médicaments et un impayé moyen de 3 000 euros par mois et par officine. Les médecins devront faire face aux mêmes difficultés, alors qu'ils se trouvent aujourd'hui au bord du *burn-out*. L'entêtement du Gouvernement est proprement irresponsable : les médecins ne veulent pas de cette mesure qui engendra une inflation des dépenses, une suppression des mécanismes de modération – franchises et ticket modérateur –, une déresponsabilisation des patients, et des conséquences financières négatives pour les professionnels et pour l'assurance maladie. La sécurité sociale devant déjà faire face à un déficit cumulé de 147 milliards d'euros, vous n'avez pas le premier euro pour financer ce caprice politique, madame la ministre !

M. Arnaud Richard. Il faut reconnaître, que l'on soit d'accord ou pas, au Gouvernement que cette mesure met en œuvre un engagement de campagne, ce qui est très rare. La généralisation du tiers payant semble d'ailleurs être l'assurance-vie de Mme la ministre au sein de ce Gouvernement – n'y voyez aucune attaque personnelle, madame la ministre !

L'article 18, dont notre amendement propose la suppression, organise la généralisation du tiers payant pour les consultations en ville. Je ne reviens pas sur la méthode, le dépôt d'amendements de dernière minute, etc. : après tout, certains de vos collègues au Gouvernement font beaucoup mieux que vous, madame la ministre : n'avons-nous pas vu arriver en toute fin de débat sur la loi NOTRe un amendement de quarante-deux pages ?

Mme la ministre. J'ai encore de la marge !

M. Arnaud Richard. Le tiers payant existe déjà pour les personnes précaires couvertes par la CMU, l'ACS ou l'AME ; du reste, les médecins libéraux le pratiquent spontanément en fonction de la situation et pour les actes les plus coûteux. Le projet de loi ne traite de l'accès aux soins que sous cet angle du tiers payant, et aucune réponse n'est accordée pour diminuer le reste à charge, qui atteint parfois des montants insoutenables et qui représente le vrai problème d'accès aux soins.

Qui plus est, la généralisation du tiers payant risque de transformer la carte Vitale en carte de paiement, de déresponsabiliser les patients au regard du coût de leur santé et de déprécier les actes médicaux devenus virtuellement gratuits. Elle générera également une bureaucratisation de la médecine libérale, puisque la gestion et le contrôle des paiements devraient coûter 3,50 euros par acte aux médecins libéraux ; or la prise en charge de ce montant n'est pas assurée. Elle revient donc à imposer une baisse tarifaire inacceptable, alors que le Gouvernement aurait pu développer des solutions souples et modernes comme la carte de paiement santé à débit différé. L'intégration de l'ensemble des complémentaires dans la carte Vitale permettrait de lutter contre les impayés et de simplifier massivement le système d'assurance santé de notre pays.

M. Jean-Louis Roume gas. Nous sommes pour notre part très favorables à l'instauration d'un tiers payant généralisé et souhaiterions l'accélération de son déploiement, même si l'on comprend que cela puisse poser des difficultés techniques.

Le tiers payant ne revient pas à instaurer la gratuité des soins, il assure simplement l'avance du paiement ; cette mesure ne fera pas disparaître les restes à charge et ne modifiera pas les taux de remboursement.

Pour les gens qui ont les moyens de faire l'avance, le fait de payer n'est en rien un facteur de responsabilisation. En revanche, ceux qui n'ont les moyens de faire l'avance des frais renoncent aux soins. Une responsabilisation fondée uniquement sur la capacité à engager une dépense avant son remboursement n'est pas de bonne méthode. Je préfère que l'on insiste sur la prévention afin que l'on ait moins recours à la médecine, et que l'on se penche sur la surconsommation médicamenteuse. On ne doit se contenter d'un système où ceux qui ne peuvent consentir à l'avance des frais renoncent aux soins.

Du reste, les études menées sur les populations bénéficiant déjà du tiers payant montrent que les dépenses de santé finissent par diminuer, parce que le meilleur accès aux soins permet de traiter les maladies lorsqu'elles sont moins avancées. Cela s'avère beaucoup moins coûteux pour la situation sanitaire et pour la protection sociale. Autrement dit, les arguments avancés contre la généralisation du tiers payant sont faux et totalement idéologiques ; en soutenant le Gouvernement, nous défendons un meilleur accès aux soins pour tous qui se traduira, *in fine*, par une diminution des dépenses de santé.

M. Gérard Sebaoun. Les médecins sont responsables d'une incongruité qui dure depuis longtemps dans notre pays : une loi oblige les médecins à télétransmettre ; or une partie des feuilles de maladie restent expédiées sous forme de papier, ce qui coûte douze fois plus cher à la sécurité sociale. Un rapport évalue les économies potentielles à un montant compris entre 70 et 250 millions d'euros en trois ans si tout était télétransmis. Que les médecins appliquent la loi et cessent de refuser de s'équiper – ce phénomène existe même dans les grandes villes, 20 % des médecins parisiens et 9 % de leurs confrères niçois n'étant pas informatisés malgré les aides versées, et se trouve surtout répandu chez les spécialistes qui sont 40 % à enfreindre la loi contre 14 % des généralistes. Cette situation est tout à fait anormale car les médecins ne sont jamais sanctionnés : comme la sanction doit intervenir par voie conventionnelle, il ne se passe rien.

Un fort corporatisme nourrit l'hostilité à cette réforme. De nombreux médecins, les radiologues, les laboratoires acceptent le tiers payant pour des patients ne bénéficiant pas de la CMU, de l'ACS ou de l'AME, des pays étrangers qui nous sont comparables l'ont également mis en œuvre. Je loue le courage de Mme la ministre d'emprunter le chemin de la généralisation du tiers payant et de le déployer en trois ans. Ce n'est pas simple, et de vrais problèmes techniques se posent, ce qui explique que l'on soit amené à prévoir plusieurs étapes d'ici à 2017.

La fédération des radiologues libéraux a souhaité nous rencontrer pour nous dire que lorsqu'ils utilisaient le tiers payant ils rencontraient des difficultés avec les mutuelles pour récupérer 6 % de leurs honoraires.

Le tiers payant n'engendre pas d'augmentation des dépenses. Le directeur du Fonds CMU nous a expliqué que les gens privés de soins rattrapaient un retard lorsqu'ils bénéficiaient de la couverture puis se comportaient comme les autres assurés. Les ayants droit étant des assurés sociaux, il n'est pas normal qu'ils fassent une avance de frais.

Enfin, certains médecins sont arc-boutés contre le tiers payant car ils refusent l'idée que puissent apparaître les dépassements d'honoraires.

Mme Michèle Delaunay. Nous nous trouvons dans une situation particulièrement tendue vis-à-vis du personnel médical et soignant. Ne serait-il pas possible d'agir dans le cadre d'un deuxième acte législatif pour mettre en œuvre la seconde phase de la généralisation du tiers payant ? Cela permettrait de montrer que l'on a pris en considération l'inquiétude des médecins et constituerait une mesure d'apaisement. Madame la ministre, si vous décidiez néanmoins d'en rester à une seule loi pour appliquer cette réforme, je me rallierais à votre position. Je vous demande simplement de réfléchir à ma proposition d'agir en deux temps.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre rôle est de nous préoccuper de la santé de l'ensemble de nos concitoyens et de veiller à ce que les moins fortunés puissent avoir accès à des soins de qualité. La droite soutient que les médecins sont opposés au tiers payant, ce qui n'est pas vrai. Parler ainsi du corps médical s'avère très péjoratif ; si certains praticiens ne soutiennent pas cette mesure, la très grande majorité, et c'est heureux, c'est conforme à leur déontologie, souhaitent soigner tout le monde dans les meilleures conditions. Au demeurant, la sécurité sociale rend les patients solvables et les médecins en profitent car bon nombre de leurs patients, dans ce contexte difficile, seraient incapables de les payer s'ils n'avaient pas la sécurité sociale.

Je ne suis pas étonnée que la droite ne soit pas préoccupée de l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens, puisqu'elle a instauré avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les forfaits, les franchises et les déremboursements. Je me félicite que le Gouvernement propose la généralisation du tiers payant. Le président du CNOM n'est pas opposé à cette mesure, mais il exprime des préoccupations légitimes que nous devons prendre en compte : les médecins doivent naturellement être payés dans des délais corrects et les problèmes techniques doivent être résolus. Nous devons saluer le principe de la réforme et les efforts consentis par le Gouvernement pour la mettre en œuvre, et je regrette que cette mesure ne recueille pas l'approbation unanime des députés.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Notre souhait de généraliser le tiers payant ne répond pas à une position dogmatique, mais au souhait d'améliorer la vie de nos concitoyens. Cette mesure permettra de lutter contre les phénomènes de renoncement aux soins, que l'on observe également chez des gens dont les revenus se situent au-dessus des seuils de la CMU-C et de l'ACS. Pour bénéficier de l'ACS, une personne seule doit justifier de ressources ne dépassant pas 970 € par mois – encore avons-nous relevé le plafond par rapport à celui qu'avait fixé l'ancienne majorité. Il est facile d'imaginer qu'une personne percevant un revenu juste un peu plus élevé puisse être confrontée à des difficultés financières pour bénéficier de soins et le tiers payant leur facilitera l'accès aux professionnels de santé. Cela aura des conséquences bénéfiques pour la santé des individus et celle de l'ensemble de la société.

Personne ne nie l'existence de difficultés techniques, mais elles ne doivent pas servir de prétexte pour renoncer ; il convient de se donner les moyens de les résoudre, et le calendrier proposé, qui prévoit une mise en œuvre progressive de la généralisation du tiers payant, constitue la bonne méthode pour réussir.

Enfin, notre discussion montre que c'est la droite qui fait preuve d'idéologie dans ce débat.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ainsi que l'a relevé à juste raison M. Roumegas, la généralisation du tiers payant concerne la dispense de l'avance des frais et n'instaure aucune gratuité. L'argument selon lequel cette mesure enlèverait toute valeur à l'acte médical est totalement vide. Personne n'avance les frais d'une opération à cœur ouvert ou d'une greffe, compte tenu du coût de cette intervention : est-ce à dire que l'acte chirurgical, qui sauve des vies, n'a aucune valeur ?

Contrairement à ce que soutient M. Accoyer, l'application du tiers payant en pharmacie depuis trente-cinq ans n'a pas fait exploser la consommation de médicaments ; le tiers payant ne concerne que les médicaments prescrits par un médecin, et penser que le tiers payant a engendré une augmentation des dépenses de médicaments revient à accuser les médecins de prescrire depuis trente-cinq ans des médicaments inutiles au seul prétexte que leurs patients ne doivent pas acquitter l'avance de frais. C'est un raisonnement absurde ! L'augmentation de la consommation de médicaments – que l'on ne constate plus aujourd'hui, la France rejoignant progressivement ses voisins européens en la matière – a résulté d'un réflexe de prescription qui n'a rien à voir avec le tiers payant !

Mme la ministre. Si le tiers payant est devenu une des mesures de référence de ce projet de loi, le texte ne se limite pas à cela. Reste que c'est un débat important, et j'ai du reste senti quelques nuances dans les positions défendues par les députés de l'opposition : si certains rejettent la généralisation en bloc en criant à l'idéologie, d'autres assurent qu'ils ne sont pas totalement opposés au tiers payant, mais... Tant et si bien qu'il n'est pas toujours facile de comprendre leurs arguments. Peut-être entendent-ils les Français qui, très majoritairement, expriment leur volonté de mettre en place un dispositif qui n'a effectivement rien à voir avec la gratuité – tous les Français cotisent à la Sécurité sociale –, mais qui facilitera leur relation avec leur médecin en leur permettant de ne pas avancer les frais.

Ce n'est pas un caprice de ma part – je ne suis pas femme de caprices –, mais bien un engagement, une volonté de justice et de progrès. Et force est de constater que lorsque l'on défend des mesures de justice et de progrès, on est très vite taxé d'idéologie par l'opposition...

Du reste, si près de 30 % des actes sont d'ores et déjà réalisés en tiers payant, ce ne sont pas forcément ceux qu'a évoqués l'opposition. Ainsi, les ALD n'en font pas partie : si certains professionnels leur appliquent le tiers payant, d'autres se voient opposer des refus de la part de l'assurance maladie. L'ACS non plus n'est pas encore en tiers payant : cette étape supposera d'ailleurs une coordination entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

Contrairement à ce que certains soutiennent parfois, il ne s'agit pas d'une mesure à but uniquement social : le tiers payant social, c'est la CMU. Mais il n'y a pas que les bénéficiaires de la CMU qui peuvent avoir des difficultés, et je ne crois pas que les médecins aient envie d'évaluer à chaque fois la situation financière de leur patient. Le fait que des gens dont le revenu se situe entre 1 500 et 2 500 euros expriment une attente très forte du tiers payant montre bien que, sans être pauvre, on peut avoir besoin d'être dispensé de l'avance de frais.

Vous avez été très nombreux, sinon unanimes, quelle que soit votre position sur le principe, à souligner la complexité d'un changement d'organisation qui supposera la mise en place d'infrastructures que les médecins ne devront même pas voir : la mise en place du tiers payant sera une affaire de coulisses, de *back-office*, bref, cachée dans le disque dur de l'ordinateur, et l'intervention du praticien devra rester extrêmement simple. J'ai entendu, madame Delaunay, les inquiétudes exprimées par le corps médical ; c'est bien la raison pour laquelle nous avons repris la concertation et c'est ce qui explique que nous vous proposons, par l'amendement AS1725 rectifié, une rédaction de l'article 18 sensiblement différente de celle du projet de loi initial.

Cet amendement détaille une méthode et un calendrier. Il met en place un tiers payant qui sera progressivement étendu à l'ensemble des patients en suivant des étapes identifiées et qui permettront de tester et de roder le système. Plusieurs rapports d'étape sont prévus, dont les conclusions seront intégrées dans la suite de la démarche.

Il n'est évidemment pas acceptable, et cela ne le sera pas davantage demain, que des professionnels ne soient pas payés pour des actes qu'ils réalisent. Une telle situation ne saurait être considérée comme normale par le Gouvernement. C'est pourquoi nous inscrivons dans la loi le principe d'une garantie de paiement au professionnel qui applique ou appliquera le tiers payant dès lors que l'acte fera l'objet d'une télétransmission – c'est important –, ledit paiement devant intervenir dans un délai fixé par décret. Passé ce délai, qui pourrait être de sept jours, une pénalité sera versée au professionnel.

Je précise que ces garanties ne se limiteront pas aux professionnels qui appliqueront le tiers payant à l'avenir ; elles vaudront aussi, sitôt la loi adoptée, pour les actes d'ores et déjà réalisés en tiers payant.

L'amendement prévoit par ailleurs une série de simplifications et pose le principe d'un dispositif technique identifié qui passe par un partenariat renforcé entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires – et cela vaut dès l'étape de l'ACS. Il sera indispensable, au moment où s'engagera la phase de l'extension du tiers payant à tous, que la coopération entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires conduise à la mise en place d'un dispositif respectant les exigences de simplicité, de fiabilité et d'efficacité, et prévoyant un flux unique de paiement vers le professionnel.

L'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires devront me remettre au plus tard le 31 octobre 2015 un rapport définissant les modalités opérationnelles de ce dispositif.

L'amendement AS1725 rectifié reprend la disposition du projet de loi initial prévoyant que l'obligation du tiers payant s'ajoutera aux obligations qui s'imposent aux organismes complémentaires pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés aux contrats responsables.

Par ailleurs, j'ai souhaité évidemment préciser le rôle de l'assurance maladie obligatoire dans la mise en place du tiers payant généralisé. La réussite de cette réforme implique un étroit partenariat entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Il est normal que l'assurance maladie, compte tenu de sa part prépondérante dans les dépenses de santé, ait une responsabilité de premier rang dans la mise en place de cette réforme. Nous devons évidemment faire en sorte que cette part prépondérante soit bien identifiée : c'est ce qui est indiqué dans le V de l'article 18, tel que l'amendement propose de le rédiger.

Enfin, je tiens à réaffirmer clairement que la mise en place du tiers payant ne se traduira par aucun coût supplémentaire pour les médecins ni par aucune mainmise des complémentaires sur les conditions d'exercice ou les modalités de délivrance des soins par les praticiens. La position du Gouvernement n'a pas changé depuis la loi du 27 janvier 2014 relative aux réseaux de soins, qui avait consacré l'indépendance des médecins par rapport aux financeurs.

Tels sont les points que je souhaitais évoquer pour répondre aux observations des uns et des autres, préciser l'esprit dans lequel cette réforme est proposée, les objectifs de progrès et de justice sociale qu'elle poursuit, et les modalités concrètes de sa mise en œuvre opérationnelle auxquelles nous nous devons d'être particulièrement attentifs, pour répondre aux inquiétudes des professionnels. Le tiers payant n'aura de sens que si sa mise en œuvre est réussie, ce qui exigera beaucoup de précautions et un suivi étroit : d'où le calendrier qui vous est proposé dans l'amendement AS1725.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Personne ne sera surpris que je rende un avis défavorable sur les amendements de suppression. J'ai entendu, ici comme ailleurs, que la mise en place du tiers payant pourrait entraîner une augmentation rapide de certaines dépenses. À supposer qu'une augmentation se produise, cela sera dû au fait que des gens sont pour l'heure effectivement amenés à renoncer à certains soins. N'est-ce pas justice que de leur permettre de se soigner au moment où ils en ont besoin, d'autant que cela se traduira à terme par des dépenses de santé moins élevées pour la collectivité ? Et si certains expliquent cet emballement des frais médicaux serait le fait de gens inconscients du coût que cela représente pour la collectivité et portés à une consommation déraisonnable, je trouve cela particulièrement désobligeants à l'égard de ces publics qui, bien que gagnant à peu près correctement leur vie, hésitent, passé le 20 du mois, à aller en consultation, parce qu'ils ne sont pas pris en charge au titre de la CMU ou de l'ACS. Ce n'est pas justice, et nous devons faire progresser les choses dans ce domaine.

Certes, la mise en place d'une telle réforme n'est pas exempte de difficultés. Je me réjouis des avancées qu'apporte sur ce point l'amendement du Gouvernement en termes de calendrier et de garanties. Je m'autoriserai seulement, madame la ministre, à proposer un sous-amendement qui viendra compléter les éléments que vous venez de détailler.

Les amendements AS28, AS446, AS569, AS 832 et AS1096 sont rejetés.

La Commission en vient à l'amendement AS1725 rectifié du Gouvernement, faisant l'objet de deux sous-amendements, AS1751 de M. Arnaud Robinet et AS1759 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement AS1725 rectifié vient de nous être présenté par le Gouvernement.

M. Gilles Lurton. Il y a quelques mois, madame la rapporteure, un responsable de la CMU et de la CMU-C, auteur d'un rapport sur ces organismes, nous a indiqué que 27 % des bénéficiaires de la CMU-C renoncent aux soins bien qu'ils n'aient rien à déboursier pour les recevoir. En quoi le tiers payant changera-t-il quoi que ce soit pour eux ?

Le paiement du médecin sera conditionné à la télétransmission de l'acte à la sécurité sociale, avez-vous dit, madame la ministre. Cette télétransmission se fera *via* la carte Vitale ; or l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale prévoit que cette carte doit être régulièrement mise à jour. Comment le médecin sera-t-il payé si elle ne l'est pas ? De fait, certains patients n'effectuent jamais cette mise à jour que, dans certains cas, personne ne leur demande. Où en est-on, par ailleurs, de la généralisation des cartes Vitale avec photo ? J'ajoute que des personnes continuent à utiliser leur carte Vitale bien qu'elles ne cotisent plus, pour une raison ou une autre. Comment le dispositif est-il contrôlé ? De réelles questions, on le voit, se posent sur l'utilisation de cette carte.

Mme la ministre. Le délai de paiement sera effectivement garanti dès lors que l'acte aura été télétransmis, et non envoyé sous forme papier. Mais au bout du compte, le médecin sera de toute façon payé.

Quant aux modalités techniques, la nature de la carte reste bien entendu à définir : le tiers payant n'a pas vocation à s'appliquer du jour au lendemain avec le système actuel ; d'où la montée en charge par étapes, ce qui permettra de mettre au point les dispositifs techniques adéquats. À terme, le médecin n'aura qu'à télétransmettre les actes – *via* une carte qui sera peut-être la carte Vitale du futur – pour être remboursé par les organismes primaires et complémentaires.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Aujourd'hui, le patient fait l'avance ; lorsqu'un médecin lui signale que sa carte Vitale n'est pas à jour, le même patient, souvent, va effectuer cette mise à jour à la pharmacie d'à côté. La quasi-totalité des pharmacies sont équipées. La solution existe donc déjà, monsieur Lurton.

M. Gilles Lurton. Quel intérêt les patients auront-ils à faire ce genre de démarche s'ils n'ont plus rien à payer ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ils y seront bien obligés : s'ils refusent, le médecin n'acceptera pas le tiers payant...

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je me souviens de l'audition à laquelle vous avez fait allusion, monsieur Lurton. Les considérations financières n'expliquent pas à elles seules le fait que certains de nos concitoyens renoncent aux soins, nous en sommes bien d'accord. Au demeurant, ce ne sont pas 27 %, mais 4 % de bénéficiaires de la CMU-C qui y renoncent ; mais combien seraient-ils si le dispositif n'existait pas ? Voilà la vraie question à poser. Bref, il faut lever tous les obstacles – pas seulement financiers, donc – qui empêchent l'accès aux soins.

M. Arnaud Richard. Sur les quelque 1 600 amendements dont nous sommes saisis, de 300 à 400 sont d'ores et déjà tombés : ce gain de temps justifierait, ce me semble, d'assouplir la règle dont nous sommes convenus pour l'organisation de nos travaux, afin de nous arrêter plus longtemps sur les sujets d'importance.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ne suis-je pas précisément en train de vous donner satisfaction ?

M. Arnaud Richard. Tout à fait, et je vous en remercie.

La généralisation du tiers payant était un engagement de campagne ; j'imagine donc que vos services y travaillent depuis au moins deux ans. S'est ensuite engagé le travail législatif proprement dit, avec la concertation et l'examen en Conseil d'État. Pourquoi donc nous avoir présenté votre amendement l'avant-veille de l'examen du texte en commission ? Pourquoi ne pas avoir eu l'intelligence de proposer cette version dès le départ ? Faut-il y voir un recul face à la pression des professionnels de santé ? Il n'y aurait rien de honteux à l'assumer... Au cours des auditions que nous avons menées, j'ai rarement senti une telle nervosité parmi les acteurs de santé. On peut toujours avancer que certains d'entre eux sont de mauvaise foi, mais un tel niveau d'incompréhension ne laisse pas d'interroger, même si j'espère, dans l'intérêt de notre pays, que les choses se débloquent.

Mme la ministre. L'introduction de la généralisation du tiers payant dans le présent texte date de la mi-2013. Les acteurs – y compris ceux qui, depuis, ont fait part de leurs inquiétudes – étaient alors très nombreux à la soutenir. Les inquiétudes, grandissantes à l'approche de l'examen du texte, portent sans doute, au demeurant, sur des considérations plus générales, touchant à l'avenir des professions concernées ; reste que la concertation a eu lieu, notamment sur les aspects techniques qui soulevaient de légitimes questions. Je me réjouis qu'elle porte aujourd'hui ses fruits.

M. Arnaud Robinet. Le sous-amendement AS1751 est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1751 tend à supprimer les alinéas 4, 6 et 7 de l'amendement AS1725 rectifié, qui précisément détaillent les étapes de mise en œuvre. Cette proposition peut surprendre, car nous nous sommes tous félicités de cette progressivité. Avis défavorable.

Mon sous-amendement AS1759 précise les garanties qui devront être fournies aux professionnels de santé par les organismes complémentaires. Il n'y a aucune raison que la procédure soit plus lourde ou moins sécurisée, pour le professionnel de santé, selon que la part payée l'est au titre de la couverture de base ou de la couverture complémentaire.

Le rapport qui devra être remis au 31 octobre 2015, devra donc également déterminer les solutions techniques assurant aux professionnels de santé la simplicité d'utilisation, la lisibilité du droit et la garantie de paiement, quelles que soient les parts respectivement couvertes par les régimes obligatoires et complémentaires.

Mme la ministre. Avis favorable au sous-amendement AS1759.

La Commission rejette le sous-amendement AS1751.

Elle adopte le sous-amendement AS1759.

Puis elle adopte l'amendement AS1725 rectifié sous-amendé.

En conséquence, l'article 18 est ainsi rédigé et tous les autres amendements déposés sur l'article tombent.

f. Discussion en séances publiques

Première séance du jeudi 9 avril 2015

Article 18

M. le président. La parole est à M. Pierre Lellouche, premier orateur inscrit sur l'article 18.

M. Pierre Lellouche. Il me revient le redoutable honneur de débiter cette discussion sur l'article 18. Madame la ministre, dans un pays où la dette atteint près de 100 % du PIB, où la dette sociale atteint 220 milliards d'euros, vous avez la lourde tâche de réorganiser notre système de santé pour le rendre plus efficace et en même temps plus économe, tout en maintenant un système auquel nos concitoyens sont attachés.

Résultat : vous avez préféré multiplier les marqueurs idéologiques. Vous avez ferrailé contre le tabac et le vin tout en ouvrant des salles de *shoot* ; vous avez, pour la quatrième ou cinquième fois, essayé hier soir de vous réapproprier la loi Veil sur l'IVG et, aujourd'hui, vous avancez un autre marqueur idéologique de la gauche, auquel vous tenez par votre caractère et par votre parti pris idéologique : la généralisation du tiers payant, que vous présentez comme une « avancée importante pour tous les Français ».

Il s'agit au contraire, à l'évidence, d'une double aberration. D'abord pour les professionnels de santé, dont vous avez ignoré tous les arguments : la généralisation du tiers payant conduira à une insécurité financière évidente pour tout le corps médical, avec le risque de voir s'accumuler les impayés en cas de problème de changement de caisse ou de complémentaire, et à une surcharge de paperasserie insupportable, transformant les médecins et autres professionnels en bureaucrates fonctionnarisés sous tutelle des mutuelles. *Exit la médecine libérale à laquelle les Français sont attachés !*

Mais cette proposition est surtout une faute lourde s'agissant de nos finances publiques : dans un pays où le déficit public ne cesse de croître – plus de 4 % du PIB en 2014 – et où parallèlement le trou de la Sécurité sociale atteint 15,3 milliards d'euros, la mise en place du tiers payant généralisé se traduira par les mêmes dérives que celles que connaissent deux autres innovations de la gauche : la couverture maladie universelle – CMU – et l'aide médicale de l'État – AME –, deux mesures qui entraînent aujourd'hui des dépenses incontrôlées de l'ordre respectivement de 1,6 milliard et 1 milliard d'euros.

Au-delà, cette formule présente un très grave inconvénient : accréditer l'idée auprès de nos concitoyens que la santé est gratuite, qu'elle n'a donc pas de prix. Vous menez ainsi, madame la ministre, une politique irresponsable au service d'un sentiment de déresponsabilisation généralisée de nos concitoyens, qui ne permettra en rien d'améliorer la qualité de notre système de santé ni surtout de garantir sa pérennité et son financement. Pour cette raison, cet article 18 est vraiment un très mauvais service que vous rendez non seulement aux professionnels, mais également à nos concitoyens.

M. Frédéric Reiss. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bruno Le Maire.

M. Bruno Le Maire. Je veux dire à mon tour mon opposition totale à cette généralisation du tiers payant. C'est la fausse bonne idée typique : cela a l'air généreux mais, dans le fond, ce n'est bon pour personne.

Cela n'est évidemment pas bon pour le médecin, dont on dévalorise la pratique en expliquant que tout sera gratuit, qu'on ne paiera plus rien, mais en revanche qu'il sera chargé de récupérer le financement de l'acte qu'il aura pratiqué.

Cela n'est pas bon non plus pour le patient, à qui l'on dit que la médecine, c'est gratuit, qu'il peut y aller tant qu'il veut. On a un léger mal de tête ? On peut aller chez le médecin ! On a les cheveux qui tirent ? On peut aller chez le médecin ! On a un léger mal de ventre ? On peut aller chez le médecin !

Mme Jacqueline Fraysse. On n'a que ça à faire !

M. Bruno Le Maire. Ce n'est pas bon pour le système de soins à la française non plus parce que, au bout du compte, ce qui se cache derrière la généralisation du tiers payant, c'est le développement des complémentaires santé. Vous aurez un système de soins à deux vitesses, alors que vous prétendez généraliser un système de soins plus généreux. Cela pèsera sur les cotisations des salariés, cela pèsera sur le revenu final des salariés et, en définitive, ce sont tous nos concitoyens qui seront pénalisés par cette généralisation du tiers payant, ni bonne pour le médecin, ni bonne pour le patient, ni bonne pour notre système de soins à la française.

En outre, elle ne pose pas le véritable problème : le vrai problème en France n'est pas l'accès aux soins en raison du niveau de revenus – c'est vrai pour les spécialistes, pas pour le niveau général des soins – mais la désertification médicale, l'accès aux soins dans certaines zones rurales.

Plutôt que de perdre du temps à généraliser le tiers payant, mieux vaudrait se concentrer sur le développement des maisons de santé rurales ; mieux vaudrait se concentrer sur la proposition que je ferai, avec un certain nombre de collègues, de zones franches rurales permettant aux médecins de bénéficier d'une défiscalisation complète de leurs actes et d'avantages fiscaux dans des zones où il n'y a pas de médecin, afin de les inciter à s'installer là où les Français ont réellement besoin de médecine.

Je veux donc redire mon opposition totale à cette mesure et vous inciter, madame la ministre, à répondre aux vrais problèmes de soins des Français plutôt que de vouloir généraliser le tiers payant.

M. Daniel Fasquelle et M. Dominique Tian. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. On y arrive enfin, à cet article 18, à ce marqueur de votre texte, que vous brandissez contre la majorité des professionnels de santé et même contre les futurs médecins ! Avec cet article, vous avez réussi à les mettre dans la rue par dizaines de milliers, le 15 mars – véritable exploit, madame la ministre !

La mesure du tiers payant généralisé n'est pas aussi sociale qu'il y paraît : ce n'est pas la médecine gratuite, mais c'est une mesure démagogique et idéologique. Le tiers payant généralisé pose de nombreuses questions techniques qui font douter de sa faisabilité pour 2017, malgré vos annonces. Devant cette évidence, le Président de la République lui-même avait, le 5 février dernier, posé comme condition à cette généralisation la simplicité du mécanisme, affirmant qu'elle ne serait mise en place que si un mécanisme simple de paiement était possible pour les professionnels de santé. Or cette mesure est chronophage pour les médecins, qui devront vérifier les documents et les droits des patients, la réalité de la carte Vitale, les éventuelles complémentaires, à chercher au sein de quelque cinq cents mutuelles. L'exemple des pharmaciens est d'ailleurs frappant : coût par acte, retards, taux d'erreur... alors qu'ils ont, eux, du personnel à disposition !

Votre annonce de pénaliser l'assurance maladie si le délai de sept jours est dépassé n'est véritablement pas crédible : personne n'y croit sérieusement. Enfin, les conséquences inflationnistes sur notre système de santé sont une évidence, alors pourquoi les nier ? Des expériences le prouvent, comme je vous le démontrerai tout à l'heure lors de l'examen des amendements.

Aussi, madame la ministre, basez au moins votre proposition sur le volontariat ! Avec ce tiers payant généralisé, vous changez le paradigme de la médecine libérale française et vous la placez sous la coupe des organismes payeurs. Nous voterons donc contre cet article 18. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre rôle est de nous préoccuper de la santé de l'ensemble de nos concitoyens et de veiller notamment à ce que les moins fortunés puissent avoir accès à des soins de qualité. Nous savons que ce n'est pas le cas aujourd'hui.

M. Bruno Le Maire. Ils y ont déjà accès !

Mme Jacqueline Fraysse. La généralisation du tiers payant va dans ce sens. C'est pourquoi nous soutenons cette mesure, même si elle risque de renforcer la place des complémentaires au détriment de la prise en charge par l'assurance maladie...

M. Bruno Le Maire. Exactement ! C'est très juste !

Mme Jacqueline Fraysse. ...laquelle, hélas, n'a cessé de s'amenuiser.

Nos collègues de droite affirment que les médecins sont opposés au tiers payant.

M. Jean-Pierre Door. Oui ! Ils sont même descendus dans la rue !

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas la vérité : les médecins, dans leur immense majorité,...

M. Pierre Lellouche. Ce n'est pas vrai !

Mme Jacqueline Fraysse. ...souhaitent soigner tout le monde, y compris les plus modestes, dans les meilleures conditions. C'est le fondement de leur déontologie, j'espère qu'ils le respectent !

M. Daniel Fasquelle. La généralisation du tiers payant ne réglera aucun problème !

Mme Jacqueline Fraysse. D'ailleurs, nombre d'entre eux, surtout les généralistes, pratiquent déjà le tiers payant pour une part très importante de leur patientèle.

M. Pierre Lellouche. Alors rendez-le volontaire, pas obligatoire !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est ce que m'a confirmé le président du conseil national de l'Ordre national des médecins, qui ne se déclare pas opposé à cette mesure mais exprime de légitimes préoccupations, qui doivent être entendues. Les médecins s'inquiètent d'éventuelles difficultés techniques leur faisant perdre un temps précieux, retardant le versement de leurs honoraires, voire source d'erreurs à leur détriment.

Pourquoi sont-ils sceptiques ? Parce qu'ils ont déjà une expérience difficile. Aujourd'hui, alors que le tiers payant n'est pas généralisé, la télétransmission d'un dossier de patient nécessite non pas un seul clic, mais douze, et bien des dysfonctionnements sont à déplorer, obligeant les médecins à vérifier le récapitulatif de leurs actes et de leurs dédommagements.

M. Pierre Lellouche. Voilà !

Mme Jacqueline Fraysse. Ces tâches administratives prennent du temps, que les praticiens craignent de voir croître au détriment du temps médical consacré à leurs patients.

M. Frédéric Reiss. Évidemment ! Ce sera ça, la réalité !

Mme Jacqueline Fraysse. Il y a donc lieu non pas de s'opposer au tiers payant, mais de dégager des moyens suffisants pour prendre des mesures concrètes, efficaces, et ce dans les délais annoncés.

M. Pierre Lellouche. Ça coûte combien, des moyens efficaces ?

Mme Jacqueline Fraysse. C'est ce que je demande à Mme la ministre et au Gouvernement de faire de manière extrêmement rigoureuse, si nous ne voulons pas que cette mesure soit inefficace et se retourne finalement contre l'objectif qu'elle s'est fixé.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec.

M. Yannick Favennec. Nous sommes, à l'UDI, opposés à la généralisation du tiers payant et nous avons d'ailleurs déposé un amendement de suppression de cet article.

En effet, cette mesure est rejetée par la quasi-totalité des médecins, comme je l'ai encore vérifié dans mon département de la Mayenne, très récemment, au cours d'une réunion qui rassemblait à Laval une centaine de médecins.

En réalité, c'est une idée faussement généreuse. Elle va transformer la carte Vitale en carte de paiement, déresponsabiliser les patients et déprécier les actes médicaux, devenus virtuellement gratuits. Elle engendrera également une bureaucratisation préjudiciable aux médecins, qui attendent autre chose de ce projet de loi.

J'ajoute que le tiers payant existe déjà pour les personnes précaires, couvertes par la couverture maladie universelle, l'aide pour une complémentaire santé ou l'aide médicale d'État. Du reste, les médecins libéraux le pratiquent spontanément, en fonction de la situation du patient, pour les actes les plus coûteux.

Le projet de loi ne traite de l'accès aux soins que sous cet angle du tiers payant, madame la ministre, et aucune réponse n'est apportée pour diminuer le reste à charge, qui atteint parfois des montants insoutenables. C'est cela, le vrai problème d'accès aux soins. Alors, répondez aux problèmes des Français, madame la ministre.

Répondez par exemple aux difficultés de ceux qui habitent dans les territoires ruraux et qui sont confrontés à la désertification médicale.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Les questions qui devraient concentrer notre énergie s'agissant de ce texte sont mal traitées, à cause de ce focus sur le tiers payant généralisé.

Contrairement à ce qu'on entend, ce n'est qu'un mode de règlement, largement répandu déjà et que connaissent bien les professionnels de santé. Ils le connaissent en France et à l'étranger. Ils le pratiquent. Ils en connaissent les avantages et les inconvénients. Selon une enquête de la Fédération des médecins de France, qui n'est pas favorable *a priori* au tiers payant, 35 % des médecins y répondraient favorablement si les problèmes techniques étaient réglés. C'est je crois ce que le Gouvernement s'est engagé à faire. Et ce taux grimpe à près de 75 % en cas de paiement intégral *via* un guichet unique. Je crois que les conversations vont dans ce sens...

Pourquoi avons-nous consacré tant d'énergie à un débat qui n'en vaut pas la peine ? Parce que notre système est généreux, mais défaillant. Nous avons tout de même abordé un peu, hier, les vrais sujets, comme les modes de rémunération des médecins : faut-il continuer à privilégier l'offre par le paiement à l'acte ? Je ne le crois pas, d'autres modes de rémunération pourraient venir compléter utilement ce système.

M. Daniel Fasquelle. Au moins c'est clair ! Les médecins fonctionnaires !

M. Gérard Sebaoun. Il faut aussi réfléchir à la désertification médicale, dans nos campagnes et dans nos villes. C'est un vrai sujet, nous en avons débattu hier.

Notre système est inefficace en bien des points qui pourraient nous préoccuper : je pourrais parler de la permanence des soins. Et la seule vérité qui vaille, c'est qu'il n'y a qu'un seul payeur : les ménages, par leurs cotisations, par la CSG, par le reste à charge.

Voilà les sujets qui doivent nous occuper. Le tiers payant généralisé n'est qu'un écran de fumée.

M. Pierre Lellouche. C'est vous qui l'avez fait !

M. Gérard Sebaoun. Il va se mettre en place très progressivement. Les difficultés techniques existent, il ne faut pas les nier. Mme Fraysse vient d'en parler et je n'ai rien à ajouter.

En réalité, ce projet de loi permet d'avancer sur bien des sujets. Si vous créez un écran de fumée, c'est parce que vous n'avez pas grand-chose à dire au fond. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC. – Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Madame la ministre, 14 milliards de déficit annuel pour la Sécurité sociale, 100 milliards, 150 milliards de déficit cumulé... Ce sont les banques chinoises qui assurent la trésorerie de la Sécurité sociale française ! Nous allons tout simplement à la catastrophe. Nous vivons les dernières années de la Sécurité sociale française.

Mme Martine Pinville. Dans quelle situation l'avons-nous trouvée ?

M. Dominique Tian. Au lieu de responsabiliser les patients, vous leur adressez un message qui aura des conséquences dramatiques. Vous leur dites que la santé est gratuite, qu'elle n'a pas de prix. Il ne sera même plus la peine de signer un chèque. Mais les médecins, eux, qui n'encaisseront plus les chèques, devront, sans parler de l'avance financière, assurer la partie administrative et technique du dispositif. Vous prétendez que c'est facile, mais tous pharmaciens vous diront que ce n'est pas le cas : il faut procéder à au moins quatre vérifications. Quand on fait face à vingt régimes obligatoires, quatre-vingts opérateurs et cinq cents complémentaires, ne croyez pas que ce travail administratif soit simple !

On comprend donc le désarroi des médecins. Et pourquoi cette réforme, alors que l'accès aux soins est déjà gratuit pour les plus défavorisés ? La CMU existe, les dépenses de l'AME vont atteindre le milliard d'euros pour ceux qui entrent illégalement sur le territoire national, et il y a encore l'ACS.

Ce sont des messages extrêmement négatifs que vous adressez. Vous faites du marketing politique, en opposant les professionnels de santé aux patients. Généreux – avec l'argent des autres –, vous opposez les médecins, qui ne sont pas gentils, qui se mettent en grève, aux patients, à qui on refuserait des soins.

Ce refus de soins n'existe pas. En revanche, le désarroi du monde médical, madame la ministre, vous devez le comprendre. Les syndicats de médecins dans leur ensemble sont révoltés. Ils ne veulent pas la fin de la médecine libérale. Ils refusent de passer sous la tutelle de la Sécurité sociale. Chacun sait quelles difficultés pourraient en résulter.

M. le président. La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Je voudrais répondre à un certain nombre de contre-vérités soutenues sur les bancs de l'opposition.

M. Frédéric Reiss. Et ce n'est pas fini !

Mme Fanélie Carrey-Conte. À vous écouter, on aurait tendance à oublier une question essentielle : qui paie les consultations ? Ce n'est pas le patient !

M. Dominique Tian. Si ! Qui fait le chèque ?

Mme Fanélie Carrey-Conte. C'est l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire qui paient, à partir des cotisations payées par tout un chacun. C'est le principe même de la solidarité nationale.

M. Dominique Tian. Vous êtes à la CMU ?

Mme Fanélie Carrey-Conte. La dispense d'avance de frais, à la base du tiers payant, ne change donc rien. Elle permet simplement à des personnes pour qui le règlement direct pourrait constituer une difficulté de ne pas avoir à avancer de l'argent remboursé ensuite. C'est dans ce sens qu'il s'agit d'une mesure qui va favoriser l'accès aux soins.

Vous dites par ailleurs qu'elle va déresponsabiliser les patients, provoquer l'inflation des soins, encourager les assurés à consulter pour rien... Nous, nous refusons cette équation selon laquelle, pour responsabiliser, il faudrait faire payer. (« Ah ! » sur les bancs du groupe UMP.)

M. Julien Aubert. Et voilà ! Merci de le dire !

M. Thierry Benoit. Quel aveu !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Nous considérons que responsabiliser, c'est rendre les gens maîtres de leur accès aux soins, en levant les barrières qu'ils rencontrent. Et quand bien même il y aurait des comportements inappropriés, ce n'est pas en faisant payer qu'on réglerait le problème, car de tels comportements existent aussi chez des personnes qui ont les moyens de régler leurs consultations. (*Interruptions sur les bancs du groupe UMP.*)

Ce genre de situations se règle par l'éducation à la santé et par une question que vous n'évoquez absolument jamais : celle de la responsabilité des prescripteurs, qu'il faudrait aussi aborder.

M. Dominique Tian. Les boucs émissaires ! C'est la faute des médecins !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Autre différence de conception entre nous : oui, nous assumons de dire que l'argent ne doit pas être au cœur de la relation de soins. C'est autre chose qui se joue entre un patient et les professionnels de santé. Je crois qu'un grand nombre d'entre eux sont d'accord. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SRC.*)

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. Comme l'article 13 sur la santé mentale, cet article 18 a été totalement réécrit par le Gouvernement. Et pour cause : il acte la généralisation du tiers payant pour la médecine de ville, au plus tard au 30 novembre 2017, pour tous.

Cet article qui a fait couler beaucoup d'encre suscite toujours, malgré sa réécriture, l'opposition d'une large majorité des médecins. Ceux-ci pratiquent déjà le tiers payant de façon volontaire. Ce qu'ils craignent, c'est d'être payés en retard par l'assurance maladie, encore plus en retard par les mutuelles – ou pas du tout.

Les médecins passent déjà beaucoup de temps à gérer l'administratif. On estime à 20 % de leur activité le temps passé à ces tâches : c'est autant qu'ils ne consacrent pas à l'examen des patients ou à la prévention.

Vous leur opposez trois arguments, madame la ministre. Le premier est que le déploiement sera progressif. Mais il y a une opposition de principe à cette généralisation obligatoire ! Le deuxième est que des pénalités seraient infligées à l'assurance maladie si les délais de paiement dépassaient sept jours. Mais ce n'est pas à vous, madame la ministre, que je rappellerai le déficit de l'assurance maladie.

M. Thierry Benoit. Tout à fait !

Mme Isabelle Le Calennec. Et j'observe que le respect des délais ne s'impose pas aux mutuelles ! Surtout, les médecins ne croient pas une seconde à la réalisation de cette menace pesant sur l'assurance maladie, d'autant que celle-ci serait juge et partie, puisque pilote de la gestion du tiers payant – ce que d'ailleurs les complémentaires contestent.

Enfin, l'argument selon lequel on renoncerait à consulter un généraliste pour des raisons financières ne tient pas : CMU, CMU complémentaire, ACS y pourvoient, sans parler du milliard que coûte l'AME. S'il y a renonciation aux soins, madame la ministre, c'est dans les domaines des soins dentaires et de l'optique : c'est là que des progrès sont attendus.

M. Daniel Fasquelle. Enfin du bon sens !

M. le président. La parole est à M. Thierry Benoit.

M. Thierry Benoit. Comme un certain nombre de nos collègues, je suis venu vous dire mes craintes, mes réserves et mon opposition à la généralisation du tiers payant, pour les raisons évoquées par les précédents orateurs, mais aussi pour des raisons complémentaires.

Je pense que la priorité du moment n'est pas de faire croire que notre système de protection sociale puisse tout prendre en charge. Il est précieux, mais fragile. Les comptes sociaux ne sont pas équilibrés. À travers la généralisation du tiers payant, on leurre les Français : on leur fait croire que la générosité du système peut nous engager dans une nouvelle relation à la médecine, que le système de protection sociale va prendre tout en charge, qu'on peut consulter quand on veut, sans compter, sans s'interroger... alors que nous sommes dans une période où il faut en priorité sécuriser financièrement notre système de protection sociale.

Autre priorité : il faut garantir l'exercice de la médecine à travers tout le territoire national, en veillant à une offre équilibrée de soins. Je suis étonné que, d'un coup de baguette magique, on veuille généraliser le tiers payant, alors qu'il existe aujourd'hui pour les plus fragiles des dispositifs précieux qu'il suffit de maintenir, comme l'AME et la CMU.

Vous commettez une grave erreur, qui va changer la relation entre le patient et le médecin, en plus d'alourdir les tâches administratives et les charges financières qui pèsent sur ce dernier.

M. le président. La parole est à M. Julien Aubert.

M. Julien Aubert. Nous sommes face à une colère généralisée, comme j'ai pu le constater en réunissant les médecins de ma circonscription.

Avec vingt régimes généraux et six cents mutuelles, le nombre des organismes va alourdir le travail du médecin, dont le but principal est normalement de soigner. Le temps d'activité des praticiens sera progressivement rongé par le travail bureaucratique et le temps qu'il faudra passer à se battre contre les régimes de Sécurité sociale. Tant qu'il n'y aura pas une simplification de leur organisation, les médecins seront très réticents à entrer dans un système dans lequel ils devront faire la preuve qu'ils doivent être payés. Je rappelle qu'en cas d'erreur dans le parcours de soins, le remboursement est moins important, si bien que le coût de l'acte repose sur les épaules du médecin.

Il faut évoquer le coût de la santé. J'ai été catastrophé d'entendre Mme Carrey-Conte nous expliquer que l'argent ne devait avoir aucun lien avec la santé, en mélangeant au passage paiement et remboursement, ce qui n'est pas du tout la même chose. C'est en tenant ce genre de discours, madame, qu'on en arrive à un système totalement déresponsabilisé dans lequel la CMU complémentaire coûte 1,6 milliard d'euros, soit treize fois les estimations du gouvernement socialiste d'il y a quinze ans.

C'est comme cela qu'on a dérapé. La santé n'est pas un supermarché gratuit.

Des médecins ruraux m'ont dit qu'ils allaient se déconventionner. Vous allez assister à un déconventionnement massif. *In fine*, vous aurez une médecine à deux vitesses : pour les plus pauvres, les plus fragiles, une médecine d'État, et pour ceux qui peuvent payer, un système dominé par les mutuelles. Nous avons vu que, pour la biologie médicale comme dans d'autres domaines, vous encouragez la domination des mutuelles. Je ne crois pas que ce soit le souhait des médecins. Ils sont là pour soigner. Ce sont des médecins libéraux. Vous devez respecter, vous qui parlez toujours de concertation, leur volonté de ne pas devenir des fonctionnaires. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Ce débat sur le tiers payant retient toute l'attention et c'est bien dommage, parce qu'il y a dans ce texte beaucoup d'autres mesures qui vont modifier profondément notre système de santé.

M. Daniel Fasquelle. Alors, retirez celle-ci !

Mme Dominique Orliac. Les médecins libéraux pratiquent déjà le tiers payant de manière systématique pour les bénéficiaires de la CMU. Ils le pratiquent aussi s'agissant des prises en charge de longue durée ou le proposent quand ils l'estiment nécessaire pour des raisons sociales, par compassion, pour ceux de leurs patients qu'ils connaissent depuis longtemps. *De facto*, les médecins pratiquent déjà un tiers payant social.

Ils nourrissent tout de même quelques inquiétudes techniques et financières quant à sa généralisation. Comment, par exemple, procéderont ceux qui ne disposent pas de l'ADSL et de la fibre optique ? Il faudra résoudre ces problèmes. Ils sont aussi inquiets que cette mesure supprime du temps médical au profit du temps administratif, au seul préjudice des patients.

En outre, certains médecins pressentent que derrière la généralisation du tiers payant se profile peut-être la fin programmée de notre Sécurité sociale, sa privatisation, par le transfert progressif de la protection sociale vers l'assurance privée, tous les Français ne pouvant plus dès lors accéder à des soins de proximité et de qualité.

Les médecins ont également conscience que c'est l'accès aux équipements optiques et auditifs, aux soins dentaires, aux délais pour obtenir des rendez-vous chez les spécialistes qui soulève le plus de problèmes.

Globalement, les médecins libéraux ne sont donc pas vraiment hostiles à la généralisation du tiers payant.

Nous aurions quant à nous souhaité être entendus : nous avons proposé que cette généralisation soit précédée d'une expérimentation régionale et qu'une modulation en fonction des revenus s'opère, comme ce fut le cas avec les allocations familiales. Nous n'avons donc pas été entendus mais il y avait bien d'autres moyens pour mettre en place ce tiers payant généralisé.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre, cet article 18 généralisant le tiers payant est une double bombe. (*Murmures sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. De la puissance d'un pétard mouillé !

M. Bernard Accoyer. D'abord une bombe contre notre système de soins, qui va être étatisé, et ensuite une bombe contre le système d'assurance maladie, à travers une privatisation rampante mais certaine.

M. Michel Issindou. Toujours ce sens de la nuance qui vous anime...

M. Bernard Accoyer. À cet instant, madame la ministre, votre responsabilité est énorme. Vous et nous le savons : vous n'êtes motivée par rien d'autre qu'un choix politique dogmatique. En effet, il n'y a pas de problème d'accès aux soins en France, sauf pour les prothèses dentaires ou auditives et la lunetterie.

Tous les médecins sont opposés à cette mesure.

M. Gérard Sebaoun. Pas pour les mêmes raisons.

M. Bernard Accoyer. Entendez-les ! Lorsqu'une profession est ainsi unanime, cela ne relève pas de la posture syndicale ou politique.

Vous le savez, les médecins traversent une crise morale et professionnelle. Nombre d'entre eux sont au bord du *burn-out*. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Oh !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Vous, monsieur Accoyer, cela fait belle lurette que vous êtes en *burn-out* !

M. Bernard Accoyer. Comment pouvez-vous oser leur imposer de passer des heures à essayer de récupérer un financement auprès des 500 assurances complémentaires ? Cet article 18, madame la ministre, constitue une provocation indécente à l'endroit des médecins !

Avec cette mesure, le système de soins sera étatisé. En effet, comme cela fut le cas avec la pharmacie lors de l'instauration du tiers payant, les actes augmenteront considérablement, c'est prouvé.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* N'importe quoi !

M. Bernard Accoyer. Et je ne parle pas, madame la présidente de la commission, des 3 000 euros mensuels d'impayés dans les officines.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. N'importe quoi !

M. Bernard Accoyer. Il en sera évidemment de même pour les médecins.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. N'importe quoi ! Parlez de ce que vous connaissez !

M. Bernard Accoyer. Cette augmentation des actes entraînera une diminution du taux de remboursement de l'assurance maladie, mais comme le tiers payant sera généralisé, il n'y aura pas de réaction : tout le monde sera anesthésié. Car l'un des problèmes du socialisme, c'est aussi cela : anesthésier le peuple, les assurés, tout le monde ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Oh là là...

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Il raconte n'importe quoi !

M. Bernard Accoyer. Comme vient de le dire Mme Orliac, membre de votre majorité, la part des assurances complémentaires augmentera progressivement. C'est bien une privatisation rampante qui résultera de la deuxième bombe que vous jetez dans le système de soins et d'assurance maladie.

Abandonnez cette funeste décision, purement dogmatique et politique ! Nous vous le demandons instamment, madame la ministre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Daniel Fasquelle.

M. Daniel Fasquelle. Madame la ministre, il faut être à l'écoute des Français. Ce qu'ils vous disent, c'est qu'il existe de vrais problèmes en matière de santé : des problèmes d'accès aux soins, comme plusieurs de mes collègues l'ont dit – soins dentaires, lunettes, prothèses auditives – des problèmes d'accès aux médecins spécialistes – les listes d'attente sont très longues – mais aussi aux médecins généralistes, en raison de la pénurie de professionnels, en particulier dans des territoires ruraux désertifiés.

Le tiers payant constitue-t-il une réponse à ces problèmes ? Évidemment non. S'agissant de l'accès aux soins, 5 % seulement des Français assurent avoir un jour renoncé à une consultation pour des raisons financières. En effet, ce n'est qu'une avance, ils sont ensuite remboursés. En outre, il existe des dispositifs – affections de longue durée, CMU et beaucoup d'autres encore – permettant aux Français ayant des difficultés financières de consulter malgré tout un médecin généraliste.

M. Gérard Sebaoun. Ces dispositifs ne sont pas faits pour cela.

M. Daniel Fasquelle. Vous ne réglerez aucun de ces problèmes. Au contraire, vous les aggraverez : alors que la pénurie de médecins généralistes est réelle, que les jeunes, dans les facultés de médecine, se détournent de cette voie, vous allez les décourager définitivement en multipliant les tracasseries administratives...

M. Bernard Accoyer. C'est certain.

M. Daniel Fasquelle. ...et surtout en plaçant les médecins sous la tutelle des organismes payeurs, avec ce que cela suppose, demain, d'atteintes au secret médical, à l'indépendance des soins et au libre choix des médecins et des patients.

En fait, c'est notre modèle de médecine libérale que vous remettez en cause et c'est pourquoi les médecins et les professionnels de santé sont aussi mobilisés aujourd'hui. Oser dire, comme certains d'entre vous, qu'ils sont favorables à la généralisation du tiers payant, c'est se moquer d'eux ! Ils étaient des dizaines de milliers dans la rue, à Paris, dont certains manifestaient pour la première fois !

Par pitié, écoutez-les ! Évitez cette fonctionnarisation qui constitue bel et bien le projet larvé d'un certain nombre d'entre vous. Cessez de jouer l'opinion contre les médecins. Cessez de vous attaquer aux professionnels de santé – trouvez-vous qu'ils pensent mal ? ...

M. Julien Aubert. Qu'ils votent mal !

M. Daniel Fasquelle. ...comme vous vous êtes attaqués aux professionnels du droit avec la loi Macron.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Vous, vous vous attaquez aux pauvres !

M. Daniel Fasquelle. Vous n'aimez pas les professionnels libéraux, nous l'avons bien compris. Cessez de vous attaquer à eux et attaquez-vous plutôt aux vrais problèmes des Français ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Frédéric Reiss.

M. Frédéric Reiss. Madame la ministre, vous présentez cette loi de modernisation du système de santé comme une loi de simplification et de progrès social au prétexte que certains Français, notamment les plus démunis, renonceraient à se soigner. Permettez-moi d'en douter.

Aujourd'hui, de nombreuses personnes parmi les plus défavorisées bénéficient de la CMU, c'est-à-dire qu'elles ne supportent aucune dépense de soins. Il en est de même pour les accidentés du travail et les patients gravement malades, en ALD, qui bénéficient à juste titre du tiers payant.

Une très grande majorité de médecins ne souhaite pas votre projet de généralisation. Certains d'entre eux utilisent déjà la carte Vitale, accordant ainsi spontanément le tiers payant à des patients qui ne bénéficient pas de la CMU et qui connaissent des difficultés financières. Ces patients ne doivent plus dès lors s'acquitter que de la part de la mutuelle, laquelle est réglée au médecin après qu'ils ont été remboursés. C'est aussi cela, la confiance entre un médecin et ses patients !

L'instauration du tiers payant généralisé décuplerait la paperasserie au détriment du temps consacré aux soins. En outre, les difficultés financières seraient inévitables. La simplification que vous annoncez, madame la ministre, est donc un leurre. D'ailleurs, comment procéder lorsqu'un patient n'aura pas sa carte Vitale ?

Plus grave encore, ce projet de loi est attentatoire à l'éthique des médecins...

M. Gérard Sebaoun. À l'éthique ?

M. Frédéric Reiss. En effet, le secret médical des traitements prodigués est menacé. Avec cette loi, les mutuelles ou les assureurs pourront y accéder et pourraient même s'immiscer dans la relation entre patient et médecin en imposant tel ou tel traitement plutôt que tel autre pour des raisons d'économies, ce qui est totalement inacceptable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Gérard Bapt. Ah non, monsieur Aboud ! Vous n'allez pas reprendre les mêmes arguments ?

M. Élie Aboud. Madame la ministre, de nombreux Français sont allocataires de la CMU et de l'ACS. Ils bénéficient bien entendu du tiers payant. La base de votre raisonnement, c'est qu'il y aurait des Français qui n'accéderaient pas pleinement aux soins. C'est possible.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est même sûr.

M. Élie Aboud. Il est vrai qu'une réflexion aurait dû être menée sur l'odontologie, sur les matériels prothétiques, peut-être aussi sur la santé oculaire. Mais vous, ce que vous dites, c'est que comme vous êtes des élus de gauche, comme votre logiciel et votre ADN sont à gauche, vous allez faire de la justice sociale. C'est ainsi que vous proposez un tiers payant généralisé. Au lieu de présenter une étude d'impact sur les déficits, vous proposez une globalisation.

Avec beaucoup de respect, j'ai envie de vous dire que cette justice sociale, votre justice sociale, créera très certainement à terme une injustice fiscale. Nous allons en effet « consommer » une médecine transformée en « produit ». Nous allons susciter le nomadisme des patients : si un médecin ne leur plaît pas, ils iront voir ailleurs !

Cette justice sociale que vous défendez provoquera une injustice médicale. Madame la ministre, un tiers des médecins généralistes ou spécialistes accomplissent aujourd'hui des actes administratifs et non des soins. Nous sommes en train de leur envoyer un très mauvais signal.

Cette justice sociale de court terme créera très certainement à long terme une injustice sociale. Je vous donne rendez-vous dans dix ans, madame la ministre : nous discuterons à nouveau de ce problème, comme nous discutons aujourd'hui des 35 heures, que nous ne savons d'ailleurs pas comment supprimer. Il en sera de même pour le tiers payant généralisé !

M. Denys Robiliard. Ah là là !

M. Élie Aboud. Vous croyez que vous avez raison de suivre votre ADN...

Mme Annick Lepetit. Et vous, c'est quoi, votre ADN ? Il suffit de voir ce que vous avez fait pendant dix ans !

M. Élie Aboud. ...mais lorsqu'un problème de déficit se pose, ce sont les plus fragiles qui sont touchés en premier !

M. Daniel Fasquelle. L'injustice ! Voilà ce que vous faites depuis trois ans !

M. le président. La parole est à M. Jean Lassalle.

M. Jean Lassalle. Je ne m'attarderai pas sur la question de la généralisation du tiers payant. J'ai bien entendu l'ensemble des arguments qui ont été échangés, je crois les avoir compris et de toute façon, cette mesure sera votée puisqu'elle constitue l'un des éléments essentiels de ce texte.

Je préfère donc utiliser différemment le temps de parole dont je dispose. Peut-être d'ailleurs me laisserez-vous déborder un peu, monsieur le président, car ce sera ma dernière intervention aujourd'hui !

M. Gérard Bapt. Mais non ! Restez avec nous ! (*Sourires*)

M. Jean Lassalle. Hier, j'ai évoqué quarante ans d'absence de politique de l'aménagement du territoire. Je me suis permis d'ajouter, ce qui est très politiquement incorrect, qu'il n'a été procédé à aucune révision du pacte de stabilité. Nous ne disposons donc d'aucun sou vaillant, avec notre industrie à terre et notre agriculture moribonde.

J'ai tout de même le bonheur d'entendre à nouveau parler de nos campagnes. Sauf que dans les campagnes, les instituteurs ont disparu, le percepteur est parti, le bistrot pareillement, de même que la dernière usine, le médecin, le pharmacien et maintenant le gendarme.

Des postes de conseillers généraux ont été supprimés sur les territoires qui en avaient le plus besoin au prétexte qu'ils n'étaient pas assez densément peuplés pour les élire. Même un corps comme EDF invite tout son petit monde à descendre dans la vallée, car des femmes, des hommes, des enfants ne peuvent vivre dans ces lieux désertés.

Je crains le signal envoyé par cette loi. J'aurais préféré que cet article 18 fût de rupture, afin que notre territoire reconquière le cœur des Français, qu'il n'y ait plus de zones où il ferait bon vivre et d'autres où ce serait désespérant.

Enfin, je crains bien évidemment que nous ne puissions pas tenir financièrement. Dans quelques mois, mon hôpital sera à nouveau menacé, je me heurterai à l'autisme de mon agence régionale de santé, à son mutisme, et le préfet me répondra que c'est moi qui ai voté la loi !

Résultat des courses : je crains qu'au lieu d'envoyer un signal enthousiasmant, on ne s'enfoncé encore un peu plus. Ce n'est pas réjouissant, mais c'est ce qui m'arrivera dans six mois. Je préfère en faire part à l'avance.

M. le président. Je sors un peu de mon rôle, monsieur Lassalle, mais comme vous m'avez demandé un temps de parole supplémentaire, j'en profite... Puisque nous sommes élus du même département, je vous fais part de mes doutes : je ne suis pas sûr que l'hôpital d'Oloron-Sainte-Marie soit aussi menacé que vous le dites !

La parole est à Mme Monique Orphé, rapporteure pour information de la délégation aux outre-mer sur le projet de loi.

Mme Monique Orphé. Je souhaite apporter le témoignage d'un habitant d'un département ultramarin. Chez nous, à La Réunion, le tiers payant est une réalité. Voilà en effet plus de douze ans que 97 % des médecins généralistes et 80 % des spécialistes le pratiquent.

C'est un système qui fait aujourd'hui consensus chez nous, madame la ministre, et aucun syndicat ne souhaite sa suppression : MG France, on l'a dit, ne demande pas le retrait du tiers payant à La Réunion, pas plus que la Confédération des syndicats médicaux français – CSMF – ou la Fédération des médecins de France – FMF. Il y a des problèmes à régler, c'est certain, mais personne ne demande le retrait du tiers payant.

Pour moi, le tiers payant contribue à faciliter l'accès aux soins des patients les plus pauvres et les plus modestes – je pense notamment aux retraités. Dans les départements ultramarins, où les inégalités de santé sont persistantes, c'est une avancée considérable. Dire que ce dispositif va déresponsabiliser les patients, c'est lui faire un faux procès. Par ailleurs, c'est une façon de stigmatiser (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*)...

M. Julien Aubert. Ah, voilà ! Le mot est lâché !

Mme Monique Orphé. ...ceux qui bénéficient déjà de cette mesure.

Je ne pense pas, messieurs, que les patients réunionnais, parce qu'ils bénéficient du tiers payant, soient plus déresponsabilisés que d'autres. Moi qui vis dans ce département, je ne vois pas non plus les files d'attente

s'allonger devant les cabinets médicaux depuis que l'on a instauré le tiers payant. Par ailleurs, messieurs, ce n'est pas par plaisir que l'on va chez le médecin, mais parce que l'on est malade ! Alors arrêtons un peu avec ce fantasme.

M. Gérard Sebaoun. Très bien !

Mme Monique Orphé. Permettez-moi simplement de vous rappeler que l'État dépense 2 500 euros par habitant en outre-mer, contre 3 700 dans l'hexagone.

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Ça calme !

Mme Monique Orphé. Il faut encore régler la question du reste à charge et simplifier la tâche des médecins, certes, mais le tiers payant instaure l'égalité devant les soins et c'est une mesure de justice sociale. C'est pourquoi, madame la ministre, je suis favorable à sa généralisation. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean-Luc Laurent. Très bien !

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

M. Gérard Bapt. Je partage l'avis qu'ont exprimé successivement, sous des formes différentes, Mme Fraysse et Mme Orphé. Je ne pense pas que la grande majorité des médecins soit, sur le principe, opposée au tiers payant généralisé, même si nous ne méconnaissons pas les problèmes d'ordre administratif, technique, ou même financier que sa mise en œuvre pourra poser – nous l'avons déjà noté et Mme la ministre elle-même le reconnaît.

J'aimerais par ailleurs faire remarquer que de nombreux médecins libéraux travaillent déjà, soit comme vacataires, soit comme salariés à temps partiel d'un établissement de santé, sous le régime du tiers payant. En ce qui me concerne, pour avoir connu successivement l'exercice salarié, dans le cadre hospitalo-universitaire, et un exercice mixte, puisque j'y ai conservé des vacances lorsque j'ai ouvert mon cabinet de groupe spécialisé, je ne comprends pas l'argument selon lequel on toucherait, avec le tiers payant, au principe même de l'exercice libéral.

M. Frédéric Reiss. On fonctionnarise les médecins !

M. Gérard Bapt. Du reste, les médecins libéraux eux-mêmes pratiquent déjà le tiers payant : c'est le cas, cela a été dit, pour la CMU complémentaire, ainsi – un peu moins – que pour l'aide à la complémentaire santé. Et certains médecins libéraux sont à ce point convaincus de l'intérêt du tiers payant...

M. Julien Aubert. Ils le disent !

M. Michel Terrot. Ils défilent dans la rue pour le dire !

M. Gérard Bapt. ...qu'ils n'envoient les chèques à leur banque que tous les quinze jours, pour laisser un délai à leurs patients. Certains ont même adhéré à un système bancaire permettant un retrait différé sur le compte de leurs patients, ce qui laisse le temps à ces derniers d'obtenir le remboursement des organismes d'assurance maladie.

Monsieur Door, je sais bien que la consultation chez un médecin généraliste coûte 23 euros, mais lorsqu'on est juste au-dessus du plafond de la CMU ou de l'ACS, cette somme peut poser un problème !

M. Daniel Fasquelle. Ce n'est pas le sujet !

M. Gérard Bapt. Par ailleurs, pour faire une épreuve d'effort sous surveillance électrocardiographique, il faut déboursier 75 euros. Et pour des familles qui bouclent leur budget mensuel à 50 euros près, c'est quelque chose !

M. Daniel Fasquelle. Votre intervention est totalement hors sujet !

M. Gérard Bapt. Au contraire, elle est en plein dans le sujet !

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre.

M. Frédéric Lefebvre. Madame la ministre, votre texte part d'un postulat de base qui est faux, à savoir que le tiers payant généralisé va permettre aux plus pauvres, qui sont éloignés des soins, de revenir dans le système. Vous savez parfaitement que ce postulat n'est pas juste. De grands économistes de la santé, comme Jean de Kervasdoué, ont parfaitement montré que, malgré l'avancée de la CMU, un nombre croissant de nos concitoyens retardent leur accès aux soins, notamment dentaires et optiques, pour des raisons financières, et que 7 % d'entre eux n'ont aucune couverture complémentaire. C'est à cela que nous devrions nous attaquer !

Or vous savez parfaitement que les soins optiques et dentaires ne sont que très peu pris en charge par le régime obligatoire – vous avez d'ailleurs voulu la généralisation des complémentaires. En réalité, nous sommes en train de basculer progressivement, et ce depuis des années, car cette logique n'est pas propre à votre

gouvernement mais partagée sur tous les bancs depuis bien longtemps, d'une médecine libérale à une médecine bureaucratisée.

Ce tiers payant est en quelque sorte le toit de l'édifice : il vient masquer ce dont aurait réellement besoin notre système de santé, à savoir une privatisation du management et de la gestion. On me répond que les caisses primaires d'assurance maladie sont des personnes morales de droit privé, mais c'est une blague ! La réalité, c'est qu'on est en train de basculer progressivement d'une bureaucratisation étatique à une bureaucratisation privée. Ce qu'il importe de faire, aujourd'hui, c'est d'introduire des méthodes de gestion privée.

M. Gérard Bapt. Tout cela est bien compliqué. Explicitez votre pensée !

M. Frédéric Lefebvre. Entendons-nous bien : je défends notre système de Sécurité sociale, je défends notre système d'assurance par l'État. Mais *quid* de la gestion ? On pourrait parler de l'hôpital... La comparaison que l'on fait régulièrement, et à juste titre, entre l'hôpital public et l'hôpital privé montre bien le problème. C'est parce que je suis contre la bureaucratisation de notre médecine que je m'oppose avec force à votre dispositif.

M. le président. Nous en venons aux amendements. Je suis saisi de plusieurs amendements de suppression, n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300.

La parole est à M. Frédéric Reiss, pour soutenir l'amendement n° 142.

M. Frédéric Reiss. Le tiers payant va rendre les conditions de travail des médecins inacceptables, puisqu'ils seront désormais aux ordres des comptables et des mutuelles. Par ailleurs, il aggraverait massivement les dépenses de santé. Les conséquences d'une telle disposition seront dramatiques, non seulement pour les médecins, mais aussi pour la population, notamment dans les zones où il est déjà difficile de trouver un praticien aujourd'hui. Comment peut-on envisager une telle réforme sans l'aval des médecins sur le terrain, et avec la seule bénédiction des technocrates du ministère, qui sont totalement déconnectés des réalités ?

Il faut oublier cette promesse électorale inconsidérée du président Hollande. Supprimons l'article 18 !

M. Daniel Fasquelle. Très bien !

M. Jean-Luc Laurent. Que d'amalgames...

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 204.

M. Jean-Pierre Door. Bien que vous ayez réécrit l'ensemble de cet article pour permettre une mise en place par étapes, madame la ministre...

M. Jean-Luc Laurent. À juste titre ! C'est mieux ainsi et vous devriez le reconnaître !

M. Jean-Pierre Door. ...de nombreuses questions techniques demeurent. J'ai envie de vous lire la lettre qu'une généraliste de trente-cinq ans vous a écrite il y a quelques jours, madame la ministre, pour vous dire quelle sera sa galère, en espérant que vous lui répondrez. Elle explique que demain, après le passage en force de la loi Santé, elle ne demandera plus à ses patients ce qu'ils ont, mais s'ils ont bien leur carte Vitale. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Annick Lepetit, Mme Catherine Lemorton et présidente de la commission des affaires sociales. C'est déjà ce qui se passe !

M. Jean-Pierre Door. Il leur faudra aussi leur attestation de mutuelle et leur attestation de Sécurité sociale, ce qui fait bien des papiers en plus de la carte Vitale.

M. Jean-Luc Laurent. Vous vivez au XIX^e siècle ?

M. Jean-Pierre Door. Elle ajoute que le tiers des patients n'auront pas, ou auront oublié leurs papiers, et se demande aussi ce qu'elle devra faire dans les cas de visites à domicile, puisqu'elle ne prend pas son ordinateur avec elle.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure de la commission des affaires sociales. Il existe des ordinateurs portables, vous savez !

M. Jean-Pierre Door. Elle se demande, pour finir, comment elle pourra gérer sa trésorerie, avec tous les actes qui seront payés avec plusieurs semaines, voire plusieurs mois de retard. Avec votre réforme, elle ne va plus soigner tout en gagnant sa vie, mais passer son temps à vérifier des papiers et à réclamer de petites sommes. C'était donc cela, le choc de la simplification administrative qu'avait promis le Président de la République ?

M. Jean-Luc Laurent. Que d'exagération !

M. Jean-Pierre Door. Pour cette généraliste, il faut supprimer l'article 18. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP.*)

M. Daniel Fasquelle. Très bien !

M. le président. Sur les amendements identiques n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300, je suis saisi par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire et par celui de l'Union des démocrates et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Frédéric Lefebvre, pour soutenir l'amendement n^o 249.

M. Frédéric Lefebvre. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 278.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Xavier Breton, pour soutenir l'amendement n^o 449.

M. Xavier Breton. Cet amendement vise à supprimer l'article 18, qui propose la généralisation du tiers payant. Pour des raisons de principe, d'abord : ce système, on l'a dit, va entraîner une déresponsabilisation, alors qu'on devrait au contraire réorienter notre système de santé vers plus de responsabilité. Pour des questions pratiques, ensuite : la mise en œuvre de ce dispositif sera très lourde, notamment les dispositions relatives au contrôle et à la surveillance, et il entraînera une bureaucratisation de la médecine.

Le système que vous proposez est doublement néfaste, puisqu'il conduira à une déresponsabilisation et à une bureaucratisation. C'est pour cette raison que nous proposons de supprimer l'article 18.

M. le président. La parole est à Mme Marion Maréchal-Le Pen, pour soutenir l'amendement n^o 766.

Mme Marion Maréchal-Le Pen. Cet article donne une nouvelle illustration de cette manie socialiste du Gouvernement de gouverner toujours contre le peuple. Il aurait été intéressant d'essayer de comprendre l'opposition des médecins plutôt que de crier immédiatement au corporatisme, comme vous l'avez fait en commission, les comptes rendus en témoignent.

C'était une promesse de campagne : cela signifie que vous aviez deux ans et demi pour préparer cette réforme sereinement, en coulisses. Et pourtant, vous ne répondez toujours pas concrètement, aujourd'hui, aux inquiétudes techniques des médecins sur le coût supplémentaire, la bureaucratisation, les risques de retard de paiement et le temps perdu à courir derrière près de 500 complémentaires de santé. Ces inquiétudes sont justifiées, puisque l'expérience a pu montrer que la généralisation du tiers payant posait des difficultés. On l'a vu notamment dans le secteur de la pharmacie, où certaines officines ont des ardoises de plusieurs milliers d'euros d'impayés.

Vous justifiez cette généralisation par un meilleur accès à la médecine pour les plus démunis de nos compatriotes, alors qu'ils bénéficient déjà, cela a été rappelé, du système de tiers payant. Pour tous les autres, ceux qui, parce qu'ils sont à quelques dizaines d'euros près, ne peuvent pas avancer les frais d'une consultation, le problème de fond, que vous n'évoquez jamais, est celui du pouvoir d'achat des Français. Le problème, ce sont les salaires et les pensions de retraite qui sont insuffisants pour vivre décemment dans notre pays. Il aurait été beaucoup plus judicieux de s'attarder sur ce problème de fond plutôt que de proposer des mesures cosmétiques et de se cacher derrière les médecins pour dissimuler votre impuissance sur ce sujet fondamental.

M. Gérard Bapt. Occupez-vous plutôt de Jean-Marie !

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n^o 1300.

M. Arnaud Richard. Le Gouvernement et la majorité tiennent effectivement une promesse de campagne, et nous devrions nous en féliciter. Cette généralisation du tiers payant, qui est extrêmement habile en termes de marketing politique, puisqu'elle est plutôt populaire auprès de nos compatriotes, sert en réalité de paravent à deux phénomènes.

Le premier, qui inquiète profondément l'ensemble des professions médicales, c'est cette forme de fonctionnarisation ou de bureaucratisation de la profession des médecins en France.

M. Jean-Luc Laurent. Mais non !

M. Arnaud Richard. Ils sont face à un phénomène rampant. Désormais, ils n'auront plus des patients devant eux : ils auront comme seuls clients la Caisse primaire d'assurance maladie et les 560 complémentaires de France. Bernard Accoyer a parlé de *burn-out* pour qualifier l'état d'esprit de la profession. Il va peut-être un peu loin, mais on peut comprendre que les médecins en France soient totalement désemparés face à ce phénomène rampant. Vous ne voulez pas voir cela, c'est votre problème, mais c'est une réalité.

Le deuxième phénomène, c'est que vous ne répondez absolument pas au problème du reste à charge. C'est une problématique qui vous dépasse. Vous allez casser le rapport de confiance qui existe entre les patients et les médecins, tout en dévalorisant l'acte médical.

Donc, sous le paravent et le leurre d'une simplification administrative et financière pour le patient se cachent une bureaucratisation et, plus grave, une financiarisation et une privatisation du système de santé à la française.

Tout cela, dû à une très bonne idée de marketing politique pendant une campagne présidentielle, nous mène à une catastrophe. Je tiens au passage à saluer l'habileté de la ministre : le calendrier de mise en œuvre du dispositif nous imposera très certainement de perpétuer cette ineptie en 2017, dans la mesure où la plupart des Français seront dans le système à la fin de l'année 2016.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales. L'avis de la commission est bien sûr défavorable à l'ensemble des amendements de suppression de l'article 18, pour de très nombreuses raisons dont vous me permettez de dire quelques mots. Nous avons des points de vue totalement opposés, mais le débat est là pour me permettre de répondre à un certain nombre d'arguments qui ont été avancés.

Je tiens à souligner une chose fondamentale à mes yeux : le tiers payant, ce n'est qu'une technique de paiement du médecin. Ce n'est pas une gratuité des soins. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Le tiers payant ne couvre qu'à hauteur de ce pour quoi vous avez cotisé et vous êtes couvert ! Je rappelle aussi que l'assuré a déjà payé ses soins, par des cotisations ou par des impôts affectés au financement de l'assurance maladie. Et il en va de même pour les organismes complémentaires auxquels il a cotisé.

M. Dominique Tian. Hé bien oui, c'est gratuit !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Non, ce n'est pas gratuit, sauf à ce que vous considériez que les cotisations que vous versez mensuellement...

M. Dominique Tian. Ce sont les soins qui sont gratuits !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Non, je suis désolée, c'est une mauvaise analyse. Lisez le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, vous verrez qu'il arrive exactement aux mêmes conclusions que moi.

Vous avez également évoqué un recours inflationniste aux soins. Mais je ne connais pas beaucoup de gens qui ont très envie d'aller chez le médecin ! Sans vouloir être désagréable à leur rencontre, très sincèrement, on y va parce qu'on y est obligé de le faire, parce qu'on est malade !

M. Dominique Tian. Pour les arrêts de travail !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Mais qui signe les arrêts de travail ? C'est bien les médecins !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je ne connais personne qui y aille par plaisir.

M. Dominique Tian. On va vous en trouver parmi les bénéficiaires de l'AME ! Ou de la CMU !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je connais en revanche des personnes qui repoussent des consultations parce qu'elles n'ont pas les moyens de faire l'avance. Ça, c'est une réalité vécue, il est faux de dire que ça n'existe pas. Effectivement, nos compatriotes les plus défavorisés, attributaires de la CMU et de l'ACS, bénéficient du tiers payant. Mais, comme l'a rappelé Gérard Bapt, des membres de la classe moyenne hésitent à consulter, selon la période du mois, parce qu'ils n'ont pas les moyens de faire cette avance !

J'entends ceux qui disent ici que les médecins pratiqueraient déjà des avances de trésorerie et reculeraient l'encaissement. Mais très sincèrement, chers collègues, combien de patients n'osent pas le demander ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Eh oui !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Et ne pensez-vous pas que, pour ceux qui le demandent, c'est un instant extrêmement difficile à vivre humainement ? Ce droit qui est ouvert est donc une avancée dont personne ne peut contester l'intérêt...

M. Julien Aubert. Une avancée dans le mur !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. ...et c'est la raison pour laquelle la commission est opposée à ces amendements. Les médecins ne sont d'ailleurs pas opposés au principe : ils sont opposés à certaines modalités de mise en œuvre, et les amendements déposés par le Gouvernement nous ont permis d'avancer sur ce point.

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Dommage que M. Accoyer ne soit plus là : il faut lui dire que le chiffre qu'il a donné de 3 000 euros d'impayés par officine et par mois est faux. Cela représenterait 800 millions d'euros par an. Je viens d'échanger par SMS avec les syndicats, ce chiffre est faux. Cela a été affirmé lors d'une émission par une dame qui sortait ce chiffre d'on ne sait où, mais c'est faux.

M. Dominique Tian. C'est combien alors ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Venons-en à l'argument de l'inflation. D'après le raisonnement de M. Accoyer, dès que le tiers payant a été mis en place dans les officines, il y a maintenant plus de trente ans, on a constaté une augmentation immédiate de la consommation de médicaments. Mais un médicament couvert par le tiers payant est obligatoirement prescrit par le médecin ! Cela voudrait donc dire que les médecins – qui restent maîtres de leurs prescriptions, tant sur les médicaments que sur les arrêts de travail – sachant que leurs patients ne feraient plus l'avance des médicaments, se seraient mis à en prescrire de manière inflationniste ! Avouez que le raisonnement, pour le moins erroné,...

Mme Jacqueline Fraysse. Et désobligeant pour les médecins.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. ...tend à prouver que nos médecins sont déraisonnables et irresponsables. Je pense que M. Accoyer se trompe.

J'entends aussi que le médecin va passer son temps à demander la carte Vitale. Mais que fait-il aujourd'hui, pour chaque patient ? Il demande la carte Vitale, pour télétransmettre le montant de la consultation ! Chaque fois que je vais voir un médecin, il me la demande ! Cela se fait déjà, donc je ne crois pas du tout que ce genre d'argument soit valable et recevable pour demander la suppression de l'article 18.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour donner l'avis du Gouvernement sur cette série d'amendements identiques.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Avis défavorable, bien sûr. Je voudrais répondre au fond sur les questions qui ont été soulevées lors de la présentation de ces amendements et de la discussion sur l'article. Il y a incontestablement des points qui nous séparent sur cette question du tiers payant, mais je relèverai volontiers, sous une forme ou sous une autre – pas forcément politique – le défi lancé par M. Aboud : voyons ce qu'il en sera dans dix ans ! Je suis certaine que dans dix ans, on ne parlera plus du tiers payant parce qu'il sera devenu une banalité, une norme, une simplicité.

M. Dominique Tian. Dites surtout qu'il n'y aura plus de Sécurité sociale !

M. Julien Aubert. Ou plus de médecins !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je crois que nombre des réticences, qu'il ne s'agit pas d'occulter ou de nier, des professionnels de santé viennent de leur inquiétude quant à la mise en œuvre technique et concrète du système. Dès lors que le système sera simple et intuitif, qu'il apportera des garanties, alors il sera intégré dans la pratique quotidienne tout comme aujourd'hui les médecins télétransmettent avec la carte Vitale de manière simple et sans plus se poser de questions. Pourtant, l'introduction de la carte Vitale il y a plus de dix ans avait suscité des inquiétudes de même ordre que celles que l'on constate aujourd'hui.

Je voudrais dire pourquoi nous avons proposé le tiers payant.

M. Pierre Lellouche. Par idéologie !

Mme Marisol Touraine, ministre. Mesdames et messieurs les députés, les renoncements aux soins sont une réalité dans notre pays. Et les renoncements aux soins ne concernent pas uniquement les plus pauvres.

M. Julien Aubert. Et quand il n'y aura plus de médecins, on fera comment ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous parlez de la CMU, mais pour y avoir droit, il faut un revenu inférieur à 720 euros par mois. Il y a des hommes et des femmes dont les revenus sont supérieurs à 720 euros par mois et qui éprouvent des difficultés pour avancer des frais chez le généraliste, chez les spécialistes et chez d'autres professionnels de santé ! Nous disposons de toutes les données sur ce point.

Je ne voudrais pas revenir sur les 30 % de personnes qui, globalement, renoncent aux soins dans notre pays.

M. Daniel Fasquelle. Ce chiffre est complètement faux ! C'est 5 % !

Mme Marisol Touraine, ministre. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé indique que pour une personne dont les revenus se situent autour de 2 120 euros mensuels, on constate des renoncements aux soins, tous soins confondus, de l'ordre de 20 %.

Une étude encore plus intéressante, de mars dernier, réalisée par le Collectif interassociatif sur la santé, le CISS...

M. Dominique Tian. Qu'est-ce que c'est que ça ? Ils sont financés par le ministère de la santé ?

Mme Marisol Touraine, ministre. ... indique que 25 % des malades en ALD ont renoncé à des soins.

M. Bernard Debré. Ce n'est pas vrai !

M. Dominique Tian. Ce n'est pas possible !

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est tout de même extrêmement préoccupant. De même, 17 % des Français ont déjà renoncé à consulter du fait du montant de la consultation.

La première chose que je veux donc dire, mesdames et messieurs les députés, c'est que pour le Gouvernement, il ne s'agit pas d'un tiers payant social. Il s'agit de garantir l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens, et notamment des classes moyennes. Car les plus pauvres de nos concitoyens, grâce à la CMU, ont déjà des garanties. Il s'agit donc de faire en sorte que ceux qui ne sont pas les plus pauvres puissent consulter dans des conditions satisfaisantes. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Pierre Lellouche. Arrêtez plutôt de taxer les classes moyennes !

M. le président. Mes chers collègues, écoutez Mme la ministre !

Mme Marisol Touraine, ministre. Le deuxième élément que vous avancez, avant d'en venir aux arguments techniques, est qu'au fond, le tiers payant organise une irresponsabilité généralisée. Je conteste absolument cette vision de nos concitoyens d'un pessimisme affreux. Non, les Français ne sont pas 60 millions d'irresponsables infantilisés, incapables de comprendre quand ils ont besoin d'aller voir un médecin !

M. Jean-Luc Laurent. Bien sûr ! C'est méprisant !

Mme Marisol Touraine, ministre. On ne va pas voir son médecin ou un professionnel de santé par plaisir. On y va lorsqu'on a besoin d'être soigné. C'est d'autant plus vrai que vous avez été nombreux à dire qu'il y avait parfois des difficultés pour obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables : dès lors qu'il y a des contraintes dans l'accès, ne serait-ce que pour des raisons de calendrier, on ne multiplie donc pas les rendez-vous de cette manière.

M. Daniel Fasquelle. Quelle salade !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous vous plaisez à dépeindre la France comme marchant d'un pas guilleret vers une espèce d'étatisation absolue, de socialisme des années cinquante tel que l'ont connu certains pays hors de notre continent européen. Mais sachez que l'Organisation mondiale de la santé, qui n'est tout de même pas une organisation extrémiste, défend la généralisation du tiers payant et considère qu'il doit être mis en place dans les pays qui ont une assurance maladie universelle.

M. Dominique Tian. Obligatoire !

Mme Marisol Touraine, ministre. La plupart de nos voisins, qui ne sont quand même pas des clones de l'Union soviétique stalinienne, ont mis en place des dispositifs de tiers payant. Et dans ces pays, que vous nous citez à l'envi en matière de finances publiques, on constate que les dépenses de soins sont globalement inférieures aux nôtres. Donc, là où le tiers payant existe, on ne peut pas dire que l'on constate que les habitants se soient transformés en armées de consommateurs de soins.

J'entends les arguments sur la faisabilité et le côté pratique des choses. Aujourd'hui, les médecins sont confrontés à des bugs informatiques dans la mise en place du tiers payant qu'ils pratiquent pour les bénéficiaires de la CMU. Je veux donc dire de la manière la plus solennelle qui soit que la mise en place du tiers payant, qui sera progressive, ne correspond pas à l'extension du système actuel de tiers payant. Il ne s'agit pas de généraliser le système actuel, qui pose un certain nombre de difficultés. Il s'agit de mettre en place un système nouveau, avec une gouvernance coordonnée par l'assurance maladie avec les organismes complémentaires, qui garantisse un paiement rapide – moins de sept jours – aux professionnels de santé, avec un paiement unique.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Très bien !

Mme Marisol Touraine, ministre. Aujourd'hui, les médecins passent du temps à leur comptabilité, tiers payant ou pas !

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes*. Ils n'ont plus de secrétariat !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je peux vous dire que lorsque le tiers payant sera généralisé, que le paiement arrivera de façon unifiée, malade par malade, on pourra considérer que le médecin gagne du temps dans la gestion de ses paiements et dans la relation avec les organismes payeurs, qu'il n'y aura plus autant de temps à passer sur ces tâches relativement chronophages.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes*. Pourquoi ont-ils tous renoncé aux secrétariats et aux accueils ? Ils n'ont qu'à faire des groupements d'employeurs !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Enfin, on ne peut pas à la fois dire que le tiers payant est la marche en avant vers un système de soumission absolue à l'assurance maladie et craindre une privatisation par les organismes complémentaires. C'est simplement un dispositif de paiement direct aux médecins, sans passer par les malades. Il ne s'agit pas de gratuité, j'insiste bien sur ce point, il s'agit de dispense d'avance de frais. Les patients contribuent, les patients et les entreprises cotisent, l'ensemble de nos concitoyens cotisent : il n'y a donc pas de gratuité. C'est simplement la mise en place d'un nouveau type de paiement aux professionnels.

C'est une mesure importante, de justice sociale, de progrès, qui donne tout son sens au caractère universel de notre assurance maladie. C'est une mesure au cœur du pacte social que nous portons. Ce n'est pas une révolution pour notre système de santé, c'est un élément central dans l'accès aux soins, ce qui ne veut évidemment pas dire que d'autres questions ne se posent pas, auxquelles nous apportons par ailleurs des réponses.

C'est en tout cas une mesure de justice dont nous pourrions, j'en suis certaine, être collectivement fiers. Les Français attendent que nous facilitions leur relation avec le système de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Dominique Tian. Comme pour les 35 heures !

M. le président. Mes chers collègues, je suis saisi de plusieurs demandes de parole. Pourront s'exprimer deux orateurs pour et deux orateurs contre les amendements.

M. Jean-Luc Laurent. Très bien ! Le débat a déjà eu lieu !

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Madame la ministre, le tiers payant n'est pas le point central de votre réforme.

M. Gérard Bapt. Tout à fait !

M. Bernard Debré. J'y suis très opposé : à mon sens, cette mesure est démagogique et inflationniste. Et ne dites surtout pas qu'elle ne poussera pas les malades à consulter davantage : ce sera évidemment le cas, nous le savons !

Vous avez raison sur un point : on ne peut pas faire de parallèle entre les pharmaciens et les médecins. Les pharmaciens ne prescrivent pas, ils ne font que remettre aux patients les médicaments qui ont été prescrits par les médecins.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales* et **M. Gérard Bapt**. Les pharmaciens apprécieront !

M. Bernard Debré. En revanche, vous affirmez que certains malades ne peuvent pas accéder aux soins. Mais de quels types de soins s'agit-il ? Des lunettes, des soins dentaires, des consultations ORL !

M. Daniel Fasquelle. Voilà les vrais sujets !

M. Bernard Debré. En somme, il s'agit de la médecine spécialisée, et non de la médecine générale.

Mme Claude Greff. Le tiers payant ne va pas les aider !

M. Bernard Debré. Le tiers payant ne va pas aider les patients ayant des troubles de la vue ou des problèmes au niveau des oreilles ou des dents.

Mme Claude Greff. C'est pour ces soins-là qu'il y a un besoin !

M. Bernard Debré. Or c'est pour ces soins-là que nous avons besoin de faire progresser les remboursements, c'est évident !

Le tiers payant ne va pas rendre la médecine gratuite, mais en masquer le prix.

M. Gérard Sebaoun. Et les dépassements d'honoraires ?

M. Bernard Debré. Quand un malade ira voir un médecin, il ne saura pas que la consultation coûte 23 euros – ce qui est, entre nous, un scandale : 23 euros, c'est le prix d'une place de cinéma ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. On voit que vous n'allez jamais au cinéma !

M. Élie Aboud. Dans un grand cinéma !

M. Christophe Caresche. Dans le XVI^e arrondissement, c'est très cher... (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. Quand on va au cinéma avec sa femme et son enfant, on paye plus que cela !

M. Élie Aboud. Avec les pop-corn ! (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. Je n'ai pas besoin de prendre d'autres exemples : le tiers payant ne permettra plus au patient de voir ce qu'il paie. Et ce serait, madame la ministre, une avancée ? Mais à ce compte-là, il faudrait aussi de ne pas faire payer le gaz, l'électricité ou les loyers, et tout rendre gratuit !

M. Jean-Luc Laurent. Le tiers payant, ce n'est pas la gratuité !

M. Bernard Debré. Les médecins sont allés dans la rue, ils ont manifesté. Ils ne sont pas tous avides d'argent. Ils savent que leur métier sera transformé et que ce sera très difficile pour eux. C'est pourquoi je suis contre l'article 18.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Une intervention pour rien !

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

M. Gérard Bapt. Je me limiterai à présenter des arguments qui n'ont peut-être pas encore été avancés.

Au cours de ce débat, on a souvent entendu que la gratuité entraînerait une inflation des soins. Il se trouve que je suis président du conseil de surveillance du Fonds CMU, qui gère la couverture médicale universelle complémentaire. Il fonctionne sur la base d'un forfait, d'ailleurs réévalué annuellement dans le cadre du PLFSS, calculé en fonction du prix d'un panier de soins certes limité, mais très large en ce qui concerne les besoins de santé. Cela permet de connaître très exactement la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire et l'évolution de cette consommation.

Mme Claude Greff. Qu'est-ce que cela change ?

M. Gérard Bapt. On constate qu'en moyenne, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ne consomment pas plus de soins que la moyenne des patients dans ce pays,...

M. Dominique Tian. C'est faux !

M. Gérard Bapt. ...à une nuance près, que je me dois de préciser devant l'opposition pour être tout à fait exact : lorsqu'un patient accède au droit au Fonds CMU,...

M. Dominique Tian. Il surconsomme !

M. Gérard Bapt. ...sa consommation est, au départ, plus élevée, parce qu'il a un tel retard d'accès aux soins...

Plusieurs députés du groupe UMP. Non !

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Si ! Avant d'avoir accès à la CMU complémentaire, il ne se soignait pas normalement !

M. Gérard Bapt. Consultez les nombreux membres du conseil de surveillance du Fonds CMU, ils vous le confirmeront ! Et lisez son rapport annuel ! L'argument selon lequel le tiers payant entraînerait une inflation des soins est donc faux.

M. Dominique Tian. Pas du tout ! Il y a un effet d'aubaine !

M. Gérard Bapt. Enfin, je veux m'élever contre un argument avancé par M. Le Maire,...

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Il n'est plus là !

M. Gérard Bapt. ...non seulement dans cet hémicycle, mais aussi dans des publications médicales, selon lequel le tiers payant serait à l'origine d'une dérive vers la fonctionnarisation de notre système de santé,...

Mme Claude Greff. Vers l'étatisation du système de santé, tout à fait !

M. Gérard Bapt. ...et donc vers une perte de confiance, de prestige et d'autorité médicale. Mais avais-je une autorité médicale lorsque j'exerçais à titre salarié à l'hôpital ? Oui ! Quelle a été ma satisfaction lorsque, m'installant en libéral, tout en conservant d'ailleurs des vacations à l'hôpital, j'ai constaté que des patients que j'avais vus et parfois accueillis aux urgences plusieurs années auparavant continuaient à venir me voir, non seulement parce qu'ils étaient satisfaits, mais aussi parce qu'ils me faisaient confiance ! Ils m'avaient pourtant connu dans le cadre d'un exercice exclusivement salarié.

M. Bernard Debré. C'est parce que vous étiez un bon médecin !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je vais vous expliquer pourquoi le groupe UMP a demandé un scrutin public et votera contre l'article 18.

M. Élie Aboud. Attention, le scrutin public porte sur les amendements de suppression de l'article !

M. Jean-Pierre Door. Contrairement à ce que j'ai entendu, il ne s'agit pas de corporatisme. Le 15 mars, vous avez vu toute la jeunesse médicale, les futurs médecins dans la rue, contestant la généralisation du tiers payant.

Madame la ministre, vous vous êtes énervée en donnant l'avis du Gouvernement sur nos amendements de suppression. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe SRC.*) Il ne faut pas !

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Pas du tout ! Elle ne s'est pas énervée !

M. Jean-Pierre Door. Vous jouez simplement votre rôle politique : vous nous vendez un système idéologique...

M. Dominique Tian. Exactement ! C'est électoral !

M. Jean-Pierre Door. ...qui va transformer radicalement la médecine libérale actuelle en médecine très administrée.

Avec la généralisation du tiers payant, vous faites croire que les soins seront gratuits. Vous savez très bien ce qui va se passer : en réalité, les patients penseront que les consultations seront gratuites,...

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Ils continueront de payer leurs cotisations de Sécurité sociale !

M. Jean-Pierre Door. ...et il y aura un risque d'inflation d'actes de soins.

M. Arnaud Leroy. Mais non ! Soyez sérieux !

M. Jean-Pierre Door. J'ai retrouvé un document de l'Académie nationale de médecine, qui a montré, à l'occasion de deux expériences, que la réduction du reste à charge pour les patients augmentait la consommation médicale et son coût. Dans le cadre d'une autre expérience, une mutuelle a comparé deux sous-groupes d'âge et de sexe similaires, l'un remboursé à 70 %, l'autre à 100 % : le nombre d'actes médicaux pratiqué sur le second a été supérieur de plus de 17 %.

M. Arnaud Leroy. Quelles sont vos sources ?

M. Jean-Pierre Door. C'est une évidence : lorsque quelque chose est gratuit,...

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* On se soigne !

M. Jean-Pierre Door. ...on pense qu'on y a droit. Ainsi, le patient, mais aussi éventuellement le prescripteur, multiplieront les actes.

Mme Martine Pinville. Ce n'est pas de la consommation !

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* On n'est pas au supermarché ! Hier soir, à propos du délai de réflexion préalable à une IVG, vous aviez déjà comparé des actes médicaux à l'achat d'une voiture !

M. Jean-Pierre Door. C'est pourquoi nous nous opposerons à cet article 18. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Guy Delcourt.

M. Guy Delcourt. Je voterai bien sûr l'article 18, pour deux raisons.

Élu du Pas-de-Calais et du bassin minier, je peux témoigner du fait que nous avons connu pendant plusieurs années deux régimes de soins pour les anciens mineurs et leurs ayants-droit, notamment leurs veuves. Grâce à vous, madame la ministre, ces derniers sont totalement pris en charge par le régime minier : en abrogeant l'article 80 du décret du 30 août 2011, pris par le gouvernement précédent, vous avez maintenu les droits des anciens mineurs, qui seront ainsi pris en charge jusqu'au dernier vivant.

J'ai rencontré les médecins libéraux de Lens et des environs. Compte tenu de la liberté qu'ont maintenant les veufs et anciens mineurs de choisir leur médecin, les médecins se sont habitués au tiers payant, qui est naturel pour les personnes âgées soumises au régime général. Ils m'ont en effet parlé de la charge administrative qui serait la leur : d'ailleurs, nous avons évoqué cette question lors d'une réunion de concertation avec votre cabinet, et vous y avez répondu depuis. Voilà un exemple qui démontre bien que le tiers payant n'est pas cette machine qui va mener la Sécurité sociale là où personne ne veut aller.

Tout au long des débats, nous avons beaucoup parlé de cotisations sociales. Madame la ministre, je souhaite donc vous poser une question, sans aucun esprit polémique mais pour satisfaire ma curiosité – si vous ne me

répondez pas, je le comprendrai, bien entendu. Les médecins, qui peuvent aussi, hélas, être eux-mêmes souffrants, paient-ils des cotisations sociales sur leurs honoraires ?

M. le président. Madame Orliac, vous m'avez demandé la parole. J'ai précisé tout à l'heure que seulement deux orateurs pour et deux orateurs contre pourraient s'exprimer, sur sept demandes de parole contre et cinq demandes de parole pour. Vous n'avez pas entendu mon propos et, à titre exceptionnel, je vais vous donner la parole, mais je ne le ferai plus à l'avenir, d'autant que vous m'avez déjà sollicité hier de la même façon. Je tiens compte du fait que votre groupe ne s'est pas encore exprimé...

Mme Dominique Orliac. Pardon, monsieur le président ? Mon groupe ne s'est pas exprimé ?

M. le président. Pas sur les amendements de suppression de l'article 18. Je suis déjà allé au-delà du règlement en donnant la parole à deux orateurs de chaque position.

Mme Dominique Orliac. Mais...

Mme Claude Greff. Il faut être souple, monsieur le président !

M. le président. En agissant ainsi, madame Orliac, j'essaie d'être le plus respectueux possible du débat public.

Mme Dominique Orliac. Monsieur le président, je vous ferai remarquer que ce n'est pas moi qui suis en train de faire perdre du temps à notre assemblée. (*Exclamations sur divers bancs.*)

M. Julien Aubert. Oh ! Respectez la présidence !

M. le président. Vous avez la parole, madame Orliac.

Mme Dominique Orliac. Ce projet de loi a été présenté et résumé dans les médias sous le seul angle de la généralisation du tiers payant. Compte tenu des inégalités sociales dans le domaine de la santé et des difficultés croissantes de la population, il est important que tout le monde ait aujourd'hui accès aux soins, mais il faut un corollaire : une simplification du tiers payant. De nombreux médecins généralistes, de nombreux médecins libéraux ne sont pas opposés au tiers payant mais à sa généralisation.

Mme Claude Greff. Bien sûr ! Les médecins sont responsables !

Mme Dominique Orliac. Les médecins libéraux et les médecins généralistes le disent : cette mesure va certainement mettre en péril le fonctionnement de nombreux cabinets médicaux et aggraver, par là même, la désertification de nos contrées...

Mme Claude Greff. Bien sûr !

Mme Dominique Orliac. ...alors que ce projet de loi ne prévoit rien pour améliorer la situation. Techniquement, rien n'est encore opérationnel pour que le tiers payant puisse être généralisé : voilà la difficulté.

Mme Claude Greff. Les médecins acceptent déjà le tiers payant pour les patients qui connaissent des difficultés !

Mme Dominique Orliac. Un système basé sur un flux unique est le seul acceptable, nous en reparlerons. Quant au virage ambulatoire annoncé, qui est indispensable, nous n'en trouvons pour l'instant aucune trace dans ce texte.

Franchement, tel qu'il est présenté aujourd'hui, le tiers payant généralisé n'est pas acceptable. Comme de nombreux députés, nous avons fait des propositions, mais elles n'ont pas été entendues.

Mme Claude Greff. L'idéologie a primé, une fois de plus !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------|----|
| Nombre de votants | 50 |
| Nombre de suffrages exprimés | 50 |
| Majorité absolue | 26 |
| Pour l'adoption | 17 |
| contre | 33 |

(*Les amendements identiques n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300 ne sont pas adoptés.*)

(*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Daniel Fasquelle. Les médecins apprécieront !

Mme Claude Greff. La gauche est malade !

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 205 et 250.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 205.

M. Jean-Pierre Door. La commission a adopté une nouvelle rédaction de l'article 18, en essayant d'assouplir les mesures prévoyant la généralisation du tiers payant. Ainsi, vous allez procéder par étapes. Mais il semble qu'il y ait un problème : si l'article 18 instaure tout d'abord une démarche volontaire, non obligatoire – même si le terme « facultatif » n'est pas utilisé – le tiers payant deviendrait un droit en 2017. Dès lors, il deviendrait obligatoire. Par cet amendement, nous souhaitons confirmer que ce système de tiers payant généralisé reste volontaire, facultatif, non obligatoire, y compris à partir de 2017. Il ne doit pas devenir un droit, ce qui impliquerait par définition un caractère obligatoire.

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre, pour soutenir l'amendement n^o 250.

M. Frédéric Lefebvre. J'ai dénoncé tout à l'heure la dérive bureaucratique de notre système de santé, à l'œuvre depuis vingt ans, « parachevée » aujourd'hui par l'instauration du tiers payant généralisé. Certes, M. Door vient de le rappeler, il y a encore quelques années à attendre avant que le couperet ne tombe définitivement. Mais c'est là une méthode bien connue des exécutifs qui se succèdent : donner le sentiment de ne pas aller jusqu'au bout et laisser évoluer le système automatiquement, dans la dérive la plus totale, vers son achèvement complet.

À l'instar de Jean-Pierre Door, je souhaite que nos compatriotes médecins puissent, dans la perspective de cet achèvement que je redoute, garder une liberté de choix et que seuls les professionnels qui le souhaitent appliquent le tiers payant généralisé que vous nous annoncez pour le futur.

Mme Catherine Coutelle, *présidente de la délégation aux droits des femmes.* Il n'est pas généralisé dans ce cas !

M. Frédéric Lefebvre. Vous avez parfaitement compris.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse.* Avis défavorable. Ce sont des amendements de repli. Or, nous avons un désaccord de fond. La généralisation du tiers payant pose un certain nombre de questions, de difficultés techniques qui seront levées. Dès lors qu'elles le seront, nous sommes persuadés que cela sera une réussite. Il n'y a donc aucune raison de ne pas prévoir d'instituer le tiers payant comme un droit.

M. Frédéric Lefebvre. Les médecins seront au garde au vous.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Avis défavorable également. Le texte du projet de loi, vous l'avez souligné, monsieur Door, a évolué. Il prévoit notamment une généralisation très progressive, par étapes, en fonction des publics concernés : au 1^{er} juillet de cette année, ce seront les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé ; l'année prochaine, les patients qui souffrent d'une affection de longue durée et à partir de 2017, l'ensemble de nos concitoyens.

Mais cette généralisation par étapes s'accompagne d'évaluations, de rapports techniques, d'expertises qui doivent nous permettre de nous assurer que le dispositif répond aux attentes que nous plaçons en lui, y compris d'un point de vue technique de simplicité de fiabilité.

Cela représente une garantie pour les professionnels et un droit pour nos concitoyens qui, du reste, devront remplir un certain nombre de conditions pour pouvoir en bénéficier. Il s'agit d'un droit que nos concitoyens vont pouvoir saisir progressivement. C'est à cela que le Gouvernement est attaché.

M. Frédéric Lefebvre. Le crime est parfait !

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Madame la ministre, je n'ai pas bien compris. Vous allez mettre le tiers payant généralisé en marche progressivement, soit. Mais il ne vous aura pas échappé que les médecins, les professionnels de santé sont descendus dans la rue, ce qui est assez rare. Or, j'ai entendu que le Premier ministre allait les réunir après le vote de la loi et qu'il allait ouvrir une nouvelle concertation.

M. Gérard Sebaoun. Pour leur expliquer comment ça marche.

M. Bernard Debré. À quoi cela rime-t-il ? À quoi servira cette réunion alors que la loi aura été votée par l'Assemblée et le Sénat ? Puisque vous avez demandé que le texte soit examiné en urgence, il n'y aura en principe qu'une lecture.

Cela traduirait-il une inquiétude de la part du Gouvernement ? Il est vrai qu'il est rare de voir autant de professionnels de santé manifester dans la rue. Pour ma part, je l'avais fait deux fois, en 1982 et contre la loi Bachelot – vous le voyez, je suis libre ! (*Sourires.*) Mais voilà que je l'ai fait une troisième fois, madame la ministre.

Je voudrais donc savoir pourquoi le Premier ministre réunira tout le monde à ce moment. Pour modifier la loi ? Pour rassurer les professionnels de santé ? Je n'en sais rien.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Pour ma part, j'étais favorable à ce que le tiers payant s'appliquât à l'ensemble des médecins. Je me suis rendu aux arguments de Mme la ministre qui a entendu « la rue », comme vous le dites si bien – et il est vrai que les médecins n'y descendent pas si souvent.

Pourquoi y étais-je favorable ? Méditons sur l'exemple de la télétransmission, qui est obligatoire depuis bien longtemps : 10 % des médecins, d'abord les spécialistes que les généralistes,...

M. Dominique Tian. Refusent.

M. Gérard Sebaoun. ...résistent à ce système. Alors pour ce qui est de l'opportunité de laisser un choix, on a déjà donné ! Je m'en remets aux arguments du Gouvernement sur la progressivité mais à un moment donné, la puissance publique doit intervenir, et les patients en sont d'accord, pour qu'ils puissent bénéficier d'un nouveau droit qui s'appelle le tiers payant.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Lorsque l'on parle de progressivité, est-ce pour vous, madame la ministre, le besoin d'un temps technique...

M. Gérard Sebaoun. Bien sûr.

M. Élie Aboud. ...ou d'un temps politique ? Pour ma part, je penche pour la deuxième solution. Je ne reprendrai pas les arguments développés par Jean-Pierre Door, mais je veux répéter qu'il y a un problème de fond qui demeure entre nous.

Personne ne l'a dit, mais je vais le faire : vous considérez que les médecins sont tous des fonctionnaires de la Sécurité sociale. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Lamentable !

M. Élie Aboud. Si, mes chers collègues. C'est ainsi, c'est ancré. Nous, nous n'avons pas la même approche des choses.

(*Les amendements identiques n^{os} 205 et 250 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 994 et 1542.

La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n^o 994.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 1542.

M. Dominique Tian. Comme Fernand Siré, et Valérie Boyer, qui y tient également, je propose qu'à partir du 1^{er} juillet 2015, les médecins qui assurent la permanence des soins ambulatoires « peuvent » appliquer le tiers payant – et non « doivent ».

À l'UMP, nous considérons que l'extension du tiers payant doit rester une démarche volontaire pour les médecins et ne doit en aucun cas devenir une obligation comme le prévoit, malheureusement, le texte.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Cette nouvelle série d'amendements de repli s'inscrit dans la même logique de refus du tiers payant généralisé. En l'espèce, vous proposez d'instaurer une étape supplémentaire pour la mise en œuvre progressive du tiers payant. Je m'étonne d'abord de la date que vous proposez, à savoir le 1^{er} juillet 2015 : à cette date, le rapport conjoint assurance maladie et complémentaire qui a été demandé par voie d'amendements en commission sur proposition du Gouvernement ne sera pas encore remis.

Sur le fond, vous ciblez une catégorie de professionnels, ceux qui interviennent dans le cadre de la permanence des soins. Ce n'est pas de bonne méthode. Le projet de loi établit, lui, des étapes progressives qui concernent

l'ensemble des médecins mais pour certaines catégories de patients, ce qui évite un cloisonnement en fonction des professionnels.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable également. Je vous le dis très simplement, monsieur le député...

M. Dominique Tian. Ça va être très méchant.

Mme Marisol Touraine, ministre. ...ce n'est pas un avis défavorable sur le principe qui aurait consisté à introduire une étape supplémentaire. Il est défavorable parce que la fixer au 1^{er} juillet 2015 est infaisable techniquement.

En fait, votre solution de repli suppose que nous ayons réglé tous les problèmes techniques qui sont à régler en vue de la généralisation du tiers payant à l'ensemble des Français. Car, par définition, la permanence des soins concerne n'importe quel Français ! Elle ne se définit pas en fonction de la maladie, mais en fonction d'un besoin à un moment donné. Elle mobilise des remboursements ou des financements à la fois de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires. Or la principale difficulté technique réside dans le fait de faire travailler ensemble l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires afin qu'il y ait un paiement commun à l'arrivée.

C'est pour cela que c'est la dernière étape de la généralisation à l'ensemble des Français. Dans le projet de loi, il y a des étapes intermédiaires qui concernent des personnes prises en charge soit par un petit nombre d'organismes complémentaires, bénéficiaires de l'ACS, soit prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, les personnes en affection de longue durée.

Votre proposition, monsieur le député, n'est pas une position de repli car le jour où l'on sera capable de faire ce que vous proposez, on sera capable de tout faire !

(Les amendements identiques n^{os} 994 et 1542 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1345.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1345, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 827.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Amendement de précision.

(L'amendement n° 827, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1347.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1347, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 828.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 828, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1037.

M. Dominique Tian. Madame la ministre, madame la rapporteure, quand on ne sait pas résoudre un problème, on demande un rapport ! Cela étant, Valérie Boyer et Élie Aboud suivront de près ce rapport pour connaître les difficultés de la mise en œuvre du tiers payant.

La mise en œuvre du tiers payant sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et celle prise en charge par l'assurance complémentaire doit se faire sans accroître la charge administrative des professionnels de santé.

On connaît la grande complexité de l'architecture de notre système de santé, et Mme la ministre l'a rappelé, avec les régimes obligatoires et les complémentaires. C'est pourquoi les médecins sont contre la généralisation du tiers payant. Bref, ce rapport de plus nous permettra d'en savoir un peu plus parce que nous nous engageons là sur les chemins mystérieux d'une aventure très électorale, comme l'a dit Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Que de bonnes références ! *(Sourires.)*

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. En réalité, monsieur le député, vous ne demandez pas un rapport de plus : vous vous opposez à une transmission conjointe d'un rapport de l'assurance maladie et des complémentaires sur la mise en œuvre du tiers payant, puisque votre amendement veut supprimer le mot « conjointement ».

Or les médecins demandent justement à n'avoir qu'un seul interlocuteur et à n'être pas confrontés à des dispositifs de tiers payant disparates. Il est donc pour le moins logique de demander une transmission conjointe, et que les organismes travaillent ensemble à proposer des solutions en ce sens. Il faut un travail conjoint pour mettre en place une solution technique simple, demandée par les professionnels, qui évite d'avoir un trop grand nombre d'interlocuteurs. C'est la raison pour laquelle la commission a repoussé votre amendement.

(L'amendement n° 1037, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 830.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 830, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1038.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(L'amendement n° 1038, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 829.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement tend à substituer, à la quatrième phrase de l'alinéa 4, au mot : « les », les mots : « et évaluer la faisabilité opérationnelle et financière des ».

En effet, bien que l'amendement adopté en commission réponde déjà à bon nombre des inquiétudes qui s'expriment à propos de l'article 18, ce complément viendrait utilement souligner que les choix se feront évidemment en tenant compte de la faisabilité technique, mais aussi des coûts que pourraient engendrer les diverses solutions. Je vous propose donc de le préciser. Nous répondrons ainsi encore mieux aux questions bien légitimes qui nous ont été adressées quant aux modalités qui seront finalement retenues.

(L'amendement n° 829, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1348.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1348, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1349.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1349, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi des amendements de précision n°s 831, 832 et de l'amendement rédactionnel n° 833 de Mme la rapporteure.

(Les amendements n°s 831, 832 et 833, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 1067.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement vise à clarifier le champ d'application de l'obligation de tiers payant dans les établissements de santé. En conformité avec les pratiques actuelles, il précise que cette obligation s'applique aussi bien aux prestations d'hospitalisation qu'aux actes et consultations externes.

(L'amendement n° 1067, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Julien Aubert, pour soutenir l'amendement n° 71.

M. Julien Aubert. Madame la ministre, vous expliquiez tout à l'heure que le tiers payant était comme une sorte de révolution dans l'organisation administrative. Or, ce que je vous reproche, c'est de mettre la charrue avant les bœufs : tant que perdure cet écosystème d'organismes multiples, qui a un coût bureaucratique, votre système de tiers payant ne pourra pas fonctionner sans diminuer la rémunération des médecins français – laquelle se situe déjà, je le rappelle, à l'avant-dernière place d'un classement de l'OCDE –, ce qui pose tout de même la question du coût réel de la santé.

L'amendement n° 71 tend à créer une caisse pivot qui serait l'interlocuteur financier principal des centres de santé, afin de faciliter leur gestion et de diminuer leurs frais de gestion. Nous nous situons ici dans le droit fil

des recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales – l'IGAS –, avec une analyse technique réalisée en amont. Cette proposition participe d'une réorganisation visant à abaisser le coût général de la bureaucratisation rampante de la fonction médicale.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a émis un avis défavorable. Vous proposez – pour simplifier, dites-vous, la gestion administrative des centres –, la création d'un système de caisse pivot. Plusieurs objections ont été indiquées par le Gouvernement à l'Inspection générale des affaires sociales à la suite de son rapport de 2013.

La proposition formulée nécessiterait en effet d'abandonner le système actuel de facturation pour mettre en place un système de facturation directe entre les centres et l'assurance maladie. Or, la migration d'un système à un autre serait très coûteuse, sans proportion avec les avantages qui pourraient en être attendus. Je suis du reste surprise que ces propositions puissent être reprises, car je vous ai souvent entendu contester le coût d'un tel dispositif et il y a ici un coût dont on ne voit pas à quels avantages réels il pourrait correspondre.

(L'amendement n° 71, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 834.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement tire les conséquences, dans le code rural et de la pêche maritime, des modifications que nous avons apportées à l'article L. 133-4 du code de la Sécurité sociale par les alinéas 12 à 14 de l'article 18.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je remercie la rapporteure pour sa vigilance. Avis favorable.

(L'amendement n° 834 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 719 et 1039.

La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 719.

M. Élie Aboud. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1039.

M. Dominique Tian. Il est retiré.

(L'amendement n° 1039 est retiré.)

(L'amendement n° 719, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1041.

M. Dominique Tian. Cet amendement, auquel j'associe Mme Boyer et M. Accoyer, est défendu. Il a pour objet de compléter l'alinéa 37 par les mots : « et lorsque le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement le propose, sur les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu à l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 » – ce qui doit évoquer quelque chose à toutes les personnes présentes dans cet hémicycle.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur le député, après avoir défendu des amendements visant à limiter la généralisation du tiers payant, vous proposez cette fois d'en étendre la portée en prévoyant que les contrats responsables doivent garantir le tiers payant pour l'ensemble des dépassements d'honoraires des médecins en contrat d'accès aux soins. La rédaction actuelle de l'alinéa 37 ne l'interdit pas, car elle prévoit le tiers payant pour les garanties au moins à la hauteur des tarifs de responsabilité, ce qui n'interdit pas d'aller au-delà. Du reste, de nombreux organismes complémentaires sont, bien sûr, désireux de le faire. Cette précision n'est donc pas opportune. Avis défavorable, donc.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Comment dire mieux ? Monsieur le député, vous proposez d'aller plus vite, tout de suite. Je souhaiterais pouvoir vous suivre ou, du moins, je partage votre objectif et je souhaite qu'à terme, le système de tiers payant qui sera mis en place permette au médecin de voir très simplement et tout de suite si le contrat complémentaire couvre une partie des dépassements d'honoraires, de telle sorte que le patient n'ait à payer que la partie des dépassements qui ne serait pas couverte par le contrat complémentaire – ce qui suppose un peu de travail technique.

M. Dominique Tian. Ça, c'est sûr !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je donne donc un avis défavorable, parce que je suis pragmatique, réaliste, soucieuse des conditions techniques dans lesquelles travaillent les professionnels de santé et cohérente avec moi-même, c'est-à-dire que je vais progressivement. L'étape que vous proposez viendra après.

M. Julien Aubert. Il y a donc un plan caché ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Dominique Tian. Un plan B !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Monsieur Tian se soviétise !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous voulez tout renverser et commencer par ce qui n'est pas faisable. Avis défavorable, donc.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, je vais vous faire un compliment : alors que vous rédigez des textes qui vont contre l'intérêt des médecins, certains amendements vous donnent l'occasion de leur faire de la câlinothérapie. Ils veulent des actes, et non pas des paroles.

(*L'amendement n° 1041 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 1069.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit d'un amendement de conséquence.

(*L'amendement n° 1069, accepté par le Gouvernement, est adopté et l'amendement n° 364 rectifié tombe.*)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 839.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'article 18 prévoit que l'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Il convient de formaliser la contribution d'un comité de pilotage, dans le but d'évaluer le déploiement et l'application du tiers payant, de mieux identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et de formuler, le cas échéant, des préconisations d'amélioration.

Cette instance collégiale, dont la composition sera précisée par décret, permettra de réunir l'ensemble des acteurs concernés, notamment les représentants des professionnels de santé, utilisateurs des outils de tiers payant. Sa contribution permettra, je le souhaite, à l'assurance maladie de mieux assumer sa mission générale de pilotage. L'association des utilisateurs du tiers payant constituera en outre une garantie d'appropriation du dispositif.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. La mise en place du tiers payant est un projet ambitieux et le fait de disposer d'une structure de pilotage associant l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les usagers et l'ensemble des professionnels, me semble un élément positif. En outre, faire la transparence sur le déploiement du tiers payant est un gage de qualité, d'appropriation et, au fond, de disponibilité de chacun. Donc, avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Julien Aubert.

M. Julien Aubert. Tout cela est un peu contradictoire avec les argumentations avancées lorsque j'ai proposé un interlocuteur unique, en démontrant que cette profusion d'organismes nécessitait une réorganisation. Pour l'heure, nous n'avons encore entendu strictement aucune proposition de la part du Gouvernement pour revoir le mode d'organisation de ces organismes afin de simplifier la tâche des médecins. Il a en effet beaucoup été question des objectifs – inatteignables –, mais pas du tout des moyens.

Vous nous proposez ici un prétendu comité de pilotage : c'est mieux que rien, mais il ne s'agit pas d'un comité de pilotage – au mieux, d'une instance de concertation qui permettra un tour de table avec 30 ou 40 personnes. Or, on ne pilote jamais avec 30 ou 40 personnes dans un cockpit ! (*Murmures sur divers bancs.*) Il s'agit là d'une hydre. Ainsi, qui parlera au nom des usagers du système de santé ? Tout cela est très flou.

C'est au demeurant la seule fois, dans le cadre de cet article 18, que vous proposez une solution un peu concrète pour la gestion du tiers payant sans provoquer un surcroît de bureaucratie. Vous reconnaissez dans l'exposé sommaire de votre amendement qu'il y aura des problèmes et qu'il faut superviser le dispositif. J'aurais préféré qu'on ne mette pas la charrue avant les bœufs et qu'on commence plutôt par voir comment généraliser le tiers payant sans problème et simplifier l'architecture, avant de penser à atteindre cet objectif. Vous avancez, mais je crains que ce ne soit dans le mur.

M. le président. Sur l'article 18, je suis saisi par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire et par le groupe de l'Union des démocrates et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je partage pleinement le point de vue de M. Aubert. En effet, un comité de pilotage de 40 personnes pourrait – sans qu'il soit besoin de recourir à l'image du cockpit ! –, se révéler un peu compliqué. Madame la ministre, entre les problèmes des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail – CARSAT – et ceux du Régime social des indépendants – RSI –, qui deviennent catastrophiques pour l'ensemble des assurés, je ne suis pas pleinement rassuré, et les médecins non plus, par l'évolution du dispositif.

Ainsi, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille était sûrement très bien pilotée, mais elle présente tout de même un milliard d'euros de dettes. Mieux vaudrait, pour commencer, laisser l'assurance maladie et les professionnels de santé s'occuper de la généralisation du système, avant d'y intégrer les ayants droit ou les associations d'usagers.

Les associations d'usagers, c'est très bien, mais vous en avez cité une dont vous connaissiez à peine le nom et que personne ne connaît, et qui se plaint que le remboursement ne soit pas de 100 % pour les affections de longue durée – ce qui est une erreur technique complète, car le traitement de ces affections est remboursé à 100 %. C'est donc à tort que cette association inconnue, dont nul ne sait qui elle représente, dénonce un refus de soins. Je le répète : ce ne serait déjà pas mal de se contenter de confier le pilotage du système aux professionnels de santé et à la Sécurité sociale.

(L'amendement n° 839 est adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, je vous demande de regagner vos places. Il reste un peu de temps avant que nous ne puissions de procéder au scrutin public, dans la mesure où j'en ai reçu la demande juste avant que M. Tian ne s'exprime.

Je note que les responsables de groupes – Mme Pinville, MM. Richard et Aboud – sont d'accord pour que nous procédions au scrutin. Je mets donc aux voix l'article 18, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants 35

Nombre de suffrages exprimés 35

Majorité absolue 18

Pour l'adoption 23

contre 12

(L'article 18, amendé, est adopté.)

(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

g. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 18

I A (*nouveau*). – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B (*nouveau*). – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

I et II. – (*Supprimés*)

II *bis* (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

– après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après

autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

– après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° (*nouveau*) À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

II *ter* (*nouveau*). – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

III. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° (*nouveau*) Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

IV. – Le 1° du III entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

V (*nouveau*). – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

2. Sénat

a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015

I A (*nouveau*). - Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en oeuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en oeuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B (*nouveau*). - Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

I et II. - (*Supprimés*)

II *bis* (*nouveau*). - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. - Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. - Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. - Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° (*nouveau*) À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

II *ter* (*nouveau*). - À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

III. - L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° (*nouveau*) Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

IV. - Le 1° du III entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

V (*nouveau*). - L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en oeuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

b. Amendements déposés en commission

- Amendement n° COM-375 présenté par Mmes DEROUCHE et DOINEAU et M. MILON, rapporteurs

ARTICLE 18

Supprimer cet article.

Objet

Le tiers payant généralisé est une mesure qui aurait pu être discutée comme toutes les mesures relatives au tiers payant dans le cadre du PLFSS.

Elle constitue une rupture avec les modalités d'exercice de la médecine libérale qui repose sur l'obligation de tiers payant pour les personnes les plus fragiles et la simple faculté d'accepter le tiers payant pour les autres.

Dans le cadre de la campagne des syndicats pour les prochaines élections aux URPS cette mesure a bloqué les négociations conventionnelles sur des sujets autrement plus urgents pour notre système de santé.

Enfin elle ne permet pas véritablement de lutter contre le renoncement aux soins celui-ci étant principalement lié au reste à charge.

Dès lors il est préférable de supprimer cet article.

- Amendement n° COM-10 présenté par M. Barbier

ARTICLE 18

Supprimer cet article.

Objet

Cet amendement vise à supprimer la généralisation du tiers payant.

- Amendement n° COM-105 présenté par M. Grand

ARTICLE 18

Supprimer cet article.

Objet

Cet article prévoit la « généralisation » du tiers-payant intégral pour l'ensemble des assurés en 2017.

Bien qu'il ait fait l'objet d'une réécriture globale, pour la mise en place d'un dispositif par étapes, il pose de nombreuses questions techniques qui font douter de la faisabilité de cette généralisation en 2017.

Devant l'évidence, le président de la République lui-même avait posé le jeudi 5 février dernier, comme condition à cette généralisation, la simplicité du mécanisme : il ne « sera mis en place que si un mécanisme simple de paiement est possible pour les professionnels de santé ». Ce mécanisme simple n'existe pas aujourd'hui malgré les promesses de la Ministre.

Au-delà, le tiers-payant généralisé coutera au contribuable et aux professionnels de santé (il faudra résoudre les difficultés techniques, il deviendra difficile de récupérer les franchises, la ministre a annoncé que l'assurance maladie paierait des pénalités si un délai de 7 jours était dépassé pour le paiement etc.) et aura certainement des conséquences inflationnistes sur notre système de soins (l'illusion de la gratuité aidant), est-ce bien la priorité quand l'assurance maladie accuse un déficit de plus de 7 milliards cette année ?

C'est d'autant plus irresponsable que cette mesure coûteuse n'aura pas d'impact positif réel sur l'accès aux soins comme le promet pourtant la majorité.

En effet, le renoncement aux soins est principalement dû au coût de certains soins (optique et dentaire) qui sont peu remboursés par la Sécurité sociale (or le tiers-payant n'aura aucun impact sur le reste à charge dans ces domaines) et aux délais d'attente pour avoir accès à certaines spécialités médicales (raison invoquée pour 67 % des personnes ayant renoncé à des soins selon l'observatoire Ifop pour Jalma paru en février 2015).

Dès lors, il convient de réserver le tiers-payant intégral aux personnes qui en ont réellement besoin (patients à la CMU-c, bénéficiaires de l'ACS, voire certains patients en ALD, les patients qui ont besoin de soins urgents dans les maisons médicales de garde) et certainement pas d'en imposer la mise en place à marche forcée.

C'est pourquoi il convient de supprimer cet article.

- Amendement n° COM-292 présenté par M. Amiel

ARTICLE 18

Supprimer cet article.

Objet

La généralisation du tiers payant serait une erreur sous bien des aspects.

Tout d'abord cela conduit à une dévalorisation de l'acte; dans une médecine régit au paiement à l'acte, ce qui paraît gratuit semblera perdre sa valeur. L'acte du médecin aura tendance à ne plus être respecté.

Les coûts engendrés sont actuellement difficilement chiffrables, mais il est fort à parier qu'on observera une augmentation du nombre de demande d'actes de la part de ces patients.

La charge administrative supplémentaire pour le médecin est importante et surtout chronophage.

Sa généralisation enfin verra à plus long terme la création d'une médecine sous dépendance directe des organismes payeurs; le remboursement des soins ne sera plus si apparent, et les structures assurantielles pourront discrètement et progressivement y prendre une place de plus en plus importante.

c. Rapport n° 653 de M. Alain Milon, Mme Catherine Deroche et Elisabeth Doineau fait au nom de la commission des affaires sociales, 22 juillet 2015

Article 18 [supprimé]

(art. L. 133-4, L. 161-1-4, L. 161-36-3 et L. 161-36-4 [nouveaux], L. 162-5, L. 162-9, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 315-1, L. 322-1, L. 322-2 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale)

Généralisation du tiers payant pour les soins de ville

Objet : Cet article tend à prévoir les modalités du déploiement jusqu'au 1^{er} janvier 2017 du tiers payant généralisé pour les bénéficiaires de l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Cet article, qui a été entièrement réécrit par un amendement du Gouvernement adopté en commission à l'Assemblée nationale sur la base des conclusions du groupe de travail présidé par Anne-Marie Brocas, se compose de dix parties.

Le I A prévoit, pour les patients pris en charge au titre d'une affection de longue durée ou de l'assurance maternité, la mise en place facultative du tiers payant sur la part couverte par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de ville à partir du 1^{er} juillet 2016 et sa mise en place obligatoire à partir du 31 décembre 2016.

Avant le 31 octobre 2015, un rapport doit être présenté par les organismes payeurs sur les modalités techniques retenues pour la mise en place du tiers payant. Parmi ces solutions doit figurer celle d'un flux unique de paiement pour les professionnels de santé.

A compter du 1^{er} janvier 2017 les professionnels de santé peuvent pratiquer le tiers payant pour l'ensemble des patients, pour la part couverte par l'assurance obligatoire et les couvertures complémentaires. Le tiers payant devient obligatoire pour l'ensemble des patients à compter du 30 novembre 2017.

Deux rapports d'étape sur le déploiement du tiers payant sont prévus par le I B, l'un en 2016, l'autre en 2017. Ils sont destinés au ministre chargé de la sécurité sociale.

Le II *bis* prévoit les modalités de recouvrement des sommes dues à l'assurance maladie par les professionnels de santé et les assurés au titre des franchises.

Une garantie de paiement est prévue pour la part couverte par l'assurance maladie obligatoire dès lors que le professionnel utilise la carte vitale. Un délai maximal de paiement du professionnel sera fixé par décret, ouvrant droit à compensation s'il n'est pas respecté.

Le bénéficiaire du tiers payant est soumis pour les assurés au fait d'avoir autorisé le prélèvement des franchises sur leur compte bancaire.

Des coordinations sont prévues pour le régime agricole par le III, et le IV fixe leur entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Le V confie le pilotage de la généralisation du tiers payant à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) en lien avec les organismes complémentaires. Un comité de pilotage multipartite suit ce déploiement et peut formuler des propositions d'amélioration.

II - La position de la commission

Votre commission considère que cet article n'est pas réellement justifié pour améliorer l'accès aux soins dès lors que le tiers payant existe pour toutes les personnes dont le niveau de revenu est inférieur ou égal au seuil de pauvreté monétaire.

Il constitue une remise en cause inutile de la pratique des professionnels de santé libéraux, lesquels pratiquent déjà le tiers payant pour des raisons sociales et par choix personnel. L'obligation de pratiquer la dispense d'avance de frais constitue l'établissement d'un lien direct entre les organismes payeurs et les professionnels libéraux, qui revient sur les choix opérés lors de la mise en place de la sécurité sociale de préserver la relation directe entre patients et médecins pour laisser les premiers libres du choix de leur praticien et les seconds libres de choisir les modalités de leur exercice.

Enfin la volonté du Gouvernement d'inscrire dans ce projet de loi une mesure qui, comme toutes celles relatives au tiers payant, aurait sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale, a bloqué les relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et mis fin à l'ensemble des négociations conventionnelles.

Afin d'apaiser un climat qui, en période de campagne pour les élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) entraîne des tensions inutiles, votre commission estime nécessaire de retirer cet article du projet de loi.

Votre commission a donc adopté les amendements de suppression de ses rapporteurs et de nos collègues Gilbert Barbier, Jean-Pierre Grand et Michel Amiel (amendements COM-375, COM-10, COM-105 et COM-292).

Votre commission a supprimé cet article.

d. Amendements déposés en séance publique

Néant

e. Séance publique du 18 septembre 2015

Article 18

(Supprimé)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 469, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, Monier et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 octobre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I et sur la situation générale ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« *Art. L. 161-36-3.* – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« *Art. L. 161-36-4.* – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

IV. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

V. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

VI. – Le 1° du V entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VII. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à rétablir l'article permettant la généralisation du tiers payant pour les consultations de ville. L'objectif est de dispenser les assurés de l'avance des frais des consultations des médecins de ville à la hauteur des montants faisant l'objet de remboursements par l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

Nous le savons, un certain nombre de nos concitoyens ne se rendent pas chez leur médecin généraliste pour des raisons financières. Comme je l'ai clairement exprimé lors de mon exposé liminaire en discussion générale, les médecins généralistes ne sont pas à l'origine de cette situation. Ils sont en effet très nombreux à proposer un délai dans le dépôt du chèque qui leur est remis, ou même des actes gratuits.

Le problème se pose donc non pas dans le cabinet du médecin, mais en amont. Un rapport de la Cour des comptes datant d'il y a quelques jours à peine montre ainsi que des personnes éligibles à la CMU ou à la complémentaire santé ont recours à ces dispositifs dans de façon très restreinte.

C'est pourquoi l'argument selon lequel la généralisation du tiers payant entraînerait une inflation des dépenses est, à mes yeux, tout à fait inopérant. La réalité est que certaines personnes ne se rendent pas chez le médecin par dignité, parce qu'elles ont peur de ne pas pouvoir payer.

L'amendement que nous soutenons est donc à la fois une mesure sociale et une proposition technique. De nombreux professionnels de santé ont réagi sur ce deuxième point.

Certains se sont sentis blessés, dans la mesure où ils font déjà tout leur possible pour que les difficultés financières de leurs patients ne fassent pas obstacle à leur prise en charge.

D'autres ont avancé les contraintes administratives nouvelles que ce dispositif allait créer, empiétant un peu plus sur le temps consacré à la dimension relationnelle du soin, tout en faisant peser la crainte de ne pas récupérer le paiement de leurs actes à 100 %. La très grande majorité des professionnels ont soulevé ce problème, et il faut les entendre, car l'inflation des démarches administratives sur le temps médical est un véritable problème, pour la médecine libérale comme en milieu hospitalier.

Une dernière catégorie de professionnels de santé a avancé que la généralisation du tiers payant concernait l'architecture de la protection sociale. Ce débat est à mes yeux légitime. Bien que ce ne soit pas le sujet d'aujourd'hui, il devra avoir lieu.

En effet, depuis 2005, l'architecture de notre protection sociale a beaucoup changé, et sans doute faut-il la repenser afin de rétablir un équilibre entre le régime général et les régimes complémentaires. Pour l'heure, Mme la ministre ayant indiqué la méthode et l'échéancier de mise en œuvre de cette mesure de généralisation du tiers payant, nous soutiendrons fortement le rétablissement de l'article 18.

M. le président. L'amendement n° 732 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du Groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les

modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéficiaire effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4° .

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

6° À l'article L. 162-21-1, après le mot :« hospitalisation », sont insérés les mots :« et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

IV. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot :« huitième » est remplacé par le mot :« neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots :« de l'avant-dernier ».

V. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot :« code », sont insérés les mots :« , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

VI. – Le 1° du V entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VII. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le groupe CRC est convaincu que, en supprimant l'obligation d'avancer des frais de santé, le tiers payant est positif pour l'accès aux soins, notamment celui des personnes les plus défavorisées.

Actuellement, le tiers payant qui est pratiqué pour tous les assurés sociaux en pharmacie, pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME, les victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle et, dorénavant, les bénéficiaires de l'ACS, l'aide au paiement d'une complémentaire santé, permet de faire reculer le renoncement aux soins pour des raisons financières chez un certain nombre de patients. Nous soutenons donc cette mesure positive et importante.

Un certain nombre de médecins ont dit que la généralisation du tiers payant allait susciter des problèmes d'ordre administratif. Il faut les entendre, d'autant que cette généralisation entraîne des frais de fonctionnement évalués à environ 3,5 euros par consultation. Le mouvement des centres de santé demande une prise en charge de ces frais.

Il faut certes trouver des solutions à ces problèmes. Toutefois, je le répète, on ne peut pas constater un taux de renoncement aux soins qui toucherait, selon les évaluations, entre 20 % et 30 % des Français et ne rien faire pour le combattre. La généralisation du tiers payant constitue donc une étape importante.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le souligner au nom de mon groupe, cette mesure ne règle pas la question des dépassements d'honoraires ni le problème du remboursement des soins optiques, auditifs et dentaires. C'est pourquoi nous souhaitons porter la prise en charge de ces soins par la sécurité sociale à 100 %, en commençant par les jeunes.

À l'occasion des soixante-dix ans de la sécurité sociale, nous pensons que la généralisation du tiers payant est une étape, qui peut permettre de franchir un cap supplémentaire vers ce remboursement à 100 %.

Nous voterons donc pour la réintroduction de l'article 18.

M. le président. L'amendement n° 910, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du Groupe écologiste, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie s'effectue, sous les conditions et garanties fixées par le présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi

qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport, établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé, mentionne les calendriers et modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016 par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

2° Avant le 30 septembre 2017 par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement, n'a ni payé le montant réclamé ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne peuvent, conformément aux dispositions de l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont insérés les mots :

« Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service en charge du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) au septième alinéa, les mots : « versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir » sont remplacés par les mots et la phrase : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré » ;

après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) au treizième alinéa, les mots : « versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir » sont remplacés par les mots : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II ci-dessus » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er}, est complétée par deux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 161-36-3.* – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 du présent code et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue par cet article. Ce paiement intervient dans un délai maximum fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect de ce délai ouvre droit pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant. » ;

« *Art. L. 161-36-4.* – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, ».

IV. – Le 7° entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

V – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Le groupe écologiste a également déposé un amendement visant à rétablir l'article 18, qui instaure le tiers payant généralisé, dont la commission des affaires sociales a voté sans débat la suppression au mois de juillet dernier. Cette mesure concerne pourtant tous nos concitoyens. Elle est l'un des piliers du volet « accès aux droits et aux soins » de ce texte. Selon nous, sa suppression constitue un grave recul social.

En effet, les chiffres montrent des difficultés importantes dans l'accès aux soins et à la santé, et d'abord chez les plus modestes de nos concitoyens, qui ont pourtant déjà accès à la CMU-C.

Certains salariés et retraités très modestes se trouvent juste au-dessus du seuil qui leur permettrait d'avoir accès à la CMU-C et à l'aide complémentaire santé. Nous avons constaté lors de nombreuses auditions un taux important et inquiétant de renoncement aux soins parmi ces personnes.

En outre, dans le contexte de crise sociale que nous traversons, même nos concitoyens plus aisés ne sont pas à l'abri de ruptures sociales brutales. L'idée de généraliser progressivement le tiers payant, de façon à ce qu'il soit accessible à tous nos concitoyens, correspond selon nous à un véritable besoin.

Les préoccupations des professionnels de santé concernant sa mise en place sont légitimes. En effet, il faut régler les problèmes techniques, de façon à ce que ces professionnels soient assurés d'être remboursés rapidement et ne soient pas confrontés à des difficultés administratives ou bureaucratiques. Un groupe de travail réunissant des médecins, la CNAM et les complémentaires santé y travaille actuellement afin de faire

des propositions au Gouvernement. Nous devons trouver une solution. Même si ce n'est pas exactement comparable, je rappelle d'ailleurs que le tiers payant existe dans les pharmacies depuis longtemps et que ces problèmes ont pu y être résolus.

C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement en faveur du rétablissement de l'article 18.

M. le président. L'amendement n° 1199, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I A. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« *Art. L. 161-36-3.* - Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« *Art. L. 161-36-4.* - Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

III. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

IV. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

V. – Le 1° du IV entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VI. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement du Gouvernement va dans le même sens politique que ceux qui ont été présentés à l'instant.

L'enjeu essentiel est de garantir, ou du moins de favoriser l'accès aux soins de certains de nos concitoyens qui peuvent être amenés à y renoncer pour des raisons financières. De nombreux dispositifs existent dans notre pays afin de faciliter l'accès aux soins. L'hôpital accueille tout un chacun, et de nombreux professionnels libéraux acceptent des patients qui ne peuvent pas payer ou gardent des chèques pour les encaisser plus tard.

Des barrières existent pourtant, car ne pas pouvoir avancer la consultation peut représenter un frein psychologique poser un problème de dignité. Certaines personnes ne veulent pas être traitées différemment, ni demander à leur médecin que le chèque qu'elles lui remettent reste sous la pile pendant quelques jours, voire quelques semaines. Il y a là un enjeu majeur d'organisation de notre système de santé.

En ce qui concerne les modalités techniques de mise en œuvre du tiers payant généralisé, je rappelle qu'environ un tiers des actes de santé réalisés dans notre pays le sont déjà avec le tiers payant, à l'hôpital comme chez les professionnels libéraux, les pharmaciens, les biologistes et les radiologues le plus souvent.

Il est vrai, certains médecins rencontrent parfois des difficultés pour être payés dans des délais raisonnables lorsqu'ils pratiquent le tiers payant. Toutefois, je veux dire de la manière la plus ferme que le système de tiers payant qui sera déployé n'est pas l'extension de ce qui existe aujourd'hui, mais la mise en place d'un système *ad hoc*. En effet, la généralisation du tiers payant impose que nous repensons l'ensemble de l'organisation et de la relation entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

S'agissant du coût supposé du tiers payant, j'ai entendu des hypothèses fantaisistes. Ces estimations financières – notamment le chiffre de 3,5 euros par consultation – sont sans fondement. En revanche, le Gouvernement a la volonté de mettre en place le tiers payant dans des conditions simples pour les professionnels de santé, avec la conviction que le système, une fois qu'il sera déployé et aura fait la preuve de sa simplicité, sera adopté naturellement par les médecins.

Aujourd'hui, quand on entre dans une pharmacie, on ne se pose même plus la question de savoir si on avance l'argent ou non. Même des gens qui n'ont aucune difficulté pour avancer l'argent des médicaments tendent leur carte Vitale naturellement.

Nous mettons en place un système simple, qui sera étendu par étapes. Celui-ci deviendra progressivement un droit pour les patients, ce qui nous permettra de vérifier, étape par étape, que les exigences de simplicité et de fiabilité sont parfaitement remplies pour les professionnels de santé.

L'article 18 confie à l'assurance maladie une mission de pilotage général du déploiement du tiers payant, ce qui est normal étant donné le rôle prépondérant que celle-ci joue en matière de dépenses de santé.

Par ailleurs, je le répète, les professionnels bénéficieront d'un flux unique de paiement. Aujourd'hui, les remboursements sont désynchronisés, ce qui complique leur gestion : ces professionnels reçoivent à la fois un remboursement de l'assurance maladie et un remboursement des organismes professionnels. C'est à eux de déterminer quelle somme correspond à quel patient. Ce chantier doit aboutir à former un seul flux de paiement.

Mesdames, messieurs les sénateurs, telles sont les mises au point que je tenais à opérer. Bien entendu, les considérations techniques sont réelles. Si ces dernières sont seules en jeu, les oppositions peuvent être dépassées. Toutefois, si certains brandissent ces considérations alors même que les différents acteurs sont réunis autour de la table pour trouver des solutions, c'est parce qu'ils privilégient d'autres enjeux, relevant de l'ordre des principes. À ces derniers, j'oppose le principe de la garantie d'accès aux soins dans notre pays !
(*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme Nicole Bricq. Très bien !

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'ensemble des orateurs l'a rappelé : cet article 18 a fait couler beaucoup d'encre et il a cristallisé l'opposition des médecins au présent projet de loi, et cela en pleine période de campagne pour les élections aux unions régionales des professionnels de santé, les URPS.

Madame la ministre, nous ne sommes pas opposés au tiers payant en tant que tel. J'ai même envisagé un temps, avec les autres corapporteurs, de conserver dans le présent texte le dispositif élaboré par le Gouvernement, en le rendant facultatif.

Toutefois, nous n'avons pas opté pour cette solution, dans la mesure où elle équivaldrait, dans les faits, au droit existant. En effet, le tiers payant est déjà possible. Dans certains cas, il est même obligatoire, en vertu de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Aujourd'hui, l'ensemble des Français dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté bénéficie du tiers payant.

Par ailleurs, même dans le cas où cette procédure n'est pas obligatoire, les médecins l'appliquent majoritairement pour leurs patients souffrant d'affections de longue durée, qui sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Globalement, entre 20 % et 40 % des actes des médecins se voient appliquer le tiers payant. En conséquence, on ne peut pas dire que les médecins s'opposent à ce système : ils y ont recours pour les populations fragiles. Le tiers payant permet ainsi de répondre à la question du non-accès aux soins pour motif financier.

Or la première justification du tiers payant n'est pas de cette nature : elle repose sur le taux de prise en charge par la sécurité sociale, en matière d'optique ou de soins dentaires. Dans ces domaines, on le sait, les taux de remboursement proposés par l'assurance maladie restent faibles. En outre, du fait, notamment, de l'absence de réévaluation des tarifs, certains médecins pratiquent des dépassements d'honoraires autorisés.

Qu'il s'agisse du taux de prise en charge ou des dépassements d'honoraires, le mécanisme du tiers payant généralisé n'apporte rien d'autre que des contraintes, et cela sans résoudre le problème de fond.

Les dépassements d'honoraires seront-ils traités dans le cadre du tiers payant généralisé, et si oui, comment ? Le présent texte ne répond pas à cette question. Le tiers payant risque, partant, de soulever des difficultés pratiques particulièrement difficiles à surmonter, si le médecin doit, au cas par cas, en fonction de la complémentaire souscrite, demander au patient le paiement direct des dépassements d'honoraires qu'il est autorisé à pratiquer.

De plus, le mécanisme destiné à appliquer le tiers payant se révèle particulièrement complexe, à tel point que sa mise en œuvre complète est prévue, non plus au 1^{er} janvier 2017, mais en novembre 2017, soit après les prochaines élections présidentielles ! (*M. Gilbert Barbier le confirme.*)

Ainsi, les services de la Caisse nationale d'assurance maladie, la CNAM, resteront mobilisés sur ces questions pendant de nombreux mois, voire pendant des années. Or, à nos yeux, il serait préférable de les laisser se consacrer à des enjeux autrement plus urgents pour notre système de soins. En effet, on nous l'a affirmé : la question du tiers payant généralisé a bloqué toute négociation conventionnelle et risque de peser lourdement sur les négociations prévues après les élections aux URPS.

Mes chers collègues, pour l'ensemble de ces raisons, le tiers payant généralisé nous semble répondre davantage à la volonté gouvernementale qu'aux besoins de nos concitoyens ou aux évolutions nécessaires de notre système de santé.

Voilà pourquoi la commission a supprimé l'article 18. Voilà pourquoi elle est, bien entendu, défavorable à son rétablissement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n^{os} 469, 732 rectifié et 910 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'amendement du Gouvernement n'est pas rédigé exactement de la même manière. C'est pourquoi je demanderai aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer au profit de la rédaction du Gouvernement. Je précise d'ailleurs qu'une modification a été apportée par rapport au texte, tel qu'il avait été voté par l'Assemblée nationale, sur un point technique.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Mes chers collègues, il faut s'interroger sur les fondements et sur la réalité de cette colère, à laquelle M. le corapporteur vient de faire écho.

En l'espèce, il s'agit de généraliser un mécanisme qui est déjà appliqué, sans aucun problème vraiment sérieux, par le secteur hospitalier, les biologistes, les pharmaciens – cette profession a été mentionnée –, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et de nombreux autres spécialistes – cette liste n'est certainement pas complète –, pour plus de 50 % de leurs actes, et ce jusqu'à 100 %. En outre, ce mécanisme est déjà appliqué par les médecins en faveur des bénéficiaires de la couverture maladie universelle, la CMU.

De surcroît, nous débattons non pas d'une mesure isolée – Mme la ministre a insisté sur ce point –, mais d'un faisceau de dispositions destinées à lutter contre le renoncement aux soins et les discriminations, qui, aujourd'hui encore, sont une réalité pour nombre de nos concitoyens.

Le tiers payant généralisé s'inscrit dans un ensemble cohérent, qui prend place à la suite des mesures prises depuis 1999 et la création de la CMU.

Je veux bien comprendre l'inquiétude des médecins : je pourrais faire état, dans cet hémicycle, des alarmes, sinon de la colère qu'exprime mon propre médecin traitant.

Cependant, il faut dire combien les conséquences évoquées – la fin des professions libérales, la déresponsabilisation des patients ou la mainmise des complémentaires – s'apparentent à de mauvais procès. Vraisemblablement, certains invoquent ces motifs avec sincérité. D'autres, c'est clair, les emploient à des fins idéologiques, pour des raisons, nous le savons, relevant du calendrier professionnel, ou peut-être encore – c'est de bonne guerre ! – dans un but politique.

Mme la ministre a également insisté sur ce point : nous faisons nôtre la nécessité d'assurer aux médecins le paiement de l'intégralité des sommes qui leur sont dues, et ce dans un délai raisonnable, qui devra être respecté. Si nous soulignons cette nécessité avec vigueur, nous appuierons avec toute notre force et notre conviction la mise en place de ce dispositif, tel qu'il est proposé par le Gouvernement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Contrairement à M. le corapporteur et à M. Daudigny, je n'ai pas préparé mon intervention à l'avance. Toutefois, je tiens à dire que les membres du groupe Les Républicains soutiennent totalement la commission sur ce point.

Tout d'abord, cet article impose un dispositif aux médecins, au lieu de dialoguer avec eux. Mieux vaudrait tenter de convaincre les 40 % à 60 % de ces professionnels qui n'ont pas recours au tiers payant et établir avec eux ne serait-ce qu'un calendrier. L'informatisation des cabinets médicaux et la généralisation de la carte Vitale ont bien été opérées de manière progressive. Ces chantiers ont pris de longues années.

Ensuite, plusieurs orateurs ont tracé une comparaison entre les médecins et les pharmaciens. Toutefois, en la matière, ces deux professions ne sont absolument pas dans la même situation. En général, les pharmaciens ne travaillent pas seuls : si j'en crois ce que plusieurs d'entre eux m'ont dit, la plupart du temps, ils disposent d'un assistant chargé exclusivement de la tenue des comptes et vérifiant à ce titre si les remboursements ont bien été effectués. Ce travail exige beaucoup de temps ; il représente parfois une journée complète par semaine.

Enfin, j'évoquerai la question des assurances, notamment des complémentaires. C'est un domaine que je connais : certains le savent, j'ai travaillé dans ce secteur, et ce pendant près de trente ans.

Selon les clauses souscrites au titre de la complémentaire maladie, l'on n'est absolument pas remboursé de la même manière. Selon que l'on sera assuré à la MAAF, chez Groupama ou ailleurs, on ne percevra pas exactement le même montant. Tout dépendra du contrat souscrit par chaque individu et des diverses options qui auront été privilégiées.

Informatiquement, je ne vois absolument pas comment il sera possible de tenir compte des particularités de chaque assurance complémentaire maladie, au titre de la carte Vitale ou chez le médecin. Les assureurs ne verseront jamais que ce qu'ils ont prévu de rembourser. Mais la situation sera ingérable pour les médecins ! Quant aux patients, ils s'exposeront à de très graves déceptions. Ils ne comprendront pas pourquoi 3 ou 10 euros supplémentaires sont mis à leur charge, alors qu'ils croyaient bénéficier d'un remboursement intégral. Dès lors, ils qualifieront leur médecin et leur assureur de voleurs !

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je ne tiens pas à rouvrir le débat. Aussi, je n'aborderai pas les questions techniques, qui font actuellement l'objet d'importantes discussions. À mon sens, en dépit de la complexité qu'ils peuvent parfois présenter, ces enjeux ne peuvent constituer le cœur du sujet.

Cela étant, j'entends dire que le renoncement aux soins concernerait uniquement les populations les plus en difficulté ou les plus fragiles. Ce n'est pas exact ! Il ne m'appartient pas, pas plus qu'à qui que ce soit, de juger des problèmes financiers, généraux ou ponctuels, auxquels un patient peut se heurter pour accéder à des professionnels de santé.

En moyenne, le renoncement aux soins et le report de soins touchent 17 % de la population. Cette proportion atteint même 25 % pour les personnes souffrant d'affections de longue durée.

Enfin, un tiers des personnes qui perçoivent entre 1 000 et 1 300 euros par mois renonceraient à des soins. Certes, les revenus en question ne sont pas élevés, mais ils sont supérieurs au seuil en deçà duquel est accordée l'aide à la complémentaire santé.

Mme Aline Archimbaud. Tout à fait !

Mme Marisol Touraine,*ministre*. Imaginer que l'ensemble des problèmes de renoncement aux soins a été résolu, au motif que nous avons imposé l'usage du tiers payant en faveur des patients qui disposent de cette aide, c'est avoir une vision faussée de notre société.

On ne peut opposer, d'une part les plus modestes, vivant sous le seuil de pauvreté, et, de l'autre, les couches moyennes et modestes de la population, qui, je le répète, n'accèdent pas toujours facilement aux soins.

Je tenais à apporter cette précision. On ne peut laisser prospérer l'idée selon laquelle un tiers payant social suffirait à résoudre toutes les difficultés. Au fond, l'universalité de l'assurance maladie passe par l'universalité des droits, indépendamment de la situation financière des uns et des autres.

M. le président. La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Evelyne Yonnet. J'ai écouté avec beaucoup d'attention les propos de Mme la ministre, qui font écho à certaines enquêtes dont j'ai eu connaissance.

Ainsi, parmi les actifs, la première catégorie à négliger le budget consacré à la santé, c'est, curieusement, celle des fonctionnaires. Cette situation s'explique par le fait que nombre d'entre eux ne perçoivent que de petits revenus.

Le tiers payant généralisé permettrait à nos concitoyens de prendre conscience de l'atout que représente la santé. Car il faut se soigner ! Or face aux loyers, aux frais d'alimentation, aux charges liées à la rentrée scolaire, le poste de dépenses le plus délaissé dans le budget des familles, c'est la santé. Cette situation est très préoccupante.

À cet égard, il faudrait se poser la question suivante : en définitive, n'est-il pas plus onéreux de renoncer à des soins que de se soigner lorsque c'est nécessaire ? Je le répète, une étude publiée il y a deux ans montre que les fonctionnaires sont les plus nombreux à renoncer à des soins, pour eux comme pour leur famille.

Bien entendu, je soutiens l'article 18, que la commission a supprimé, et je le voterai des deux mains !

Mme Catherine Deroche,*corapporteur*. Une seule suffira ! (*Sourires.*)

M. le président. Madame Génisson, l'amendement n° 469 est-il maintenu ?

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre a repéré une légère différence de rédaction entre l'amendement proposé par le gouvernement et celui qu'a présenté le groupe socialiste.

Nous avons en effet ajouté au texte issu de l'Assemblée nationale la demande d'un rapport d'étape, un an après la mise en place du tiers payant généralisé, non pas pour le plaisir de demander un rapport, mais parce que le sujet le mérite.

Nous disposerons ainsi d'un état de l'application progressive de cette mesure, telle qu'elle est décrite dans le texte de l'amendement, afin de rassurer les professionnels, et nous pourrions montrer que le système fonctionne, en détaillant la situation des médecins traitants qui l'appliquent. Ce rapport suivra celui que vous avez sollicité pour le 31 octobre 2015, madame la ministre, et qui devra établir l'état de la situation en vigueur et la description du dispositif de généralisation.

Je retirerai avec plaisir mon amendement si vous acceptez de modifier le vôtre en ce sens. Je le retirerai d'ailleurs même si vous refusez ! (*Rires.*)

Les relations que nous entretenons avec les professionnels de santé bénéficieraient, me semble-t-il, d'un tel rapport.

M. le président. L'amendement n° 469 est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine,*ministre*. Je vous remercie de votre engagement et de la bonne volonté dont vous faites preuve, madame la sénatrice ! (*Sourires.*)

Je ne souhaite pas modifier le texte de l'amendement du Gouvernement. En revanche, je prends l'engagement devant la représentation nationale que le rapport prévu comportera des éléments à destination des professionnels de santé, et pas seulement des assurés. L'évaluation ne saurait tenir compte du seul point de vue des patients. Elle devra également s'attacher à celui des professionnels.

M. Gilbert Barbier. S'agit-il du rapport de 2019 ?

Mme Marisol Touraine,*ministre*. Non, de celui qui est attendu en 2017 et qui couvrira la période 2015-2017.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 732 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Je crois avoir été claire : nos exigences vont au-delà de la proposition du Gouvernement. Il ne nous semble toutefois pas souhaitable d'affaiblir cette mesure, car elle va dans le bon sens. Nous acceptons donc bien volontiers de retirer l'amendement n° 732 rectifié au profit de l'amendement n° 1199 du Gouvernement, afin de lui ménager une chance d'être adopté.

M. le président. L'amendement n° 732 rectifié est retiré.

Madame Archimbaud, l'amendement n° 910 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Mes chers collègues, même si j'ai été coupée dans mon élan tout à l'heure, vous aurez certainement compris que le groupe écologiste apportait son soutien à la mise en place du tiers payant généralisé. Les différences rédactionnelles nous semblaient très faibles, nous retirons notre amendement.

M. le président. L'amendement n° 910 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 1199.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 258 :

| | |
|------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Nombre de suffrages exprimés | 335 |
| Pour l'adoption | 145 |
| Contre | 190 |

Le Sénat n'a pas adopté.

L'article 18 demeure donc supprimé.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je voudrais exprimer mes regrets au sujet de ce vote. Je le répète, la généralisation du tiers payant est l'un des éléments les plus importants de cette loi de modernisation de notre système de santé. La modernisation, c'est l'innovation au service de nos concitoyens !

Je regrette que le Sénat ait fait le choix de supprimer cette disposition essentielle, et je compte sur la suite du parcours parlementaire de ce texte pour lui donner une nouvelle chance.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. J'exprime quant à moi ma satisfaction que le Sénat ait répondu à la demande des médecins sur ce sujet !

f. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 18

(Supprimé)

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 3103 déposé le 7 octobre 2015

b. Amendements adoptés en commission

- AMENDEMENT N° AS234

présenté par M. Sirugue, M. Le Roux, M. Aylagas, M. Alexis Bachelay, M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Bulteau, Mme Carlotti, Mme Carrey-Conte, Mme Clergeau, M. Cordery, Mme Michèle Delaunay, Mme Françoise Dumas, M. Ferrand, rapporteur M. Gille, M. Grandguillaume, M. David Habib, Mme Huillier, M. Hutin, Mme Hélène Geoffroy, rapporteure Mme Iborra, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Lacuey, Mme Le Houerou, Mme Lemorton, M. Liebgott, Mme Louis-Carabin, M. Olive, Mme Orphé, M. Ribeaud, M. Robiliard, M. Sebaoun, rapporteur M. Touraine, rapporteur M. Vlody et les membres du groupe socialiste

ARTICLE 18

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« I A. - Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

« 1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

« 3° Les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017. Le rapport sera remis au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi ;

« 4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

« I B. - Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

« 1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

« 2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

« II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

« a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

« b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

« 2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

« 3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

« 4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. - Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

« 5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

« a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

« - après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

« - après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

« b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

« 6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. - Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. - Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

« 7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

« III. - À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

« IV. - L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

« V. - Le 1^o du IV entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

« VI. - L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de rétablissement de l'article adopté par l'Assemblée nationale.

Selon l'IRDES en juin 2014, le renoncement aux soins pour des raisons financières étaient de 47,1 % sur les soins dentaires, de 26,1 % sur les lunettes et lentilles, de 14,5 % sur les consultations des médecins. Cet article vise donc à améliorer l'accès aux soins en généralisant le tiers payant. Rappelons que 63 % des Français sont favorables à cette mesure.

La mise en œuvre du Tiers payant se fera progressivement avec un certain nombre de garanties pour les professionnels :

Un dispositif sécurisé pour les médecins : une garantie de paiement dans un délai maximum de 7 jours sera inscrite dans le projet de loi. Si le délai venait à ne pas être respecté, l'assurance maladie paiera des pénalités de retard au médecin.

Une obligation de transparence sur les délais moyens de paiement de chaque caisse primaire sera mise en place. On saura ainsi sur tout le territoire comment cela fonctionne.

Un calendrier de mise en œuvre progressif :

le 1^{er} juillet 2015 : le tiers payant est étendu aux bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS)

le 1^{er} juillet 2016 : le tiers payant est mis en service pour les patients pris en charge à 100% : ceux qui ont une affection de longue durée (ALD) et les femmes dans le cadre de leur maternité. Cela correspond à 15 millions de Français, et à 50% des actes réalisés dans notre pays.

le 31 décembre 2016 : le tiers payant devient un droit pour l'ensemble des patients pris en charge à 100%

le 1^{er} janvier 2017 : un dispositif opérationnel de tiers payant pour tous les Français est mis à disposition des médecins.

fin 2017, après une période d'adaptation et de rodage, le tiers payant devient un droit pour tous les Français.

L'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire travaillent conjointement à sa mise en œuvre technique, autour de 4 objectifs :

- Un interlocuteur unique pour le professionnel de santé
- Une garantie de paiement pour le professionnel de santé
- Une garantie de délai de paiement pour le professionnel de santé
- Une simplification administrative pour le professionnel de santé

Un rapport sera remis à la ministre au plus tard un mois après la promulgation de la loi.

- AMENDEMENT N° AS367

Présenté par Mme Laclais, rapporteure

ARTICLE 18

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« I A. - Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

« 1^o À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3^o et 4^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

« 3° Les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017. Le rapport sera remis au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi ;

« 4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

« I B. - Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

« 1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

« 2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

« II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

« a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

« b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

« 2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

« 3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

« 4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. - Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

« 5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

« a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

« - après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

« - après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

« b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

« 6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. - Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. - Pour bénéficiaire du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

« 7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

« III. - À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

« IV. - L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

« V. - Le 1° du IV entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

« VI. - L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à rétablir l'article adopté en première lecture par l'Assemblée nationale. Cet article a pour objet l'amélioration de l'accès aux soins grâce à la généralisation progressive du tiers payant à l'ensemble des patients, afin que ces derniers bénéficient des soins dont ils ont besoin et ce, quelle que soit leur situation.

L'article 18 définit un cap et les objectifs de déploiement du tiers payant avec des garanties pour les professionnels, qui devront être satisfaites pour chacune de ces étapes :

- dans un premier temps une phase volontaire pour les patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire à compter du 1^{er} juillet 2016 avant de devenir un droit pour les patients au 31 décembre 2016 ;

- dans un second temps, un tiers payant sur la base du volontariat pour l'ensemble des assurés à compter du 1^{er} janvier pour devenir un droit au 30 novembre 2017.

Pour respecter ces objectifs, l'article pose une méthode et un certain nombre de jalons opérationnels. À ce titre, l'article 18 dispose qu'un rapport établi par les caisses nationales d'assurance-maladie et les organismes complémentaires définira les modalités opérationnelles du fonctionnement simple et sécurisé du tiers payant généralisé.

Les travaux sur l'élaboration de ce rapport sont en voie d'achèvement. Afin de laisser le temps de la concertation avec les professionnels sur les solutions techniques qui pourraient être proposées, le rapport devrait être finalisé et transmis au ministre chargé de la sécurité sociale dans les prochaines semaines. Néanmoins, afin d'être en cohérence avec le calendrier de la loi, le présent article prévoit que le rapport sera remis au plus tard un mois après la date de promulgation de la loi.

Article 18 : Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville

La Commission discute des amendements identiques AS367 de la rapporteure et AS324 de M. Christophe Sirugue.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit à nouveau de rétablir la rédaction de l'Assemblée à une nuance près. Je regrette évidemment que le Sénat ait rejeté l'article 18 qui, à l'issue de nombreux échanges, permettait de sécuriser et de simplifier les modalités d'application du mécanisme de généralisation progressive du tiers payant.

Des avancées avaient été accomplies avec la définition d'un calendrier progressif de déploiement et la prise en compte de la demande de garantie de paiement dans un délai raisonnable que les professionnels sont en droit d'exiger. S'agissant des modalités concrètes de la mise en œuvre du tiers payant, nous avons prévu qu'elles feraient l'objet d'un rapport établi conjointement par les caisses nationales d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Les parties prenantes, que j'ai rencontrées la semaine dernière, m'ont fait part du bon avancement de leurs travaux, dans une approche que les uns et les autres ont qualifiée de « pragmatique et constructive ».

Nous proposons, en conséquence, de rétablir l'article 18 dans les principes que nous avons fixés, et de modifier la date de remise du rapport, qui pourrait intervenir au plus tard un mois après la date de promulgation de la loi.

M. Christophe Sirugue. L'ensemble des membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen a voulu cosigner cet amendement identique à celui de Mme la rapporteure afin de montrer notre engagement en faveur de la généralisation du tiers payant.

M. Arnaud Robinet. L'article 18 du projet de loi sera la plus grave erreur commise par la majorité durant ce quinquennat. Les arguments en faveur de cette disposition ne sont pas acceptables, mais il est vrai qu'il s'agit d'une promesse totalement dogmatique du candidat Hollande. Aujourd'hui, nos concitoyens les plus démunis ont déjà accès au tiers payant, et nous avons plusieurs raisons de refuser que cette mesure soit généralisée.

Madame la rapporteure, les organismes complémentaires semblent tenir un double langage : lorsque nous les rencontrons, ils nous disent qu'ils ne travaillent à la mise en place technique du tiers payant que parce qu'ils y sont obligés, et qu'ils ne seront pas prêts le moment venu.

Cette mesure pose aussi un problème juridique, au sens large du terme. Le fait que le patient paie lui-même le professionnel de santé établit un contrat qui n'existe plus dès lors que le tiers payant est généralisé.

Se pose aussi la question de la désresponsabilisation des patients. La santé n'est pas gratuite. Depuis des années, droite et gauche contribuent à faire passer la santé pour un bien de consommation classique : ce n'est pas le cas.

Votre réforme vise à renforcer les réseaux de soins qui entravent la liberté de choix du patient. Nous savons parfaitement qu'avec le tiers payant généralisé, la caisse d'assurance maladie va progressivement se retirer du remboursement de certaines prestations et prescriptions, et donner ainsi de plus en plus de poids aux complémentaires, aux mutuelles et autres organismes assurantiels.

La généralisation du tiers payant ne répond ni aux attentes des professionnels de santé ni à celles de nos concitoyens. Si une réforme du système de santé est nécessaire, elle ne passe assurément pas par cette solution. Si c'était le cas, cela se saurait, et d'autres l'auraient fait.

Cette réforme fera du médecin libéral un administratif sous la coupe de l'assurance maladie ; nous ne pouvons l'accepter. Notre système de santé repose sur deux piliers, un service public et un système libéral, et sur la notion de liberté que nous devons préserver, aussi bien pour les patients que pour les praticiens.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Les deux systèmes sont solvabilisés de la même manière !

M. Gérard Sebaoun. Le tiers payant n'est qu'un mode de paiement. De nombreux pays l'ont adopté sans qu'il en résulte une révolution, une surconsommation des soins ou, à l'inverse, l'abandon des patients. Vous agitez des épouvantails sans que cela ait le moindre sens ! Vous avez un problème parce que votre définition de la médecine libérale est figée : vous êtes arc-boutés sur le paiement à l'acte auquel le tiers payant ne met pourtant pas fin. Il ne constitue qu'une autre méthode de paiement pour les patients qui sont des assurés.

La solvabilisation du système passe par l'assurance maladie et par le groupement des complémentaires, assurances et institutions de prévoyance. On peut donc comprendre que les négociations soient difficiles. L'essentiel, c'est qu'elles aboutissent, in fine, à libérer le médecin des contraintes administratives – tout l'inverse de ce que vous avancez –, l'idée étant d'avoir un flux unique qui permette aux professionnels d'être payés correctement en temps et en heure.

J'ai rencontré les médecins libéraux de mon département, et je sais bien qu'ils sont très remontés. Pour autant, je ne comprends pas les arguments avancés, qui tournent en boucle et peuvent être réfutés un à un assez

facilement. La médecine libérale doit évoluer ; elle a toute sa place dans ce projet de loi comme pendant de la médecine hospitalière. Vous menez un combat idéologique d'arrière-garde sur le tiers payant. C'est un non-sens.

M. Bernard Accoyer. Arnaud Robinet a dit l'essentiel. Touche après touche, tout le système de santé est remis en cause et échappe progressivement à notre maîtrise. C'est déjà le cas pour ce qui concerne les déficits et l'accès à l'innovation.

Avec la déresponsabilisation, l'inflation des soins, la couverture maladie universelle qui réécrit complètement le code de la sécurité sociale dans le PLFSS, les quatre pages de cet article rédigées de manière improvisée en séance, en première lecture à l'Assemblée, on est en pleine irresponsabilité.

Les dispositions que vous voulez mettre en place n'apportent strictement rien en matière d'accès aux soins. Elles sont tout simplement démagogiques et participent d'une posture politique consécutive à une promesse de campagne du candidat Hollande. Ce n'est pas responsable ! Nous ne voterons pas cet amendement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Accoyer, vous pensiez sans doute à la protection universelle maladie (PUMA) et non à la CMU.

M. Jean-Pierre Door. Le Sénat a parfaitement compris que l'on ne faisait pas de médecine contre les médecins. Aujourd'hui, le divorce est total entre eux et le Gouvernement. Ils le diront le 13 novembre prochain en boycottant la conférence de santé du Premier ministre. Les médecins combattent le tiers payant généralisé, ils ne veulent en aucun cas d'une obligation. Le groupe de travail chargé du sujet a montré que des dysfonctionnements existaient déjà sur le périmètre actuel du dispositif : qu'en serait-il en cas de généralisation ?

Les Républicains refusent la généralisation du tiers payant qui constitue un changement de paradigme de la médecine libérale. Ce n'est pas notre option. Si nous revenons au pouvoir en 2017, sachez que ce dispositif sera immédiatement supprimé. Vous avez gagné la première manche, mais vous ne gagnerez pas la partie !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Ce n'est pas parce que la CMU-c et l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé ont été mises en place qu'il n'existe pas de problèmes d'accès aux soins dans notre pays. Les plafonds de ressources pour bénéficier de ces dispositifs sont fixés, pour une personne seule, à 720 euros mensuels pour la CMU-c et à 973 euros pour l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé – encore ces plafonds ont-ils été relevés par le Gouvernement ces dernières années. On peut donc parfaitement se situer au-dessus des plafonds et rencontrer des difficultés financières pour se soigner. Vous aurez beau le nier, il y a bel et bien des difficultés d'accès aux soins et des refus de soins pour des raisons financières. La généralisation du tiers payant permettra de lever la barrière financière qui empêche certaines personnes d'aller consulter. Une telle barrière ne doit pas exister entre le médecin et son patient.

M. Denis Jacquat. En tout état de cause, il est difficile de comparer les systèmes de santé dans les divers pays du monde.

En ce qui concerne l'accès aux soins pour les plus démunis, la couverture est parfaite dans notre pays. Certaines catégories de personnes rencontrent des difficultés, c'est vrai, mais cela ne doit pas faire oublier que la vocation des médecins, c'est de soigner, pas d'accomplir des tâches administratives. Il est évident que la généralisation du tiers payant augmentera le nombre de ces tâches, et cela, ils n'en veulent pas !

Mme Valérie Boyer. Je ne comprends pas cette mesure dont le Gouvernement fait l'un des principaux emblèmes de ce projet de loi. Les personnes qui ont besoin du tiers payant sont déjà couvertes, et il n'y a pas besoin d'élargir le dispositif plus que cela. Cette réforme participerait à la déresponsabilisation des patients, mais aussi à l'inflation des soins. Elle favoriserait, de surcroît, le nomadisme médical quand on voudrait que les patients s'inscrivent dans un parcours de soins.

Je m'inquiète très sérieusement qu'à travers les réseaux de soins, nous abandonnions progressivement une partie de notre système de santé aux mutuelles et aux assurances. Il s'agit, à mon avis, d'une trahison des promesses de 1945, quand la sécurité sociale a été mise en place. Nous modifions insidieusement la nature de notre système en faisant en sorte que l'assurance maladie se retire au profit notamment des mutuelles, dont les frais de gestion sont extrêmement élevés et qui bénéficient de dérogations fiscales.

Enfin, je pense que la généralisation du tiers payant représente la fin de la médecine libérale. On ne conduit pas une réforme contre les médecins ; or, toutes tendances confondues, ils y sont pourtant opposés. Ils ne veulent pas avoir à s'occuper eux-mêmes de demander le remboursement auprès des 600 mutuelles différentes. Sans nier la nécessité de réformer notre système, pourquoi revenir sur le principe du libre choix du patient et du médecin, qui faisait l'unanimité ? Vous voulez, au contraire, enfermer les patients dans des réseaux fermés.

Vous avez choisi, avec la généralisation du tiers payant, un bien mauvais emblème pour cette loi santé. Nous reviendrons dessus !

Mme la présidente Catherine Lemorton. De toute évidence, il est nécessaire de répéter que les patients garderont le choix de leur médecin.

M. Gérard Bapt. À l'étranger, nous connaissons des exemples de pays qui pratiquent le tiers payant tout en gardant une médecine libérale. En outre, si une minorité de médecins s'oppose à la généralisation par esprit de système, l'immense majorité redoute seulement les complications administratives et techniques, et les retards de paiement, que les organismes complémentaires et la caisse d'assurance maladie travaillent précisément à éviter. Quant à dire que la prise en charge des soins serait abandonnée aux caisses complémentaires, ce n'est pas vrai. Au contraire, la part de la caisse d'assurance maladie ne cesse de croître, tandis que diminuent la part versée par les caisses complémentaires et le reste à charge pour le patient.

Enfin, la question du tiers payant n'a rien à voir avec celle du réseau de soins et des parcours de soins coordonnés, qui excluent au demeurant toute négociation du tarif des soins entre le médecin et les caisses complémentaires. Ce point reste de la compétence de l'assurance maladie. Les craintes des médecins se cristallisent autour du tiers payant, mais elles ont sans doute des causes bien différentes. Elles peuvent être justifiées et méritent d'être dissipées, mais elles ne datent pas des trois dernières années. Par ailleurs, la ministre a annoncé qu'il n'y aurait pas de sanction prise pour non-application du tiers payant, et le Président de la République a exclu sa généralisation si les conditions techniques et administratives souhaitées ne sont pas atteintes.

En tout état de cause, même M. Door ne peut pas nier que l'avance des frais pour un électrocardiogramme peut constituer encore aujourd'hui un obstacle à l'accès aux soins.

Mme Isabelle Le Callennec. Il y a des médecins qui pratiquent aujourd'hui le tiers payant, mais c'est sa généralisation qu'ils redoutent. Pourtant, la ministre s'obstine à vouloir passer en force. Pour ma part, je ne connais pas d'exemple de renonciation aux soins pour des raisons financières. Je suis beaucoup plus inquiète à propos des déserts médicaux et de la démographie médicale dans certaines spécialités, telle l'anesthésie. Mieux vaudrait dépenser de l'énergie à résoudre ce genre de difficulté plutôt qu'à mettre les médecins dans la rue.

Ce n'est pas un hasard si les organisations syndicales de médecins qui sont les plus opposées au tiers payant sont aussi celles qui ont eu le plus de succès aux élections professionnelles, car cette mesure est devenue synonyme d'étatisation de la médecine et de mainmise de la sécurité sociale et des mutuelles sur le système de santé. La ministre doit se rendre compte que ce n'est pas la meilleure voie à suivre. Alors qu'elle prétend mettre les médecins généralistes au cœur du parcours de soins, elle les braque. Il y a là une contradiction.

Mieux vaudrait retirer cet article introduisant la généralisation du tiers payant, surtout si le Président de la République lui-même dit qu'elle ne s'appliquerait pas nécessairement. Dans ces conditions, à quoi bon rajouter un sujet de discorde dans notre pays ?

Mme Michèle Delaunay. Si, comme vous le dites, le Gouvernement devrait employer son énergie à trouver des anesthésistes, moi qui soutiens les médecins et la médecine, je serais heureuse qu'ils s'emparent des grandes causes de santé publique, au lieu de ne parler que de tiers payant et du tarif de la consultation.

Mme Bérengère Poletti. Les médecins sont accablés et démunis, en un mot désespérés. Alors que mon département manque de praticiens, on leur dit qu'ils devront désormais faire encore plus d'administration et courir après le remboursement des soins par les complémentaires. Ils devront se mettre à jour en permanence, en fonction de l'évolution de la situation des patients. Leurs journées sont déjà suffisamment surchargées pour qu'ils redoutent cela.

Privilégions le temps médical sur le temps administratif. Ne les obligeons pas à perdre leur énergie à la recherche de leur dû. Je suis opposée aux amendements.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Nous n'avons pas entendu d'arguments nouveaux par rapport à nos débats de première lecture. L'opposition campe sur son opposition, en présentant des arguments déjà entendus et débattus. Certains sont exprimés avec une grande franchise, d'autres relèvent de la posture politique. J'ai peu d'arguments à proposer à ceux dont l'opposition est purement de principe et je n'ai rien à ajouter à ce qu'ont dit nos collègues Gérard Sebaoun, Gérard Bapt ou Fanélie Carrey-Conte. Je sais particulièrement gré à cette dernière de nous avoir rappelé quelques données chiffrées.

Oui, madame Le Callennec, l'objectif est bien de faire bénéficier du tiers payant une frange de la population qui n'en bénéficiait pas. Si vous ne rencontrez pas, dans vos permanences, des personnes qui, bien qu'ayant un travail, connaissent, elles aussi, des difficultés à faire l'avance des frais médicaux, c'est que nos permanences respectives ne sont pas fréquentées par les mêmes gens.

Il n'est pas question, dans cette loi santé, d'opposer les problématiques les unes aux autres. Le Gouvernement s'est attelé à celle des déserts médicaux avec beaucoup de conviction à travers le pacte de santé et encore dans le PLFSS pour 2015. Comme élue d'une zone de montagne, je salue la parution récente, au début du mois d'octobre, des décrets d'application correspondants. Il sait que la démographie médicale est un autre sujet. Il n'y a donc aucune raison d'opposer comme vous le faites les mesures.

Au sein des professionnels de santé, certains sont, comme vous l'êtes ici, opposés par principe ; d'autres expriment des inquiétudes légitimes au regard des complications administratives. Nous les avons si bien comprises que nous avons intégré à l'article 18 des garanties demandées par la profession et sur lesquelles nous avons invité les différents acteurs et opérateurs à travailler ensemble : garantie de paiement, fondée sur l'obtention effective des informations relatives au patient ; respect des délais ; modalités, la formule retenue étant celle d'un flux de paiement unique.

Au cours des auditions que nous avons menées au sein du groupe de travail, monsieur Robinet, les acteurs du secteur n'ont rien dit qui permette d'exclure que ces principes et ces garanties ne seront pas respectés. La solution est encore en cours d'élaboration, mais force est de constater que, depuis le mois de mars et l'adoption de cet amendement en première lecture, les acteurs du secteur travaillent sur ces propositions. En revenant à l'article 18 dans la version adoptée par notre assemblée, nous permettons que ce travail puisse arriver à son terme. C'est pourquoi l'article prévoit que le rapport établi par les parties prenantes sera remis au plus tard un mois après la promulgation de la loi, pour une application prévue en juillet 2016.

La Commission **adopte** les amendements.

En conséquence, l'article 18 est **ainsi rétabli**.

d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015

Article 18

art. L. 133-4, L. 161-1-4, L. 161-36-3, L. 161-36-4, L. 162-21-1, L. 315-1, L. 322-1, L. 322-2 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime)

Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville

Cet article, supprimé par le Sénat, vise à généraliser pour l'ensemble des assurés la dispense d'avance de frais pour les consultations de médecine de ville, à la hauteur des montants remboursés par l'assurance maladie et par les organismes complémentaires.

Le principal enjeu poursuivi par cet article est de favoriser l'accès aux soins, en particulier pour les patients qui peuvent être amenés à y renoncer pour des raisons financières.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

La rédaction initiale de l'article 18 a suscité de vives réactions de la part des médecins dès le dépôt du projet de loi, au mois d'octobre 2014. En vue de tenir compte des inquiétudes des différentes parties prenantes, une concertation s'est tenue au début de l'année 2015 avec les professionnels de santé concernés et les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Lors de son examen du projet de loi en première lecture, l'Assemblée nationale a veillé avec une attention toute particulière à l'amélioration du dispositif initial afin de répondre aux inquiétudes exprimées lors de la concertation. Cela s'est traduit par l'adoption, en commission, d'un amendement du Gouvernement définissant quatre champs de garanties nécessaires à la sécurisation du dispositif.

a. La définition d'un calendrier de déploiement progressif du tiers payant

Initialement, l'article 18 prévoyait l'entrée en vigueur de l'ensemble du mécanisme du tiers payant au 1^{er} janvier 2017. Désormais, le **I** définit les étapes d'extension progressive du dispositif :

– la première phase de déploiement concerne les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée (ALD) et les bénéficiaires de l'assurance maternité. À partir du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville qui le souhaitent pourront appliquer le tiers payant à ces bénéficiaires (**1°**). Cette possibilité deviendra une obligation à compter du 31 décembre 2016 (**2°**) ;

– la seconde phase concerne l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie : à partir du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville pourront décider de leur appliquer le tiers payant (**4°**) ; ils seront tenus de le faire dès le 30 novembre 2017 (**5°**).

Pour sécuriser la généralisation du tiers payant en 2017, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance devaient remettre, avant le 31 octobre 2015, un rapport étudiant les solutions techniques de mise en place du mécanisme du tiers payant ainsi que les modalités de test envisagées au cours de l'année 2016 (**3°**). Selon les informations transmises à la rapporteure, ce rapport n'a pas encore été transmis mais ses principaux jalons ont d'ores et déjà été définis.

En outre, les conditions de l'application du déploiement du tiers payant feront l'objet de deux rapports au ministre chargé de la sécurité sociale : l'un au 30 novembre 2016 pour le déploiement de la première phase (assurance maternité et ALD) et l'autre avant le 30 septembre 2017 pour le déploiement de la seconde phase (**II**).

b. La garantie d'un paiement des professionnels de santé dans des délais rapides

Afin d'éviter les risques de trésorerie pour les professionnels de santé qui bénéficient aujourd'hui du paiement de la consultation par le patient dès l'issue de celle-ci, l'article L. 161-36-3 créé par le 6° du III définit les modalités de paiement des professionnels de santé.

Il pose le principe d'une garantie de paiement des professionnels, à condition qu'ils utilisent la carte Vitale de l'assuré. Il est précisé que le paiement doit intervenir dans un délai défini par décret, qui devrait être de sept jours. En cas de dépassement de ce délai, le professionnel de santé bénéficierait d'une indemnité afin de compenser le préjudice subi.

c. La définition des conditions de bénéfice du tiers payant

Le bénéfice du tiers payant suppose par ailleurs que l'assuré remplisse certaines conditions, définies à l'article L. 161-36-4 nouveau défini par le même 6° : avoir présenté sa carte Vitale au professionnel de santé, avoir donné à l'assurance maladie une autorisation de prélèvement sur son compte bancaire pour le paiement des franchises, notamment – ou avoir expressément renoncé à cette autorisation –, respecter le parcours de soins coordonnés et, pour la délivrance de médicaments, accepter la prescription de génériques.

d. Les conditions de mise en place du dispositif

Le V confie à l'assurance maladie le soin de piloter le déploiement et l'application du tiers payant, en lien avec les organismes d'assurance maladie complémentaire.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Sans reconnaître les améliorations adoptées par l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article en avançant trois raisons, qui ne sauraient dissimuler toutefois le positionnement de principe qui a semble-t-il présidé au rejet de cet article :

- elle a considéré que la généralisation du tiers payant n'était « *pas réellement justifiée pour améliorer l'accès aux soins dès lors que le tiers payant existe pour toutes les personnes dont le niveau de revenu est inférieur ou égal au seuil de pauvreté monétaire* » ;
- elle a également considéré que le tiers payant constituait une « *remise en cause inutile de la pratique des professionnels de santé libéraux* » ;
- elle a enfin considéré que cet article était malvenu dans le contexte de la campagne pour les élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS).

3. La position de la commission

La commission regrette profondément le rejet de cet article par le Sénat, car la généralisation du tiers payant est une étape indispensable pour faire reculer les situations de renoncement aux soins.

Les avancées adoptées dans le texte issu de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale visent à sécuriser et à simplifier les modalités d'application du mécanisme du tiers payant.

S'agissant de la mise en place effective du tiers payant, les représentants de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires, invités à remettre à l'automne à la ministre en charge de la santé un rapport relatif à la faisabilité technique et financière du tiers payant, ont fait part à la rapporteure de l'approche constructive qui préside depuis le début de leurs travaux.

Engagés depuis plusieurs mois dans le travail de définition des modalités techniques, ces représentants lui ont indiqué que les groupes de travail constitués avec les différentes parties prenantes – notamment les éditeurs de logiciels – ont permis d'étudier les différentes options techniques de mise en place du travail payant.

Ils ont souligné que tous les scénarii étudiés permettront d'assurer les garanties que les professionnels de santé sont légitimement en droit d'attendre du tiers payant : garantie de paiement dans un délai raisonnable, d'une part, et simplicité de mise en place du mécanisme du tiers payant, d'autre part. Les professionnels de santé doivent notamment pouvoir bénéficier d'un flux de paiement unique, quelle que soit la solution technique retenue pour y parvenir.

Ainsi, le scénario finalement retenu devra prioritairement s'assurer qu'il répond aux principes énoncés par les professionnels de santé et qu'il permet d'assurer la mise en place effective du tiers payant, en cohérence avec le calendrier de déploiement progressif fixé par l'article 18.

Au regard des consultations conduites par la rapporteure entre la première et la nouvelle lecture de ce projet de loi, rien ne laisse donc supposer que des obstacles techniques ou financiers soient insurmontables dans la mise en place du tiers payant.

Au regard de ces éléments, la commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

Toutefois, la commission a proposé que le rapport relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant soit remis à la ministre en charge de la santé dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la loi.

*

La commission discute des amendements identiques AS367 de la rapporteure et AS324 de M. Christophe Sirugue.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit à nouveau de rétablir la rédaction de l'Assemblée à une nuance près. Je regrette évidemment que le Sénat ait rejeté l'article 18 qui, à l'issue de nombreux échanges, permettait de sécuriser et de simplifier les modalités d'application du mécanisme de généralisation progressive du tiers payant.

Des avancées avaient été accomplies avec la définition d'un calendrier progressif de déploiement et la prise en compte de la demande de garantie de paiement dans un délai raisonnable que les professionnels sont en droit d'exiger. S'agissant des modalités concrètes de la mise en œuvre du tiers payant, nous avons prévu qu'elles feraient l'objet d'un rapport établi conjointement par les caisses nationales d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Les parties prenantes, que j'ai rencontrées la semaine dernière, m'ont fait part du bon avancement de leurs travaux, dans une approche que les uns et les autres ont qualifiée de « pragmatique et constructive ».

Nous proposons, en conséquence, de rétablir l'article 18 dans les principes que nous avons fixés, et de modifier la date de remise du rapport, qui pourrait intervenir au plus tard un mois après la date de promulgation de la loi.

M. Christophe Sirugue. L'ensemble des membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen a voulu cosigner cet amendement identique à celui de Mme la rapporteure afin de montrer notre engagement en faveur de la généralisation du tiers payant.

M. Arnaud Robinet. L'article 18 du projet de loi sera la plus grave erreur commise par la majorité durant ce quinquennat. Les arguments en faveur de cette disposition ne sont pas acceptables, mais il est vrai qu'il s'agit d'une promesse totalement dogmatique du candidat Hollande. Aujourd'hui, nos concitoyens les plus démunis ont déjà accès au tiers payant, et nous avons plusieurs raisons de refuser que cette mesure soit généralisée.

Madame la rapporteure, les organismes complémentaires semblent tenir un double langage : lorsque nous les rencontrons, ils nous disent qu'ils ne travaillent à la mise en place technique du tiers payant que parce qu'ils y sont obligés, et qu'ils ne seront pas prêts le moment venu.

Cette mesure pose aussi un problème juridique, au sens large du terme. Le fait que le patient paie lui-même le professionnel de santé établit un contrat qui n'existe plus dès lors que le tiers payant est généralisé.

Se pose aussi la question de la déresponsabilisation des patients. La santé n'est pas gratuite. Depuis des années, droite et gauche contribuent à faire passer la santé pour un bien de consommation classique : ce n'est pas le cas.

Votre réforme vise à renforcer les réseaux de soins qui entravent la liberté de choix du patient. Nous savons parfaitement qu'avec le tiers payant généralisé, la caisse d'assurance maladie va progressivement se retirer du remboursement de certaines prestations et prescriptions, et donner ainsi de plus en plus de poids aux complémentaires, aux mutuelles et autres organismes assurantiers.

La généralisation du tiers payant ne répond ni aux attentes des professionnels de santé ni à celles de nos concitoyens. Si une réforme du système de santé est nécessaire, elle ne passe assurément pas par cette solution. Si c'était le cas, cela se saurait, et d'autres l'auraient fait.

Cette réforme fera du médecin libéral un administratif sous la coupe de l'assurance maladie ; nous ne pouvons l'accepter. Notre système de santé repose sur deux piliers, un service public et un système libéral, et sur la notion de liberté que nous devons préserver, aussi bien pour les patients que pour les praticiens.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Les deux systèmes sont solvabilisés de la même manière !

M. Gérard Sebaoun. Le tiers payant n'est qu'un mode de paiement. De nombreux pays l'ont adopté sans qu'il en résulte une révolution, une surconsommation des soins ou, à l'inverse, l'abandon des patients. Vous agitez des épouvantails sans que cela ait le moindre sens ! Vous avez un problème parce que votre définition de la médecine libérale est figée : vous êtes arc-boutés sur le paiement à l'acte auquel le tiers payant ne met pourtant pas fin. Il ne constitue qu'une autre méthode de paiement pour les patients qui sont des assurés.

La solvabilisation du système passe par l'assurance maladie et par le groupement des complémentaires, assurances et institutions de prévoyance. On peut donc comprendre que les négociations soient difficiles. L'essentiel, c'est qu'elles aboutissent, *in fine*, à libérer le médecin des contraintes administratives – tout l'inverse de ce que vous avancez –, l'idée étant d'avoir un flux unique qui permette aux professionnels d'être payés correctement en temps et en heure.

J'ai rencontré les médecins libéraux de mon département, et je sais bien qu'ils sont très remontés. Pour autant, je ne comprends pas les arguments avancés, qui tournent en boucle et peuvent être réfutés un à un assez facilement. La médecine libérale doit évoluer ; elle a toute sa place dans ce projet de loi comme pendant de la

médecine hospitalière. Vous menez un combat idéologique d'arrière-garde sur le tiers payant. C'est un non-sens.

M. Bernard Accoyer. Arnaud Robinet a dit l'essentiel. Touche après touche, tout le système de santé est remis en cause et échappe progressivement à notre maîtrise. C'est déjà le cas pour ce qui concerne les déficits et l'accès à l'innovation.

Avec la déresponsabilisation, l'inflation des soins, la couverture maladie universelle qui réécrit complètement le code de la sécurité sociale dans le PLFSS, les quatre pages de cet article rédigées de manière improvisée en séance, en première lecture à l'Assemblée, on est en pleine irresponsabilité.

Les dispositions que vous voulez mettre en place n'apportent strictement rien en matière d'accès aux soins. Elles sont tout simplement démagogiques et participent d'une posture politique consécutive à une promesse de campagne du candidat Hollande. Ce n'est pas responsable ! Nous ne voterons pas cet amendement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Accoyer, vous pensiez sans doute à la protection universelle maladie (PUMA) et non à la CMU.

M. Jean-Pierre Door. Le Sénat a parfaitement compris que l'on ne faisait pas de médecine contre les médecins. Aujourd'hui, le divorce est total entre eux et le Gouvernement. Ils le diront le 13 novembre prochain en boycottant la conférence de santé du Premier ministre. Les médecins combattent le tiers payant généralisé, ils ne veulent en aucun cas d'une obligation. Le groupe de travail chargé du sujet a montré que des dysfonctionnements existaient déjà sur le périmètre actuel du dispositif : qu'en serait-il en cas de généralisation ?

Les Républicains refusent la généralisation du tiers payant qui constitue un changement de paradigme de la médecine libérale. Ce n'est pas notre option. Si nous revenons au pouvoir en 2017, sachez que ce dispositif sera immédiatement supprimé. Vous avez gagné la première manche, mais vous ne gagnerez pas la partie !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Ce n'est pas parce que la CMU-c et l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé ont été mises en place qu'il n'existe pas de problèmes d'accès aux soins dans notre pays. Les plafonds de ressources pour bénéficier de ces dispositifs sont fixés, pour une personne seule, à 720 euros mensuels pour la CMU-c et à 973 euros pour l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé – encore ces plafonds ont-ils été relevés par le Gouvernement ces dernières années. On peut donc parfaitement se situer au-dessus des plafonds et rencontrer des difficultés financières pour se soigner. Vous aurez beau le nier, il y a bel et bien des difficultés d'accès aux soins et des refus de soins pour des raisons financières. La généralisation du tiers payant permettra de lever la barrière financière qui empêche certaines personnes d'aller consulter. Une telle barrière ne doit pas exister entre le médecin et son patient.

M. Denis Jacquat. En tout état de cause, il est difficile de comparer les systèmes de santé dans les divers pays du monde.

En ce qui concerne l'accès aux soins pour les plus démunis, la couverture est parfaite dans notre pays. Certaines catégories de personnes rencontrent des difficultés, c'est vrai, mais cela ne doit pas faire oublier que la vocation des médecins, c'est de soigner, pas d'accomplir des tâches administratives. Il est évident que la généralisation du tiers payant augmentera le nombre de ces tâches, et cela, ils n'en veulent pas !

Mme Valérie Boyer. Je ne comprends pas cette mesure dont le Gouvernement fait l'un des principaux emblèmes de ce projet de loi. Les personnes qui ont besoin du tiers payant sont déjà couvertes, et il n'y a pas besoin d'élargir le dispositif plus que cela. Cette réforme participerait à la déresponsabilisation des patients, mais aussi à l'inflation des soins. Elle favoriserait, de surcroît, le nomadisme médical quand on voudrait que les patients s'inscrivent dans un parcours de soins.

Je m'inquiète très sérieusement qu'à travers les réseaux de soins, nous abandonnions progressivement une partie de notre système de santé aux mutuelles et aux assurances. Il s'agit, à mon avis, d'une trahison des promesses de 1945, quand la sécurité sociale a été mise en place. Nous modifions insidieusement la nature de notre système en faisant en sorte que l'assurance maladie se retire au profit notamment des mutuelles, dont les frais de gestion sont extrêmement élevés et qui bénéficient de dérogations fiscales.

Enfin, je pense que la généralisation du tiers payant représente la fin de la médecine libérale. On ne conduit pas une réforme contre les médecins ; or, toutes tendances confondues, ils y sont pourtant opposés. Ils ne veulent pas avoir à s'occuper eux-mêmes de demander le remboursement auprès des 600 mutuelles différentes. Sans nier la nécessité de réformer notre système, pourquoi revenir sur le principe du libre choix du patient et du médecin, qui faisait l'unanimité ? Vous voulez, au contraire, enfermer les patients dans des réseaux fermés.

Vous avez choisi, avec la généralisation du tiers payant, un bien mauvais emblème pour cette loi santé. Nous reviendrons dessus !

Mme la présidente Catherine Lemorton. De toute évidence, il est nécessaire de répéter que les patients garderont le choix de leur médecin.

M. Gérard Bapt. À l'étranger, nous connaissons des exemples de pays qui pratiquent le tiers payant tout en gardant une médecine libérale. En outre, si une minorité de médecins s'oppose à la généralisation par esprit de système, l'immense majorité redoute seulement les complications administratives et techniques, et les retards de paiement, que les organismes complémentaires et la caisse d'assurance maladie travaillent précisément à éviter. Quant à dire que la prise en charge des soins serait abandonnée aux caisses complémentaires, ce n'est pas vrai. Au contraire, la part de la caisse d'assurance maladie ne cesse de croître, tandis que diminuent la part versée par les caisses complémentaires et le reste à charge pour le patient.

Enfin, la question du tiers payant n'a rien à voir avec celle du réseau de soins et des parcours de soins coordonnés, qui excluent au demeurant toute négociation du tarif des soins entre le médecin et les caisses complémentaires. Ce point reste de la compétence de l'assurance maladie. Les craintes des médecins se cristallisent autour du tiers payant, mais elles ont sans doute des causes bien différentes. Elles peuvent être justifiées et méritent d'être dissipées, mais elles ne datent pas des trois dernières années. Par ailleurs, la ministre a annoncé qu'il n'y aurait pas de sanction prise pour non-application du tiers payant, et le Président de la République a exclu sa généralisation si les conditions techniques et administratives souhaitées ne sont pas atteintes.

En tout état de cause, même M. Door ne peut pas nier que l'avance des frais pour un électrocardiogramme peut constituer encore aujourd'hui un obstacle à l'accès aux soins.

Mme Isabelle Le Callennec. Il y a des médecins qui pratiquent aujourd'hui le tiers payant, mais c'est sa généralisation qu'ils redoutent. Pourtant, la ministre s'obstine à vouloir passer en force. Pour ma part, je ne connais pas d'exemple de renonciation aux soins pour des raisons financières. Je suis beaucoup plus inquiète à propos des déserts médicaux et de la démographie médicale dans certaines spécialités, telle l'anesthésie. Mieux vaudrait dépenser de l'énergie à résoudre ce genre de difficulté plutôt qu'à mettre les médecins dans la rue.

Ce n'est pas un hasard si les organisations syndicales de médecins qui sont les plus opposées au tiers payant sont aussi celles qui ont eu le plus de succès aux élections professionnelles, car cette mesure est devenue synonyme d'étatisation de la médecine et de mainmise de la sécurité sociale et des mutuelles sur le système de santé. La ministre doit se rendre compte que ce n'est pas la meilleure voie à suivre. Alors qu'elle prétend mettre les médecins généralistes au cœur du parcours de soins, elle les braque. Il y a là une contradiction.

Mieux vaudrait retirer cet article introduisant la généralisation du tiers payant, surtout si le Président de la République lui-même dit qu'elle ne s'appliquerait pas nécessairement. Dans ces conditions, à quoi bon rajouter un sujet de discorde dans notre pays ?

Mme Michèle Delaunay. Si, comme vous le dites, le Gouvernement devrait employer son énergie à trouver des anesthésistes, moi qui soutiens les médecins et la médecine, je serais heureuse qu'ils s'emparent des grandes causes de santé publique, au lieu de ne parler que de tiers payant et du tarif de la consultation.

Mme Bérengère Poletti. Les médecins sont accablés et démunis, en un mot désespérés. Alors que mon département manque de praticiens, on leur dit qu'ils devront désormais faire encore plus d'administration et courir après le remboursement des soins par les complémentaires. Ils devront se mettre à jour en permanence, en fonction de l'évolution de la situation des patients. Leurs journées sont déjà suffisamment surchargées pour qu'ils redoutent cela.

Privilégions le temps médical sur le temps administratif. Ne les obligeons pas à perdre leur énergie à la recherche de leur dû. Je suis opposée aux amendements.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Nous n'avons pas entendu d'arguments nouveaux par rapport à nos débats de première lecture. L'opposition campe sur son opposition, en présentant des arguments déjà entendus et débattus. Certains sont exprimés avec une grande franchise, d'autres relèvent de la posture politique. J'ai peu d'arguments à proposer à ceux dont l'opposition est purement de principe et je n'ai rien à ajouter à ce qu'ont dit nos collègues Gérard Sebaoun, Gérard Bapt ou Fanélie Carrey-Conte. Je sais particulièrement gré à cette dernière de nous avoir rappelé quelques données chiffrées.

Oui, madame Le Callennec, l'objectif est bien de faire bénéficier du tiers payant une frange de la population qui n'en bénéficiait pas. Si vous ne rencontrez pas, dans vos permanences, des personnes qui, bien qu'ayant un travail, connaissent, elles aussi, des difficultés à faire l'avance des frais médicaux, c'est que nos permanences respectives ne sont pas fréquentées par les mêmes gens.

Il n'est pas question, dans cette loi santé, d'opposer les problématiques les unes aux autres. Le Gouvernement s'est attelé à celle des déserts médicaux avec beaucoup de conviction à travers le pacte de santé et encore dans le PLFSS pour 2015. Comme élue d'une zone de montagne, je salue la parution récente, au début du mois d'octobre, des décrets d'application correspondants. Il sait que la démographie médicale est un autre sujet. Il n'y a donc aucune raison d'opposer comme vous le faites les mesures.

Au sein des professionnels de santé, certains sont, comme vous l'êtes ici, opposés par principe ; d'autres expriment des inquiétudes légitimes au regard des complications administratives. Nous les avons si bien comprises que nous avons intégré à l'article 18 des garanties demandées par la profession et sur lesquelles nous avons invité les différents acteurs et opérateurs à travailler ensemble : garantie de paiement, fondée sur l'obtention effective des informations relatives au patient ; respect des délais ; modalités, la formule retenue étant celle d'un flux de paiement unique.

Au cours des auditions que nous avons menées au sein du groupe de travail, monsieur Robinet, les acteurs du secteur n'ont rien dit qui permette d'exclure que ces principes et ces garanties ne seront pas respectés. La solution est encore en cours d'élaboration, mais force est de constater que, depuis le mois de mars et l'adoption de cet amendement en première lecture, les acteurs du secteur travaillent sur ces propositions. En revenant à l'article 18 dans la version adoptée par notre assemblée, nous permettons que ce travail puisse arriver à son terme. C'est pourquoi l'article prévoit que le rapport établi par les parties prenantes sera remis au plus tard un mois après la promulgation de la loi, pour une application prévue en juillet 2016.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 18 est **ainsi rétabli**.*

e. Amendements adoptés en séance publique

- Amendement n° 527 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 18

I. – À la première phrase de l'alinéa 2, substituer à la référence :

« L. 322-3 » la référence :

« L. 160-14 ».

II. En conséquence, procéder à la même substitution à l'alinéa 3.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination avec l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

- Amendement n° 530 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 18

À la fin de l'alinéa 17, substituer à la référence :

« L. 380-1 »

la référence :

« L. 160-1 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination avec les articles 20 et 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

- Amendement n° 535 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 18

Supprimer l'alinéa 18.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination avec l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

- Amendement n° 548 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 18

I. – À l'alinéa 21, substituer à la référence :

« L. 322-2 »

les mots :

« L. 160-13, dans sa rédaction issue de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2016 ».

II. - En conséquence, à l'alinéa 34, substituer à la référence :

« L. 322-2 »

la référence :

« L. 160-13 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination avec l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

f. Discussion en séance publique

- Première séance du vendredi 27 novembre 2015

Article 18

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 18.

La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Monsieur le président, madame la ministre, nous abordons, à l'article 18, la généralisation progressive du tiers payant, qui a été – et qui est toujours – tant décriée dans notre pays. Ce sera sans doute la plus grave erreur commise par votre majorité, encore qu'il y en ait bien d'autres.

Vous avez réussi à faire l'unanimité des professions médicales contre cette mesure déresponsabilisante pour les patients. Par cette généralisation du tiers payant, vous nous dites vouloir faciliter l'accès aux soins pour tous. Mais vous le savez très bien : le tiers payant est déjà possible, et dans certains cas, il est même obligatoire. Aujourd'hui, l'ensemble des Français dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté bénéficient du tiers payant.

Dans son intervention préalable à l'examen de ce texte en commission, Mme la rapporteure nous disait que cette mesure tendait à lever une contrainte de trésorerie pour les patients. Pour ma part, je ne connais pas de médecins libéraux qui n'acceptent d'attendre quelques jours, le temps que la Sécurité sociale rembourse leurs patients, avant d'encaisser le paiement de la consultation.

À toutes ces objections, Mme Laclais, vous avez répondu en commission : « Nous n'avons pas entendu d'arguments nouveaux par rapport à nos débats de première lecture. » Vous avez ajouté que nos arguments sont « déjà entendus et débattus », et qu'ils relevaient pour une majeure partie de la « posture politique ». C'est faire peu de cas de toutes les réactions qui vont et viennent depuis maintenant des mois par les professions médicales, ces mêmes professions médicales pour lesquelles vous allez accroître de façon drastique le travail administratif, alors que leur rôle est avant tout de soigner.

Je vois mal comment ils s'en sortiront avec les particularités de chaque assurance complémentaire maladie : pas étonnant, ensuite, que nous ayons de moins en moins de médecins sur notre territoire.

Madame la ministre, à un moment où nous reconnaissons tous que l'ensemble des professions médicales a fait preuve d'une très grande responsabilité, nous vous demandons d'engager avec elles une large et véritable concertation, qui n'a pas eu lieu jusqu'à présent, et de reporter la mise en place du tiers payant généralisé.

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

M. Denis Jacquat. Gilles Lurton a parfaitement résumé le problème, si bien qu'il est difficile de parler après lui. Je me contenterai de compléter ses propos sur un point : concernant cet article, nous ne sommes pas dans une « posture politique ». Cela a été dit à l'instant, les médecins sont unanimement opposés à cette mesure.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas vrai !

M. Denis Jacquat. Dans notre pays, les médecins font des études pour soigner ; ils ne sont pas là pour effectuer des démarches administratives. D'une manière générale, ils n'aiment pas cela. Or avec cet article, ils devront en faire plus : cela, ils ne le veulent pas ! L'important, par conséquent, c'est de mener une concertation

avec eux. Comme je l'ai dit tout à l'heure, les pratiques de la médecine ont évolué dans notre pays. Il faut en tenir compte.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Tout le monde sait – y compris vous, monsieur Jacquat – que trop de nos concitoyens renoncent aujourd'hui encore à se soigner faute de moyens financiers. La généralisation du tiers payant dispense le patient de régler le professionnel de santé au moment de la consultation : elle lève un obstacle financier, et va donc dans le bon sens. C'est pourquoi nous soutenons cette mesure, comme en première lecture. Nous souhaitons néanmoins que le Gouvernement réponde aux préoccupations légitimes qu'ont exprimées les médecins.

Vous dites, chers collègues du groupe Les Républicains, que les médecins sont unanimes à s'opposer à cette disposition : c'est une contrevérité. On ne peut pas dire cela !

Certes, il faut répondre aux préoccupations qu'expriment les médecins pour mettre en œuvre cette mesure dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions. Il s'agit de surmonter les inquiétudes, notamment au sujet du temps de travail administratif que cette mesure entraînera pour les médecins : leur temps est précieux, ils veulent faire de la médecine, et non accomplir des actes administratifs. Ils veulent que cela se passe dans de bonnes conditions, au bénéfice – évidemment – de leurs patients, mais aussi sans retarder – ce qui est légitime – le versement de leurs honoraires.

Mme la ministre a déjà répondu plusieurs fois à ces questions. J'espère, je veux croire que le Gouvernement prendra toutes les dispositions nécessaires pour que cela se passe bien. Quoi qu'il en soit, le principe du tiers payant n'est pas repoussé pas le corps médical ; s'il est bien appliqué, il facilitera les choses pour tout le monde.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Arribagé.

Mme Laurence Arribagé. L'article 18, relatif à la généralisation du tiers payant, est emblématique de l'esprit de ce projet de loi : entêtement, absence de prise en considération des revendications des personnels de santé, refus du dialogue, méconnaissance ou désintérêt de la réalité quotidienne des médecins, de leur liberté d'exercice, de leur autonomie professionnelle, de leur charge de travail et de leur statut. Je le regrette d'autant plus que les médecins sont naturellement d'accord pour évoluer dans le sens d'une optimisation et d'une mobilisation de la médecine au service de tous : ils le prouvent chaque jour.

Avec le tiers payant généralisé, se profile l'ère d'une médecine contrôlée et bureaucratique, notamment sous le joug des mutuelles.

M. Claude Goasguen. Très bien !

Mme Laurence Arribagé. Vous dites : « gratuité des soins » ; les médecins répondent : « surconsommation de soins médicaux et déresponsabilisation du patient ». Vous dites : « simplification » ; les médecins vous répondent : « lourdeurs administratives exorbitantes ». Vous dites : « égalité des soins » ; les Français vous répondent : « valeur et disponibilité de mon médecin ».

Madame la ministre, il faut accepter que le tiers payant soit facultatif. L'essentiel, c'est de ne pas mutualiser la médecine par idéologie, et de laisser les patients libres. C'est aussi de laisser les médecins libres, sans les transformer en cabinets de créances à recouvrer, sans leur faire payer vos déficits. Vous devez prendre en compte, au moins en partie, ce que vous disent les professionnels de santé : ne prenez pas de mesures aussi dirigistes, de surcroît à une époque de crise des vocations et d'extension des déserts médicaux. Je crains, madame la ministre, que ce soit le tiers perdant que vous généraliserez. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains. – Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. Gérard Bapt. Le tiers perdant : voilà qui est nouveau !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je partage tout à fait le point de vue développé par mes collègues. Nous y reviendrons plus tard, au cours de l'examen des amendements.

Madame la ministre, cette réforme du tiers payant est trop considérable, trop importante, pour l'examiner ainsi un vendredi après-midi, juste après l'hommage national aux Invalides. Je viens de Marseille, je prends un taxi-moto, j'arrive à l'Assemblée : je trouve un hémicycle quasiment vide !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Et les députés de votre groupe, pourquoi ne sont-ils pas présents ?

M. Dominique Tian. Que penseront les professionnels de santé, notamment les médecins, quand ils verront que nous aurons voté à quinze ou vingt députés une réforme fondamentale pour notre système de santé ? Cela n'est pas normal !

Je ne suis d'ailleurs pas le seul à le dire, puisque la CSMF – la Confédération des syndicats médicaux français –, qui est le premier syndicat de médecins, demande officiellement aux médecins de ne pas appliquer le tiers payant lorsque les décrets seront publiés.

M. Benoît Hamon. Ils devront bien appliquer la loi !

M. Dominique Tian. Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France, a également déclaré qu'en profitant de l'état d'urgence pour faire adopter, au pas de course et en catimini, ce projet de loi, le Gouvernement a fait preuve d'un total manque de fair-play. Je partage complètement ce point de vue. De très nombreux députés du groupe Les Républicains auraient voulu être là, mais ne le peuvent pas, puisqu'ils sont bloqués par la campagne pour les élections régionales, ou par les hommages rendus aux victimes dans leurs circonscriptions – car ils font leur boulot, près de nos concitoyens. Siéger pour cela un vendredi après-midi, c'est scandaleux : nous aurions pu reporter l'examen de ce texte à lundi prochain sans aucune difficulté.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Et les Français, vous ne croyez pas qu'ils travaillent le vendredi ?

M. Dominique Tian. Malheureusement, nous sommes victimes d'un hold-up démocratique ; madame la ministre, c'est choquant !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Il est normal que nous intervenions sur cet article,...

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Mais personne ne vous le reproche !

M. Jean-Pierre Door. ...car le tiers payant généralisé est un vrai marqueur idéologique pour vous. Nous l'avons déjà dit : cette mesure est dogmatique, et la majorité des professionnels de santé – notamment des médecins – y sont opposés.

M. Benoît Hamon. La majorité des patients sont pour !

M. Jean-Pierre Door. Avec cette disposition, vous avez même réussi à les mettre dans la rue au mois de janvier dernier. Ils menacent actuellement de boycotter la conférence nationale de santé du mois de février : il y aurait une conférence de santé sans les professionnels de santé ! Ce n'est pas de la médecine gratuite, bien entendu, mais c'est une mesure démagogique. Or la généralisation du tiers payant pose de nombreuses questions d'ordre technique : c'est pour cela que nous doutons de sa faisabilité, malgré vos annonces. Vous avez dit que ce sera facile ; le Président de la République, lui, a dit en substance : « Nous généraliserons le tiers payant, mais à la condition que ce soit simple. » Or ce système sera chronophage pour tous les professionnels de santé.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Mais non !

M. Jean-Pierre Door. L'application du tiers payant aux pharmaciens, aux radiologues et aux biologistes a déjà prouvé que c'est chronophage, et que cela a un coût : entre 3,5 et 4 euros par acte. Qui paiera, sinon les médecins ? Il faudra vérifier les documents, la carte Vitale, et les droits des patients ; il faudra vérifier l'éventuelle complémentaire sans se perdre dans le dédale de 500 ou 600 complémentaires santé. L'exemple des pharmaciens est, je l'ai dit, très frappant.

Vous dites que si l'assurance maladie ne règle pas les médecins sous sept jours, elle sera pénalisée. Mais comment voulez-vous le faire ? Comment le saurez-vous, si l'assurance maladie ne paye pas ? Croyez-vous que les médecins iront frapper à votre porte pour dire qu'ils n'ont pas été honorés ? Personne n'y croit sérieusement. Ce système aura, de plus, des conséquences inflationnistes.

C'est votre démarche ; vous l'avez souhaitée, et je le regrette. Nous demanderons, bien entendu...

M. le président. Monsieur Door, vous avez épuisé votre temps de parole.

La parole est à M. Gérard Sebaoun, rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Moi aussi, je voudrais m'exprimer sur le tiers payant. Je rappelle que ce mode de paiement simple est plébiscité par sept Français sur dix. Contrairement à ce qui se dit, à ce qui s'écrit à longueur de colonne, les professionnels de santé ne sont pas tous opposés au tiers payant. Ils ont exprimé leur crainte d'une lourdeur administrative accrue, et Mme la ministre s'est engagée à ce que ce ne soit pas le cas. Ce n'est pas un problème de tuyauterie, c'est une affaire de principe : voilà pourquoi les arguments que j'ai entendus ne sont pas recevables.

Je rappelle aussi qu'aucun des principes de la médecine libérale – à savoir la liberté de choix du médecin, la liberté d'installation, la liberté de prescription et le paiement à l'acte – n'est remis en question par ce projet de loi.

À l'heure actuelle, de fausses informations circulent sur les réseaux sociaux. Certains vont jusqu'à diffuser des photographies de feuilles de soins pour faire l'amalgame entre les réseaux de santé et les réseaux de soins.

C'est purement scandaleux de la part de ces personnes qui, malheureusement, viennent d'obtenir des voix aux élections professionnelles, et je tenais à le dénoncer.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Bravo ! C'est très vrai !

M. le président. La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Nous parlons en effet d'un article important.

Nous en sommes à une nouvelle lecture, monsieur Tian, et cela fait des mois que nous débattons de la généralisation du tiers payant, multipliant les concertations en tout genre avec les professionnels de santé et nos concitoyens. Parler d'un « hold-up démocratique » est tout de même un peu fort de café : certaines vérités doivent être rétablies. (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

M. Dominique Tian. Vous habitez à Paris : pour vous, c'est facile !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Le présent article, je le rappelle, représente un enjeu majeur pour l'accès aux soins ; c'est pourquoi il est un volet essentiel du projet de loi.

On entend souvent dire que des dispositifs tels que la CMU complémentaire ou l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé régleraient le problème de l'accès aux soins. Même si nous avons amélioré l'accès à ces dispositifs, de tels arguments reflètent une méconnaissance de la réalité vécue par un grand nombre de nos concitoyens. On peut être bénéficiaire de ces dispositifs et éprouver de vraies difficultés à payer une consultation chez un généraliste ou un spécialiste ; si bien que des patients renoncent aux soins et que les services d'urgence, qui ne devraient pas être sollicités, se retrouvent saturés.

M. Arnaud Robinet. Ce n'est pas la généralisation du tiers payant qui y changera quoi que ce soit !

M. Dominique Tian. Eh non !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Cela coûte de l'argent à l'assurance maladie, sans parler de l'aggravation de l'état de santé des personnes concernées.

La généralisation du tiers payant est avant tout une mesure de progrès social. Personne ne nie les difficultés techniques ; il faut les prendre en compte. Sur ce point, Mme la rapporteure nous détaillera sans doute les progrès réalisés par la Caisse nationale d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Mais ces aspects techniques ne doivent en aucun cas servir de prétexte pour s'opposer au tiers payant généralisé, dont je répète qu'il constitue une mesure importante pour l'accès aux soins.

Puisque l'on parle de la parole des professionnels de santé,...

M. le président. Merci.

Mme Fanélie Carrey-Conte. ...je conclus en vous conseillant la lecture des *Tribunes de la santé*...

M. le président. Merci, madame Carrey-Conte. Vous reprendrez la parole ultérieurement. J'ai interrompu les autres orateurs au bout de deux minutes ; j'en fais donc de même avec vous.

M. Denis Jacquat. Très bien, monsieur le président !

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour deux minutes également.

M. Arnaud Robinet. Comme vous, madame la ministre, nous aimons les médecins et les professionnels de santé. On peut donc vous reconnaître de louables intentions, mais je déplore certains propos tenus il y a quelques instants. Pointer du doigt les médecins, monsieur Sebaoun, monsieur Hamon,...

M. Gérard Sebaoun, *rapporteur*. Je n'ai pas dénoncé les médecins, mais les méthodes !

M. Arnaud Robinet. ...en les désignant comme responsables du déficit de la Sécurité sociale,...

M. Benoît Hamon. Mais non !

M. Arnaud Robinet. ...n'est pas acceptable.

Le tiers payant généralisé est, certes, la mesure phare et emblématique du projet de loi. Souffrez que nous ayons une autre vision du système de santé : si la mesure ici proposée avait permis de le réformer, cela fait bien longtemps qu'elle aurait été mise en œuvre.

Pourquoi pas, donc, instaurer un système de tiers payant. La seule chose que demandent les médecins est qu'il soit facultatif, et non obligatoire.

On ne peut en effet ignorer les conséquences de ce système, en particulier administratives, pour les cabinets médicaux. Les médecins demandent davantage de temps médical : ils ont été formés pour soigner et pour guérir, non pour devenir des supplétifs de la Sécurité sociale.

La mesure est également une erreur économique. Prétendre que le tiers payant généralisé facilite l'accès aux soins est faux, on l'a dit et redit. Nos concitoyens les plus démunis bénéficient de l'accès au tiers payant, et cette possibilité, nous la soutenons et nous y croyons.

Par ailleurs, la généralisation du tiers payant tend à laisser croire que les soins sont gratuits. Or il n'en est rien : au bout de la chaîne, on trouve toujours un payeur, grâce aux cotisations. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. Christophe Sirugue. Bien sûr !

M. Arnaud Robinet. On fait croire à nos concitoyens que la santé est un bien de consommation comme les autres, ce qui déresponsabilisera une grande partie d'entre eux. (*Nouvelles exclamations sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. Dominique Tian. Très bien !

M. Arnaud Robinet. Deuxièmement,...

M. le président. Merci, monsieur Robinet.

La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Beaucoup d'arguments ont déjà été développés, mais je veux rebondir sur les propos de M. Robinet, notre collègue pharmacologue.

Le tiers payant, mon cher collègue, ne remet nullement en cause l'indépendance du médecin.

M. Denis Jacquat. Il induit pour lui une charge de travail administratif supplémentaire !

M. Gérard Bapt. Ayant été médecin salarié en hôpital et, par la suite, dans le secteur libéral, je n'ai observé aucune différence, dans ces deux statuts, quant à mon indépendance, que ce soit dans la pratique même ou dans la délivrance de prescriptions.

M. Guy-Michel Chauveau. Et voilà !

M. Gérard Bapt. Quant aux difficultés techniques et administratives, Mme la ministre l'a souligné, elles doivent être résolues. L'assurance maladie, comme les organismes complémentaires, y travaillent. Ils réussiront, car aucune difficulté de cet ordre n'est insurmontable.

On ne peut dire que le tiers payant ne change rien à l'accès aux soins. M. Door exerce dans une spécialité que je connais bien, où, pour une consultation incluant un acte technique – comme un test d'effort –, beaucoup de familles dont les revenus excèdent le plafond pour la CMU-C ou l'ACS – pour les plus âgés –, soit 1 000 euros, ont du mal à déboursier plus de 50 euros ; si bien que l'accès aux soins est difficile pour elles.

M. Arnaud Robinet. Le vrai sujet n'est pas là !

M. Denis Jacquat. Le vrai sujet, c'est la surcharge de travail pour les médecins !

M. Gérard Bapt. L'enjeu est donc réel. La difficulté tient à la structure particulière de notre système de santé : dans beaucoup de pays du Nord, le tiers payant est déjà une réalité car la dualité entre régime de base et assurance complémentaire n'existe pas. Les difficultés doivent donc être surmontées,...

M. Denis Jacquat. Eh oui, c'est bien le problème !

M. Gérard Bapt. ...mais la mesure sera bénéfique.

J'ajoute que le Gouvernement a prévu une mise en œuvre progressive, des expérimentations, et...

M. le président. Merci, monsieur Bapt.

La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Vous autoriserez, je l'espère, un modeste patient à prendre la parole devant tous ces médecins... (*Sourires.*)

Le groupe UDI appelle à la suppression de la mesure de généralisation du tiers payant, d'abord parce qu'elle vient s'immiscer dans la relation, toujours particulière, entre le médecin et son patient. Cette relation repose sur la confiance, et elle conduit d'ores et déjà de nombreux médecins à proposer spontanément, tous les jours, le tiers payant à ceux de leurs patients dont la situation personnelle le justifie.

Mme Jacqueline Fraysse. Exactement !

M. Arnaud Richard. Mme Fraysse l'a fort justement rappelé.

En imposant aux médecins le tiers payant généralisé, vous les privez donc de leur liberté et prenez le risque de dévaloriser leurs actes.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Mais non ! Comment peut-on dire une chose pareille ?

M. Arnaud Richard. Par ailleurs, Mme Carrey-Conte l'a dit, la question de l'accès aux soins est traitée sous l'angle exclusif de la généralisation du tiers payant, aucune réponse n'étant apportée s'agissant du reste à charge, parfois insoutenable financièrement : c'est celui-ci, en réalité, qui est au cœur du problème de l'accès aux soins.

J'ajoute que le renoncement aux soins concerne d'abord et avant tout les actes dentaires et optiques – là-dessus non plus, le projet de loi ne prévoit aucune disposition particulière.

Enfin, parmi les patients qui renoncent aux soins, 17 % le font parce que les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont trop longs, et 3 % parce que le cabinet médical est trop éloigné de chez eux – Mme la ministre s'est exprimée sur ce point hier.

La généralisation du tiers payant, en revanche, risque de faire de la carte Vitale une carte de paiement, ce qui conduirait à déresponsabiliser les patients vis-à-vis du coût de la santé et à déprécier les actes médicaux, qui apparaîtraient alors quasiment gratuits.

Enfin – et j'en termine, monsieur le président –, la bureaucratisation de la médecine libérale induite par cette mesure imposera une gestion et un contrôle des paiements dont le coût est estimé à 3,50 euros par acte ; cela revient par conséquent à imposer une baisse tarifaire totalement inapplicable...

M. le président. Merci.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux répondre à certaines des interpellations que nous avons entendues.

L'accès aux soins est bel et bien un enjeu dans notre pays : certains de nos compatriotes sont contraints de renoncer à se soigner pour des raisons financières.

Alors que les débats sur cette mesure étaient déjà engagés, au début de cette année, j'ai eu l'occasion de rencontrer des professionnels de terrain. L'un d'entre eux travaillait pour SOS Médecins à l'échelle d'un département. Tout en s'inquiétant de la mise en œuvre du tiers payant, il reconnaissait que, lorsqu'il arrivait de nuit, par exemple dans des quartiers de logements sociaux, au sein d'une famille ayant deux ou trois enfants malades pour lesquels il avait à pratiquer d'autres actes que de simples consultations, le paiement des actes, 100 ou 120 euros, était tout sauf simple.

M. Arnaud Robinet. Combien de médecins ne se font pas payer ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le tiers payant, du point de vue de l'accès aux soins, ne peut se limiter aux catégories les plus modestes, les plus pauvres pour appeler les choses par leur nom. De fait, on peut avoir des difficultés financières tout en ayant des revenus supérieurs au seuil de pauvreté.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur et Mme Fanélie Carrey-Conte. Absolument !

Mme Marisol Touraine, ministre. Or aujourd'hui seules les personnes éligibles à la CMU ou à l'ACS peuvent bénéficier du tiers payant.

L'accès aux soins passe aussi par la simplification. Aucun d'entre vous, j'en suis convaincue, ne souhaiterait avoir à payer ses médicaments, que ce soit en espèces ou par carte bleue, lorsqu'il se rend dans une pharmacie. Ce n'est pas ici l'accès aux soins en lui-même qui est en jeu, puisque la facture n'est généralement pas très élevée – même si elle peut l'être –, mais d'abord la simplicité de la démarche.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Absolument !

Mme Marisol Touraine, ministre. N'est-il pas concevable que la même simplicité s'applique lorsqu'un patient se rend chez son médecin, comme elle s'applique déjà lorsqu'il se rend, par exemple, dans un laboratoire d'analyses biologiques ou chez un radiologue ?

Certains ont aussi des oppositions de principe, arguant que le tiers payant généralisé donnera le sentiment que tout est gratuit ou tout est permis en matière de santé ; mais, que je sache, on n'a nullement ce sentiment lorsque l'on se rend chez le pharmacien : le relevé de prestations, notamment, permet de connaître les dépenses assumées par l'assurance maladie.

Or je suis tout particulièrement attachée à cet aspect. Aujourd'hui, à l'hôpital – qui pratique le tiers payant –, les patients ignorent le montant du protocole de soins qu'ils ont reçu ; aussi ai-je fait inscrire dans ce projet de loi une mesure, que plusieurs d'entre vous ont votée – d'autres s'y étant curieusement opposés –, tendant à obliger les hôpitaux à délivrer, le jour même de la sortie des patients, le relevé des soins – quels qu'ils soient, opération ou accouchement, par exemple – et leur montant.

M. Arnaud Richard. En effet, et c'est très bien !

M. Arnaud Robinet. Ce n'est pas comparable !

M. Denys Robiliard. Si, ça l'est !

Mme Marisol Touraine, ministre. Bref, la gratuité n'est pas du tout le sujet.

J'entends dire aussi que les patients, avec le tiers payant, se montrent désinvoltes avec leurs rendez-vous et avec les médecins. Ce phénomène, réel et regrettable,...

M. Arnaud Robinet. Effectivement !

Mme Marisol Touraine, ministre. ...tient à une évolution de la société : il n'a rien à voir avec le tiers payant. La preuve en est que celui-ci n'est pas encore mis en œuvre, et pourtant des médecins se plaignent que des patients n'honorent pas leurs rendez-vous.

M. Guénhaël Huet. Ce sera pire avec le tiers payant !

Mme Marisol Touraine, ministre. Cela conduit d'ailleurs certains médecins à utiliser les nouvelles technologies, par exemple pour proposer, *via* des sites gérés par eux-mêmes ou par d'autres, des plages horaires à des patients qui ne parviennent pas à trouver de rendez-vous, chez leur médecin ou chez un autre. Bref, le problème du respect des médecins, dont je reconnais l'existence, n'est pas lié à la mise en œuvre du tiers

Celui-ci est positif, il est au service des patients, mais il ne peut se faire – et ne se fera pas – contre les médecins.

M. Guénhaël Huet. C'est pourtant le cas !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je remercie à cet égard M. Robinet d'avoir reconnu que ma démarche ne leur était pas hostile. Oui, monsieur le député, nous aimons tous les médecins. Étant aussi leur ministre, je suis attachée à leurs conditions de travail, comme je suis très sensible au malaise qui s'est emparé du milieu médical : il n'est nullement question de le nier ; mais ce malaise, la question du tiers payant l'a révélé et cristallisé.

M. Christophe Sirugue. Exactement !

Mme Marisol Touraine, ministre. Il tient à divers facteurs : horaires sans fin, difficultés d'exercer dans certains territoires, sentiment d'un manque de reconnaissance sociale, sentiment que les patients sont moins respectueux ou qu'ils arrivent avec des demandes précises, sans écouter le professionnel, après avoir glané des informations sur internet.

Je suis attentive à toutes ces préoccupations : et c'est précisément à cette question du malaise global que la conférence nationale de santé doit pouvoir apporter de nouvelles réponses.

M. Jean-Pierre Door. Et si les médecins libéraux ne viennent pas ?

Mme Marisol Touraine, ministre. En tous cas, les jeunes praticiens seront présents.

M. Jean-Pierre Door. Pas sûr !

Mme Marisol Touraine, ministre. Si. Les jeunes praticiens ont dit qu'ils viendraient, tout comme les médecins hospitaliers.

M. Dominique Tian. Et les internes ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je dis donc aux médecins libéraux que, s'ils ne veulent pas que les débats sur l'avenir de la médecine soient uniquement menés par la médecine hospitalière et les jeunes praticiens, ils feraient mieux de participer à cette conférence. Je me réjouis, par ailleurs, du travail positif et constructif que nous menons avec les jeunes praticiens.

Au-delà de cette question, les médecins expriment deux préoccupations que je crois tout à fait légitimes. La première tient au respect de l'indépendance de leur exercice. Ce que demandent en effet les médecins, c'est de ne pas se retrouver pieds et poings liés, à la merci des organismes complémentaires.

M. Jean-Pierre Door. Bien sûr !

Mme Marisol Touraine, ministre. Ils ont raison, mais notre projet n'est en aucun cas de les inféoder à ces mêmes organismes. Certains d'entre vous ont dit que la loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, dite loi Le Roux, avait créé des réseaux pour les médecins. Je rappelle que ces derniers ne relèvent pas de réseaux. La loi interdit en effet aux organismes complémentaires de structurer des réseaux autour des médecins.

J'indique donc clairement, comme je l'ai d'ailleurs fait ailleurs, hier, devant une large assemblée de médecins, qu'il n'est pas question et qu'il ne serait pas acceptable que les organismes complémentaires aient, d'une manière ou d'une autre, la mainmise sur l'exercice des professionnels de santé.

La seconde préoccupation que j'entends tient à la simplicité du dispositif et à la rapidité de paiement. Quand on me demande comment l'assurance maladie pourra vérifier, je réponds que cela se fera de façon automatique : aujourd'hui, on connaît précisément, caisse primaire d'assurance maladie par caisse primaire d'assurance maladie, celles qui sont en retard dans leurs paiements ainsi que les pourcentages d'actes qui ont été remboursés dans un délai inférieur ou supérieur à dix jours, ou au-delà. Nous disposons donc d'éléments statistiques extrêmement précis.

Le travail qui est mené a pour objectif de rendre le dispositif simple et de permettre même aux professionnels de santé de gagner du temps dans leur comptabilité par rapport à celui qu'ils lui consacrent actuellement.

Mesdames et messieurs les députés, oui, il s'agit d'un article important de ce projet de loi, qui a cristallisé des oppositions, au point même parfois d'en occulter les autres dispositions. Si le tiers payant est positif pour les

patients, mon souhait est qu'il devienne un réflexe pour les médecins, quelque chose d'aussi simple que l'est aujourd'hui l'utilisation de la carte Vitale. Cette utilisation s'est en effet inscrite dans leur pratique quotidienne, dans l'intérêt de tous, des patients comme des professionnels. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

M. le président. Mes chers collègues, j'ai vu plusieurs mains se lever, et j'y vois, monsieur Tian, la preuve que l'assemblée peut débattre de ce sujet y compris le vendredi. (*Sourires.*)

Mais je vous rappelle que le règlement de l'Assemblée nationale, que vous avez adopté – pour ma part, je ne l'avais pas voté –, a fixé les conditions de la discussion. Mme la ministre a répondu aux différents orateurs, nous passons donc aux amendements.

Je suis saisi de cinq amendements identiques, n^{os} 53, 95, 194, 704 et 752, visant à supprimer l'article 18.

La parole est à M. Guénaël Huet, pour soutenir l'amendement n^o 53.

M. Guénaël Huet. Mme la ministre a, en vain, essayé de noyer le poisson en se lançant dans des considérations très générales.

M. Christophe Sirugue. Pas du tout, elle a fait une très belle réponse !

M. Guénaël Huet. Mais revenons au tiers payant et à son caractère néfaste.

Madame la ministre, la généralisation du tiers payant est tout d'abord inutile. Vous le savez très bien, il existe déjà, pour les personnes les plus défavorisées que compte notre pays, la couverture maladie universelle.

Vous et votre majorité agissez, avec la généralisation du tiers payant, dans l'idéologie la plus totale. Quelles en seront les conséquences ? D'abord, une déresponsabilisation encore plus importante,...

Mme Jacqueline Fraysse et M. Guy-Michel Chauveau. Mais non !

M. Guénaël Huet. ...comme si ce phénomène n'était pas suffisamment développé, dans beaucoup de matières et de domaines, dans notre société.

La seconde conséquence, beaucoup d'orateurs l'ont rappelé tout à l'heure, sera d'accroître les contraintes pesant sur les médecins dont le métier, madame la ministre, est de soigner et non de faire de la paperasse.

M. Gérard Bapt. Cela ne changera rien !

M. Guénaël Huet. Je voudrais d'ailleurs faire un rapprochement : il y a quelques mois, la Cour des comptes a, dans un rapport consacré à la gestion des carrières dans la police et la gendarmerie nationales, révélé que les policiers et les gendarmes passaient les deux tiers de leur temps à accomplir des formalités administratives, et seulement un tiers sur le terrain.

Même si la situation des médecins et celle des fonctionnaires des forces de l'ordre n'est pas totalement comparable, il existe entre les deux une certaine analogie. En définitive, cette généralisation du tiers payant va entraîner une étatisation rampante de la médecine. Mais c'est sans doute, madame la ministre, ce que vous souhaitez, comme le Gouvernement et la majorité socialistes.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 95.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, en dépit de ce que vous dites, on ne fait pas une réforme qui suscite l'opposition unanime de tous les acteurs,...

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Mais elle n'est pas unanime !

M. Jean-Pierre Door. ...y compris de certains syndicats d'internes en médecine que nous avons, ainsi que d'autres associations, nous aussi rencontrés. Pour notre part, nous sommes favorables à une médecine libérale, et non administrée.

Votre deuxième argument, qui a également été employé par M. Bapt, concerne le renoncement aux soins. Or M. Bapt sait très bien que cela ne concerne que certaines catégories, comme les soins optiques ou dentaires. En l'espèce, la généralisation du tiers payant ne changera rien du tout.

En revanche, que le tiers payant s'applique pour les patients couverts par la CMU ou par l'ACS, c'est tout à fait normal. Sa généralisation peut même être envisagée, à l'avenir, pour les patients atteints d'une affection de longue durée. Avec Mme Lemorton, nous étions allés jusqu'à proposer – et cela me paraît effectivement possible – que le tiers payant soit également accepté dans les maisons médicales de garde, notamment en cas d'urgences nocturnes.

Madame la ministre, ne laissez pas la conférence nationale de santé, qui doit avoir lieu au mois de février, se tenir sans les acteurs professionnels. Il faut donc, d'ici là, revoir tout le monde, mettre tous les acteurs concernés autour de la table, et peut-être renoncer, pour le moment, à rendre obligatoire le tiers payant.

Vous avez mentionné la carte Vitale : il se trouve que j'ai exercé lorsque la télétransmission a été expérimentée. Or cela a demandé beaucoup de temps, afin que chacun parvienne à l'utiliser. Son introduction

s'était faite sur une base volontaire et elle a soulevé des oppositions. Sa généralisation a été progressive, mais les acteurs de santé avaient déjà, à l'époque, regimbé contre cette mesure. Attention à ne pas reproduire ce qui s'est fait au moment de l'introduction de la télétransmission.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 194.

M. Dominique Tian. Madame la ministre, vous ne pouvez pas envisager une telle réforme sans l'accord des médecins. Vous instaurez la généralisation du tiers payant, que vous négociez depuis un an avec les syndicats.

M. Christophe Sirugue. Ah bon ? Je croyais que cette réforme était faite à la va-vite ! (*Sourires.*)

M. Dominique Tian. Ceux-ci vous disent, depuis un an, que vous vous engagez dans une impasse. Vous ne pouvez pas contrôler les acteurs principaux du système de santé, qui vont très mal et éprouvent des difficultés – vous le savez parfaitement – car ils ne sont pas assez nombreux, ni leur imposer une telle réforme de force.

Nous aurions souhaité que les négociations aboutissent. Nous savons, sur le fond, que vous vous voulez mener à bien cette réforme, car elle marquera – avec le paquet neutre – votre passage au ministère de la santé. Vous serez, à ce titre, reconnue pendant des années mais la Sécurité sociale va continuer à voir ses déficits se creuser.

Vous ne pouvez pas faire cette réforme contre les médecins : vous savez très bien qu'ils ont peur de la paperasse, du temps à consacrer aux tâches administratives, et du coût de la généralisation, qui s'élèvera à 3,50 euros par dossier. Ils n'auront plus le temps de soigner. Vous ne leur apportez aucune réponse, et vous les mettez dans les mains de la Sécurité sociale, des caisses primaires et des mutuelles.

Comprenez qu'ils n'ont pas fait quinze ans d'études pour ensuite être traités avec dédain, comme vous le faites.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Quinze ans, et pourquoi pas vingt-cinq ?

M. Dominique Tian. Nous souhaitons tous qu'une solution soit trouvée.

M. Christophe Sirugue. Nous l'espérons !

M. Dominique Tian. Simplement, il faudrait que cette réforme se fasse sur la base du volontariat : ceux qui veulent l'expérimenter doivent pouvoir le faire, et ceux qui ne le veulent pas doivent pouvoir s'en abstenir. Ce n'est pas votre souhait de procéder par étapes qui va rassurer les professionnels qui pensent au contraire que votre réforme va ressembler à celle du régime social des indépendants, le RSI, c'est-à-dire que l'on sera totalement incapables de payer les médecins.

Le temps consacré aux tâches administratives va devenir complètement démentiel.

Malheureusement, nous nous acheminons, donc, vers un échec global. Je rappelle que le dossier médical partagé, qui est un grand sujet et que l'on a cru révolutionnaire, est attendu depuis quinze ans.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. C'était une idée de Douste-Blazy !

M. Dominique Tian. Des dizaines de millions d'euros – et peut-être plus, me dit Jean-Pierre Door, qui connaît le dossier – ont été dépensés pour le mettre en place.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Merci Douste-Blazy !

M. Dominique Tian. On parle de 100 millions d'euros, mais on ne sait pas exactement quel en a été le coût, et il n'existe toujours pas. Dans ces conditions, écoutez au moins les professionnels et les médecins avant qu'une catastrophe ne survienne.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 704.

M. Gilles Lurton. Nous avons déjà dit beaucoup de choses. Je reformule une inquiétude : madame la ministre, vous nous dites qu'afin de rendre la généralisation du tiers payant la plus simple possible, vous allez faire évoluer la carte Vitale et que vous travaillez, depuis la première lecture et encore pour quelques mois, à améliorer son fonctionnement.

J'aurais préféré que ces améliorations soient d'abord étudiées – et que l'on sache vraiment comment cela peut fonctionner – pour en venir, ensuite, à la généralisation du tiers payant.

Prenons l'exemple d'une carte qui n'a pas été mise à jour – je vous ai déjà interrogée à ce sujet, mais votre réponse ne m'a pas du tout satisfait. Si un patient présente à son médecin, à la fin d'une consultation, une carte Vitale qui n'a pas été mise à jour, que va-t-il se passer une fois ladite carte introduite dans le lecteur ? Comment, dans ce cas, le médecin sera-t-il payé ?

Le cas n'est pas rare : une telle situation peut se reproduire souvent. Les médecins posent des questions de ce genre et ils souhaiteraient, comme moi, obtenir des réponses.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 752.

M. Arnaud Richard. Je ne vais pas répéter tous les arguments qui ont été développés. Je reprendrai seulement celui que M. Lurton a employé : celui de la mise en œuvre. Il ne s'agit pas de s'invectiver, ni de se rejeter la responsabilité de telle ou telle mesure. La mise en œuvre du RSI a été un accident industriel, sans parler du dossier médical personnalisé.

Madame la ministre, nous voudrions vous sensibiliser sur le caractère obligatoire de la mesure. Certes, vous avez été, comme toujours, extrêmement habile sur le calendrier de mise en œuvre, ce qui fait que je ne vois pas bien comment la prochaine majorité pourra revenir sur votre réforme.

Quoi qu'il en soit, nous souhaiterions, s'agissant de la mise en œuvre, vous sensibiliser de manière forte et formelle sur le risque que vous faites courir, avec la généralisation obligatoire du tiers payant, au système de santé de notre pays.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements de suppression ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Comme nous nous y attendions, le débat est très nourri. Je reviens sur quelques mots et sur quelques adjectifs qui ont été employés et qui m'ont personnellement interrogée. J'ai entendu à plusieurs reprises le mot « déresponsabilisant ».

M. Guénhaël Huet. C'est exactement ça !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je ne connais pas beaucoup de personnes qui n'aillent pas chez le médecin sans une bonne raison.

M. Dominique Tian. C'est comme pour les arrêts de travail !

M. le président. Monsieur Tian, laissez parler Mme la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Laisser penser que nos concitoyens iraient chez leur médecin par plaisir, parce qu'ils ne paieraient pas la consultation, ne me semble pas être à la hauteur du débat.

J'ai souvent entendu dire : « Mais aujourd'hui, quand on les interroge, on s'aperçoit que les médecins pratiquent déjà le tiers payant. »

J'en suis persuadée et je rends bien évidemment hommage à ces médecins.

M. Arnaud Richard. Très bien !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Mais pour un malade qui ose demander le tiers payant à son médecin, combien n'osent pas le faire ? Vous êtes-vous mis à la place d'un patient qui doit avouer qu'il éprouve des difficultés pour avancer la somme qui lui est demandée ?

M. Dominique Tian. À ce moment-là, vous n'avez qu'à supprimer la CMU !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je peux entendre certaines choses mais d'autres me dérangent personnellement, voire me choquent.

Je réponds à M. Lurton qui a, dans son propos liminaire, laissé penser que la commission des affaires sociales – et moi-même, en particulier –, aurait balayé d'un revers de main les arguments de l'opposition. Non, monsieur Lurton : reprenez le compte rendu !

M. Gilles Lurton. Mais je l'ai relu !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le compte rendu fait foi. J'ai fait état d'inquiétudes et d'oppositions qui se sont exprimées avec franchise : je les entends. Mais il y en a d'autres qui relèvent de la posture politicienne – une fois encore, reportez-vous au compte rendu – et auxquelles je n'ai, effectivement, pas beaucoup d'arguments à opposer.

Mais je n'ai pas balayé d'un revers de main les inquiétudes et les remarques qui ont été exprimées par les professionnels de santé. Je crois que personne, dans cet hémicycle, ne l'a fait.

Autre point : effectivement, le tiers payant constitue une réponse aux difficultés d'accès aux soins de nos concitoyens. Je veux bien que l'on me dise, comme M. Tian l'a fait, que les plus fragiles bénéficient déjà de ce dispositif.

M. Dominique Tian. Bien sûr !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Oui, mais peut-on rappeler les plafonds de ressources – 720 euros dans un cas, et 930 dans l'autre – qui y donnent droit ? Combien de nos concitoyens, dont les ressources sont supérieures à ces plafonds, rencontrent également, chaque mois, voire chaque jour, des difficultés ? Il faut donc mettre cela en perspective quand on parle du tiers payant. Et il n'y a pas de patient, de malade qui

considère que tout cela serait gratuit. (« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.)

Et d'ailleurs, si certains pouvaient le penser, ils voient bien, sur leur feuille de paye, les cotisations sociales qu'ils sont amenés à verser. Cela vaut également pour ceux qui doivent payer leur assurance complémentaire.

Cet argument non plus ne tient pas.

Il y a des difficultés techniques ; chacun les reconnaît. Ni le Gouvernement ni la commission ne les a balayées d'un revers de main. Une méthode a été mise en place. Lorsque le texte a été présenté, certains s'y sont opposés et une concertation a eu lieu au premier semestre 2015. Elle a permis de relever un certain nombre d'inquiétudes. Dès l'examen du texte en première lecture, la commission a apporté un certain nombre d'éléments pour cadrer les choses. Le Gouvernement avait fait aussi des propositions et les amendements ont fait l'objet d'échanges. La mise en œuvre du tiers payant sera progressive et l'ensemble des acteurs seront associés à la définition des modalités techniques de fonctionnement.

Depuis que l'article 18 a été voté en première lecture à l'Assemblée nationale, l'ensemble des acteurs travaillent. Je les ai revus dans la perspective de cette nouvelle lecture et, comme je l'ai écrit dans le rapport, il n'y a pas d'éléments aujourd'hui qui pourraient me faire penser que les difficultés techniques ne seront pas levées.

Force est de constater que le fait que l'Assemblée nationale ait adopté l'article 18 a permis que le travail s'engage de manière constructive, c'est ce qu'ont dit les acteurs, et permet aujourd'hui, je pense, de le modifier quelque peu pour que le rapport relatif aux modalités de mise en œuvre soit remis un mois après la promulgation de la loi.

C'est la raison pour laquelle la commission a rejeté ces amendements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Je vais donner la parole à trois orateurs avant de passer au vote. (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

M. Dominique Tian et M. Arnaud Robinet. Débat escamoté !

M. le président. La parole est à M. Thierry Solère.

M. Thierry Solère. Dans le contexte que nous connaissons, il est tout de même étonnant, madame la ministre, de se retrouver ainsi un vendredi soir à voter en catimini (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)...

Plusieurs députés du groupe Les Républicains. Eh oui !

M. Denys Robiliard. C'est minable !

M. Thierry Solère. ...la généralisation du tiers payant.

Vous avez rappelé que vous étiez également la ministre des médecins et que vous ne vouliez pas faire approuver cette réforme contre eux, mais elle est contestée par le syndicat des médecins, la Fédération de l'hospitalisation privée, l'Académie de médecine, le Conseil national de l'ordre des médecins. Le premier syndicat des médecins demande officiellement aux médecins de ne pas l'appliquer.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. C'est interdit !

M. Christophe Sirugue. La loi vaut pour tout le monde !

M. Thierry Solère. Dans le contexte dans lequel nous sommes, alors que nous avons besoin de créer un État qui fonctionne à tous les niveaux, de retrouver les missions régaliennes de l'État, au moment où il y a des déficits à peu près dans toutes les caisses de France, croyez-vous raisonnable d'engager une telle réforme, contre l'avis des professionnels ? Je trouve cela assez consternant de travailler ainsi.

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

M. Denis Jacquat. À plusieurs reprises, madame la ministre, vous avez cité les jeunes médecins. Parlez-vous des internes ou d'une autre catégorie de médecins ?

Par ailleurs – j'avais déjà soulevé le problème en commission –, on parle toujours des prothèses optiques et des prothèses dentaires, mais on ne parle jamais des prothèses auditives. Elles sont exclues. Or ces prothèses coûtent cher, qu'il en faille une ou deux, que ce soit pour un adulte ou pour un enfant. Il y a eu de très grandes améliorations ces dernières années. Nous sommes dans un pays en voie de vieillissement. Il y a des malentendants et des gens atteints de surdité, il faut les prendre en compte.

M. Benoît Hamon. Il a raison !

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Si j'ai dit ce que j'ai dit, madame la rapporteure, c'est que j'ai travaillé la question avant.

J'ai repris le compte rendu de la commission. Voici ce que vous nous avez répondu : « Nous n'avons pas entendu d'arguments nouveaux par rapport à nos débats en première lecture. L'opposition campe sur son opposition, en présentant des arguments déjà entendus et débattus. Certains sont exprimés avec une grande franchise, d'autres relèvent de la posture politique. J'ai peu d'arguments à proposer à ceux dont l'opposition est purement de principe ».

Moi, j'appelle cela balayer nos arguments d'un revers de la main.

(Les amendements identiques n^{os} 53, 95, 194, 704 et 752 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 96.

M. Arnaud Robinet. Madame la ministre, c'est un cri du cœur que l'opposition vous lance. Nous souhaitons vous rendre service.

Mme Jacqueline Fraysse. Merci !

M. Arnaud Robinet. Nous souhaitons que vous puissiez échanger et dialoguer avec les médecins. Vous appelez les professionnels à participer à la conférence sur la santé du mois de février, mais ils souhaitent simplement revenir sur la question du tiers payant généralisé lors de cette conférence de santé, dialoguer, échanger avec vous et avec M. le Premier ministre.

Ce que nous souhaitons, et nous vous tendons une deuxième fois la main, c'est que ce tiers payant dit généralisé soit facultatif et ne soit pas une obligation pour l'ensemble des médecins, parce que l'on change totalement de paradigme avec le tiers payant généralisé obligatoire. Nous allons vers une médecine administrée, une médecine étatisée. Qu'on le veuille ou non, c'est la fin de la médecine libérale et de l'indépendance des médecins et de leur liberté.

Par ailleurs, *quid* du secteur 2 ? Comment va-t-on faire pour que les médecins en secteur 2 reçoivent des honoraires pour leurs consultations ? Feront-ils l'aumône pour être rémunérés ?

Oui, madame la ministre, nous voulons être constructifs et nous voulons vous rendre service, parce que nous savons quel est votre engagement dans le ministère qui est le vôtre, nous connaissons votre amour pour les professionnels de santé...

Mme Jacqueline Fraysse. N'en faites pas trop tout de même ! *(Sourires.)*

M. Arnaud Robinet. Je n'en fais pas trop !

Nous demandons juste que les médecins soient vraiment écoutés. On ne peut pas réformer un système de santé sans les professionnels de santé. Ils veulent simplement être écoutés, dialoguer, échanger avec vous. C'est ce qu'ils attendent, c'est ce qu'ils veulent faire lors de la conférence de santé. Discutons du tiers payant généralisé lors de la conférence de santé.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'ai déjà répondu en commission mais je vais répondre à nouveau pour que l'on ne me reproche pas de balayer vos arguments. *(Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.)* Je ne vois pas bien l'intérêt de répéter toujours la même chose mais, s'il faut le faire, je le ferai avec plaisir.

Monsieur Lurton, si vous avez relu la totalité du compte rendu, vous avez vu que j'ai répondu aux arguments qui n'avaient pas déjà été avancés en première lecture.

Sur quoi sommes-nous en désaccord ?

Nous avons une méthode. Un rapport sera remis au Gouvernement par les acteurs qui travaillent sur les scénarios techniques permettant de généraliser le tiers payant. Il n'y a pas de raison de mettre en doute la volonté de l'ensemble de ces acteurs et du Gouvernement de prendre en compte tous les aspects du problème et toutes les difficultés qui sont apparues, de donner toutes les garanties aux professionnels de santé, particulièrement aux médecins, sur toutes les questions que vous avez posées.

Aujourd'hui, le tiers payant est possible mais il n'est pas généralisé. Si c'est pour garder la situation actuelle, il n'y a pas lieu de débattre. Ce n'est pas le choix qui a été fait par le Gouvernement, ce n'est pas non plus celui qu'a fait la commission. Il n'y a donc pas de raison de voter cet amendement.

Nous en restons à ce qui a été adopté par la commission à l'article 18, à savoir la mise en œuvre du tiers payant généralisé avec des modalités d'application qui tiendront compte des inquiétudes qui ont été exprimées et des garanties qui ont été données.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Je rappelle que la mise en œuvre du tiers payant sera très progressive, à chacune des étapes, pour bien tester la mise en place du dispositif et permettre aux professionnels de s'adapter petit à petit à cette nouvelle démarche.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Madame la ministre, madame la rapporteure, avons-nous les moyens de mettre en œuvre le tiers payant ? Le déficit cumulé de la Sécurité sociale française est de 140 milliards, avec 10 milliards de plus cette année. En Allemagne, les comptes sont équilibrés. Selon la Cour des comptes, on ne sait pas où sont 3 à 5 millions de cartes Vitale. Vous allez donner la carte Vitale à partir de l'âge de douze ans.

M. Christophe Sirugue. Vous mélangez tout ! C'est effarant !

M. Dominique Tian. Ne pensez-vous pas qu'à un moment ou à un autre, le système va exploser ? Ce sont des chiffres qu'il faut peut-être rappeler. Avons-nous les moyens de mettre en œuvre le tiers payant ?

(L'amendement n° 96 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 188 rectifié.

M. Dominique Tian. C'est un amendement de repli, qui réserverait l'application du tiers payant aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Monsieur Tian, le tiers payant existe en Allemagne depuis assez longtemps. Je ne suis pas sûre qu'il y ait un lien entre les deux mais, pour aller au bout de votre raisonnement, le tiers payant permet peut-être de boucher le trou de la Sécurité sociale.

M. Dominique Tian. C'est peu probable !

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est peu probable mais vous faites un lien entre des choses qui n'ont pas grand-chose à voir. Puisqu'en Allemagne, il n'y a pas de déficit et qu'il y a le tiers payant, cela veut bien dire que cela n'a strictement rien à voir.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur et M. Denys Robiliard. Très bien !

(L'amendement n° 188 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 527.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. C'est un amendement de coordination.

(L'amendement n° 527, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 749.

M. Arnaud Richard. Il s'agit de laisser à nos collègues socialistes une dernière chance.

Il n'y a pas lieu de rendre obligatoire le tiers payant indépendamment de situations singulières auxquelles nous sommes très attachés, en particulier des situations de précarité déjà identifiées par le législateur.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable.

Cet amendement tend à supprimer l'alinéa 3, qui rend le tiers payant obligatoire à compter du 31 décembre 2016 pour les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée et les bénéficiaires de l'assurance maternité.

Les personnes en ALD et les personnes enceintes ou en congé de maternité ont particulièrement besoin d'être dispensées de l'avance de frais compte tenu du nombre d'examen médicaux dont elles ont besoin. J'entends souvent sur ces bancs qu'il faut soutenir la politique en faveur de la natalité en France. C'est aussi une mesure qui va dans ce sens.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Richard, votre amendement est assez étonnant. À longueur de débat, on m'a expliqué que le tiers payant s'appliquait déjà pour les personnes en ALD, ce qui n'est pas vrai. Si certains médecins le pratiquent, cela n'est ni obligatoire ni même réalisable parfois. Les gens en ALD sont ceux qui vont le plus chez le médecin et, contrairement aux idées reçues, ce sont eux qui ont les plus forts « reste à charge ». Ce n'est pas parce que l'on est en ALD et que l'on est pris en charge à 100 % qu'il n'y a pas de « reste à charge » : il peut y avoir des dépassements d'honoraires, des forfaits hospitaliers ou d'autres choses encore.

S'il y a des personnes pour lesquelles le tiers payant a un sens dans l'accès aux soins, sur les 12 millions concernées par cette mesure, ce sont bien celles qui souffrent d'affections longue durée et les femmes

enceintes – un peu moins de 800 000, puisqu'il y a 800 000 naissances par an –, et vous vous voulez les écartier du tiers payant ! Je trouve cela assez paradoxal. Je donne évidemment un avis défavorable à votre amendement.

(L'amendement n° 749 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 189.

M. Dominique Tian. Il s'agit du flux unique de paiement qui inquiète beaucoup les médecins. Vous savez qu'il y a un régime obligatoire et un régime complémentaire. Beaucoup de questions n'ont pas trouvé de réponse. Il y a des délégations de gestion. La question, madame la ministre, est très simple : comment le paiement se fera-t-il ?

M. Gilles Lurton. Nous n'avons pas de réponse à cette question !

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ce n'est pas l'objet de l'amendement n° 189. Je me demande si M. Tian n'est pas un petit peu en avance...

M. Arnaud Richard. Toujours !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable sur l'amendement n° 189.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Madame la rapporteure, c'est une question majeure. Quand un patient va chez son médecin, il a sa carte Vitale, rattachée à une caisse de Sécurité sociale, mais il a également une mutuelle.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ce n'était pas l'objet de cet amendement !

M. Jean-Pierre Door. C'est ce qui est marqué ! Quel va être le flux unique de paiement ? Est-ce la complémentaire qui interviendra ou le régime obligatoire ? La modification des délégations de gestion des régimes obligatoires aux mutuelles, votée dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, va nous plonger dans un véritable magma. Nous aimerions savoir comment se passera le règlement pour le praticien.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je vais m'expliquer, puisque l'amendement n° 189, monsieur Door, vise à supprimer le « conjointement » à l'alinéa 4. (« *Oui !* » sur les bancs du groupe *Les Républicains*.) Or, vous me parlez de l'amendement n° 190 qui aborde un autre sujet. Il s'agit, pour l'amendement n° 189, du rapport qui doit être rendu au Gouvernement. Je pense qu'il est plutôt intéressant que l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires rendent « conjointement » ce rapport. En rédigeant l'article ainsi, notre objectif était de les faire travailler ensemble.

M. Dominique Tian. Mais quand ?

M. Jean-Pierre Door. Et dans quel délai ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'ai reçu les différentes organisations. Force est de constater qu'elles travaillent ensemble et qu'elles rendront des conclusions auxquelles elles auront travaillé ensemble. Je ne sais pas si elles seront en tout point communes et consensuelles, mais toujours est-il qu'elles auront été élaborées de manière conjointe. C'est pourquoi je ne pense pas opportun de supprimer ce « conjointement ». J'émet donc un avis défavorable.

(L'amendement n° 189 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 190.

M. Dominique Tian. Il a été défendu un peu en avance... Je laisse donc à Mme Laclais le soin de nous expliquer comment cela va se passer.

M. Denis Jacquat. Elle a la clé de la solution ! (*Sourires.*)

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'apprécie le sourire de M. Tian ! Avis défavorable, car j'ai le sentiment que vous supprimez la recherche d'une solution technique permettant d'assurer un flux unique de paiement. Or, je ne comprends pas pourquoi. Vous considérez que les termes sont trop restrictifs et orientent vers une solution technique. Mais je ne crois pas que ce soit l'objectif des députés qui ont rétabli cette rédaction en commission. Cela permet simplement de s'assurer que le professionnel de santé bénéficiera d'un seul paiement correspondant à la part assurance maladie obligatoire et à la part complémentaire, et ce dans un délai réduit.

C'est ce que nous avons dit, lorsque nous avons rédigé l'article 18 en première lecture, et ce que nous avons réaffirmé en nouvelle lecture. Cela ne préjuge en rien de la solution technique qui sera retenue. À ce stade,

plusieurs scénarios sont envisagés. Il reste à la charge de ceux qui ont à rendre ce rapport de faire les conclusions...

M. Denis Jacquat. Nous aurions dû avoir le rapport plus tôt !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. ...et de les rendre dans le délai d'un mois après la promulgation de la loi que je vous proposerai de fixer.

M. Denis Jacquat. Nous sommes dans le flou !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

(L'amendement n° 190 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 694.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à encadrer la procédure de recouvrement de l'indu réalisé par les caisses de Sécurité sociale auprès des professionnels de santé, à la suite de remboursements de soins. De fait, les médecins découvrent parfois avec surprise des montants d'indus très importants, du fait d'erreurs de saisie de la part des organismes de Sécurité sociale. Faute de règles permettant d'encadrer la procédure de recouvrement d'indus, ces médecins ne disposent pas, disent-ils, du temps nécessaire pour contester le caractère indu de la somme réclamée par l'assurance maladie.

Cet amendement vise donc à donner des moyens et des garanties aux professionnels de santé, en leur laissant le temps de prendre connaissance du courrier notifiant l'indu et de pouvoir contester, le cas échéant, le caractère indu de la somme réclamée. Il s'agit donc de préciser dans le texte « dans le délai de trois mois et après seconde notification ». Dans la perspective de la généralisation du tiers payant, cet amendement apporterait une clarification et favoriserait la bonne relation entre les médecins et les caisses.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Aujourd'hui, lorsqu'un professionnel de santé reçoit une notification de payer le directeur de l'organisme d'assurance maladie, le code de la Sécurité sociale prévoit que le professionnel ou l'établissement ont, pour s'acquitter des sommes réclamées, un délai de deux mois, que vous souhaitez porter à trois. Cela ne me semble pas très pertinent pour deux raisons. La première, c'est que, dans les relations entre l'administration et les administrés, le délai est toujours de deux mois. Instaurer un régime dérogatoire serait une source de confusion plus que de simplification.

Deuxièmement, l'action en recouvrement ne s'engage qu'à la suite d'une notification de payer ou de la production d'observations par le professionnel ou l'établissement de santé, soit après deux mois, puisque cela demande un peu de temps. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis pour les mêmes raisons. Ce sont des dispositions de nature réglementaire. En tout état de cause, il n'apparaît pas utile, pour les raisons évoquées, de les modifier dans le cadre de cette loi.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement de Mme Fraysse semble vouloir dire qu'elle s'inquiète de savoir comment cela se passera techniquement. Les indus seront-ils de l'assurance maladie vers les médecins ou des médecins vers l'assurance maladie ? Le problème peut se poser dans les deux sens. Vous pensez donc réellement, madame Fraysse, qu'il y a des difficultés techniques. Il faudrait sans doute mener une expérimentation avant de pouvoir être efficace.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je voulais rapidement revenir sur l'allusion de Mme la ministre au dispositif allemand. L'avance de frais est une règle en Allemagne depuis très longtemps. En revanche, les médecins reçoivent cette rémunération par l'intermédiaire d'organisations professionnelles, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Ces caisses régionales, pour les appeler ainsi, versent des avances mensuelles aux médecins sur la base de leur activité de l'année précédente. Les médecins ne sont donc pas inquiets, puisqu'ils reçoivent cet argent à l'avance.

Il faudra réfléchir à ce type de système, une fois que votre généralisation du tiers payant aura malheureusement été adoptée. Ils vont même plus loin, en Allemagne, en offrant la possibilité de moduler les barèmes de paiement en fonction de la population médicale. Nous devons parangonner notre futur système à d'autres, car le sujet est difficile, et voir comment nos collègues allemands innoveront. Toujours est-il que la mise en œuvre du tiers payant généralisé en Allemagne, il y a quelques années, je vous l'accorde, a provoqué un surpoids bureaucratique phénoménal.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur Door, j'apprécie que vous pensiez à ma place (*Sourires*), mais je n'ai pas parlé de problèmes techniques et je ne pense pas, en l'occurrence, aux problèmes techniques. J'ai fait part d'une préoccupation qui m'a été soumise par certains de mes confrères. J'ai tenu à poser la question ici, car il est important que les médecins entendent les réponses apportées à leurs préoccupations. Ce qui a été dit était éclairant, et je ne vais pas au-delà.

S'agissant des problèmes techniques, tout le monde se demande si la technique va pouvoir répondre. Je suppose que Mme la ministre se pose aussi cette question. Elle essaie sans doute, comme tous ceux qui devront travailler sur ces sujets, de régler les problèmes techniques pour que cela se passe le mieux possible, en espérant qu'il n'y aura pas trop de difficultés dans la première partie de la mise en œuvre et que cela s'améliorera avec le temps. J'ai l'impression de dire des choses banales, évidentes et de bon sens, mais de grâce, n'en rajoutez pas ! (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.*)

M. Jean-Pierre Door. Pas vous, madame Fraysse !

M. Dominique Tian. Soyez sport !

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

M. Gérard Bapt. Mme la ministre a dit tout à l'heure avec raison qu'il n'y avait pas de rapport entre le tiers payant et l'inflation des actes. L'exemple allemand, cité par M. Richard, est tout à fait opportun. Je suis étonné que M. Door, avec qui j'ai fait l'an dernier un voyage d'études sur la médecine, l'accès aux soins et la protection sociale en Allemagne, ne se rappelle pas qu'il y a une grande part de capitation en Allemagne, mais surtout que les rémunérations sont gérées par les organisations professionnelles sur des enveloppes fermées. En citant le cas allemand, vous citez un exemple qui serait beaucoup plus contraignant que le tiers payant à l'acte que nous défendons.

(*L'amendement n° 694 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 530, 535 deuxième rectification et 548 rectifié, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour les soutenir.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ce sont trois amendements de coordination.

(*Les amendements n°s 530, 535 deuxième rectification et 548 rectifié, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 191.

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à essayer d'anticiper les problèmes qui se poseront entre les complémentaires et les CPAM. Il faudrait insérer à l'alinéa 40, après le mot « assuré », les mots « , en accord avec le professionnel de santé », sans quoi on pourrait lire que l'article impose aux organismes complémentaires une obligation de résultat à l'égard de l'assuré. Il faudrait donc transformer l'obligation de résultat en obligation de moyens.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, puisque les professionnels de santé qui exercent en ville seront tenus de pratiquer le tiers payant. Il n'y a donc pas lieu de leur demander leur accord.

(*L'amendement n° 191, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 192.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(*L'amendement n° 192, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 193.

M. Dominique Tian. Cet amendement, que M. Jean-Pierre Door aurait aimé défendre, tend à compléter l'alinéa 40 par les mots : « et lorsque le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement le propose, sur les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu à l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux ».

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Jusqu'à présent, vous avez défendu des amendements visant à limiter la généralisation du tiers payant. Or, cette fois-ci, vous nous proposez d'en étendre la portée – chacun appréciera –, en prévoyant que les contrats responsables doivent garantir le tiers payant pour l'ensemble des dépassements d'honoraires des médecins en contrat d'accès aux soins. Je précise que rien ne l'interdit, car l'article 18 prévoit le tiers payant pour les garanties « au moins à la hauteur des tarifs de responsabilité », ce qui n'interdit pas d'aller au-delà.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis. Je vois que, la discussion cheminant, M. Tian se rallie au tiers payant, malheureusement avec de mauvaises formulations. Je donne donc un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Monsieur le président, étant un peu têtue, je demande en effet la parole pour compléter ce que disait tout à l'heure M. Bapt sur le système allemand. Il s'agit bien, cher collègue, d'enveloppes fermées...

M. Gérard Bapt. C'est de la capitulation !

M. Arnaud Richard. ...mais je tiens à préciser, afin que chacun puisse l'avoir à l'esprit dans notre débat, que les médecins généralistes allemands reçoivent environ 60 euros par patient.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Monsieur le président, puisque vous ne voulez pas que chacun puisse aller au bout de son argumentation, nous sommes repartis en Allemagne. Revenons maintenant en France.

Si vous le voulez, je retire mon amendement pour complément d'analyse. Madame la ministre semble sûre d'elle, mais le problème est que les médecins libéraux sont complètement perdus dans cette affaire et souhaitent avoir des garanties de paiement. Le système est très compliqué et le problème des avances n'est pas résolu, alors qu'on nous dit que, d'ici un mois, tout le monde saura ce qu'il en est. Je tiens donc à souligner que les médecins libéraux ne sont aucunement rassurés, notamment pour ce qui concerne les dépassements d'honoraires, qui restent un vrai problème, auquel on n'a pas de solution actuellement.

M. le président. Il ne sera pas dit que vous n'êtes pas habile, monsieur Tian !

(L'amendement n° 193 est retiré.)

(L'article 18, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté n° 618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale

Article 18

I A. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 160-14, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017. Le rapport est remis au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le

bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

I et II. – (*Supprimés*)

II bis. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1. » ;

3° (*Supprimé*)

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 160-13, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

– après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

– après la même phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa du présent article ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficiaire du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 160-13 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

II *ter.* – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

III. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

IV. – Le 1° du III entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

V. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

2. Sénat

a. Projet de loi n° 209 déposé le 2 décembre 2015

CHAPITRE III

Garantir l'accès aux soins

Article 18

I A. - Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 160-14, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017. Le rapport est remis au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en oeuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B. - Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

I et II. - (*Supprimés*)

II bis. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot :« trois » est remplacé par le mot :« quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1. » ;

3° (*Supprimé*)

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. - Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 160-13, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot :« être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. - Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa du présent article ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. - Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 160-13 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

II *ter*. - À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

III. - L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

IV. - Le 1° du III entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

V. - L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en oeuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

b. Rapport n° 233 déposé le 9 décembre 2015

CHAPITRE III

GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS

Article 18

(art. L. 133-4, L. 161-1-4, L. 161-36-3, L. 161-36-4, L. 162-21-1, L. 315-1, L. 322-1, L. 322-2 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime)

Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville

Objet : Cet article tend à prévoir les modalités du déploiement jusqu'au 1er janvier 2017 du tiers payant généralisé pour les bénéficiaires de l'assurance maladie.

I – La position du Sénat en première lecture

Considérant que le tiers payant généralisé est à la fois inutile d'un point de vue social au regard des dispositifs existant, atteint inutilement les conditions d'exercice de la médecine libérale et laisse sans réponse la question complexe du paiement des dépassements d'honoraires votre commission avait supprimé cet article

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Considérant que l'argumentation du Sénat cachait mal une position de principe défavorable à l'article qui est pourtant « une étape indispensable pour faire reculer les situations de renoncement aux soins » et notant l'esprit constructif dans lequel travaillent les assureurs publics et privés pour simplifier le système, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a, à l'initiative de sa rapporteure, rétabli cet article en repoussant le rapport sur la mise en oeuvre du dispositif, dont la remise était prévue au

31 octobre dernier, à un mois après la publication de la loi. En séance publique l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements de coordination présentés par la rapporteure.

Votre commission déplore le manque de prise en compte des arguments avancés par le Sénat et la volonté de confrontation avec les médecins que traduit le rétablissement pur et simple de cet article.

c. Séance publique du 14 décembre 2015

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion en nouvelle lecture du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de modernisation de notre système de santé (projet n° 209, résultat des travaux de la commission n° 234, rapport n° 233).

Dans la discussion générale, la parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.* Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est la dernière fois que nous allons débattre au Sénat du projet de loi de modernisation de notre système de santé, même si celui n'a pas encore achevé son chemin parlementaire, qui doit se poursuivre à l'Assemblée nationale dans quelques jours.

Voilà deux mois, votre assemblée adoptait ce projet de loi, à l'issue d'un travail fourni. Je tiens à saluer de nouveau la qualité de ce travail, celui des rapporteurs, mais aussi, plus largement, celui de toutes celles et de tous ceux qui y ont participé. Je pense aux sénatrices et aux sénateurs de l'ensemble des groupes, ainsi qu'aux services de la commission des affaires sociales.

Le texte a profondément évolué au cours de son premier passage au Sénat. Il a été enrichi de nouvelles dispositions très importantes. J'y reviendrai.

Cependant, sa cohérence avait été affaiblie, plusieurs de ses mesures clés ayant été supprimées.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a permis de confirmer le travail élaboré au Sénat, tout en redonnant au texte la force de son ambition d'origine.

Cette ambition s'inscrit dans la cohérence de l'action que je mène pour lutter contre les inégalités de santé depuis maintenant plus de trois ans.

Ces inégalités, je les ai combattues en facilitant l'accès aux soins pour celles et ceux qui connaissent des difficultés financières et renoncent trop souvent à consulter pour cette raison.

Fin des mesures de désengagement de l'assurance maladie, encadrement des dépassements d'honoraires, relèvement des plafonds de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, et de l'aide à la complémentaire santé, l'ACS... toutes ces réformes sont cohérentes et efficaces. Les résultats sont là : après plus de dix ans de hausse, ce qui reste à la charge des Français diminue régulièrement depuis 2012 !

Ces inégalités, je les ai également combattues dans nos territoires. J'ai lancé dès 2012 le « pacte territoire-santé ». C'est une véritable dynamique qui a été enclenchée. Ainsi, 800 maisons de santé et 500 médecins installés dans des zones sous-dotées permettent aujourd'hui de lutter contre ce que l'on appelle, à tort à mon avis, les « déserts médicaux » et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le 26 novembre dernier, j'ai présenté une deuxième étape de ce pacte, en amplifiant la logique qui a fait ses preuves, celle de l'incitation, et en poursuivant la même méthode : réformer le système de santé en partant du terrain et de l'expérience des professionnels.

Le « pacte territoire-santé 2 », ce sont dix engagements forts, et des mesures concrètes et ambitieuses. Je pense au relèvement ciblé du *numerus clausus* dans dix régions manquant particulièrement de médecins, à l'investissement de 40 millions d'euros pour développer la télémédecine en ville ou encore au renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins et du soutien financier au travail en équipe.

Accès aux droits, accès aux soins, lutte contre les inégalités : le projet de loi de modernisation de notre système de santé s'inscrit pleinement dans la continuité et la cohérence des actions menées.

L'enjeu, avec ce texte, est d'accélérer en innovant : innover pour mieux prévenir ; innover pour mieux soigner en proximité ; innover pour renforcer les droits des patients.

Je ne reviendrai pas dans le détail sur les différentes mesures, que vous connaissez presque par cœur pour les avoir déjà examinées en première lecture. Je tiens cependant à en rappeler les grands axes, car ce sont eux qui structurent le projet de loi.

Il s'agit d'abord de faire de la prévention le cœur de notre système de santé, avec des mesures concrètes pour la prévention dès le plus jeune âge. Instauration du médecin traitant de l'enfant, parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée, interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur, généralisation du paquet de cigarettes neutre, création d'un délit d'incitation à la consommation excessive d'alcool, meilleur dépistage des infections sexuellement transmissibles, mise en place d'un étiquetage nutritionnel clair et lisible des aliments... voilà autant de mesures qui doivent permettre à notre jeunesse de mieux protéger sa santé.

Cette politique de prévention est innovante et cohérente. Elle concerne tous les Français.

Toujours à propos de prévention, je mentionne l'ouverture des salles de consommation à moindre risque destinées spécifiquement à accompagner les toxicomanes les plus marginalisés vers le sevrage et à protéger les riverains.

Je pense aussi à l'amélioration des dépistages et au renforcement de la prévention des risques, y compris en prison.

Le deuxième volet du projet de loi concerne le développement d'une médecine de proximité autour du médecin traitant. Il s'agit de s'attaquer à toutes les barrières, qu'elles soient financières ou géographiques, qui freinent ou empêchent l'accès aux soins. Concrètement, je veux faciliter l'accès aux soins avec la généralisation du tiers payant, l'instauration de la lettre de liaison transmise par l'hôpital au médecin traitant le jour même de la sortie du patient, la mise en place d'un numéro d'appel national unique pour joindre un médecin de garde.

Avec ces mesures, nous passons d'une organisation hospitalo-centrée de notre système de santé à une organisation qui fait du médecin généraliste le centre de gravité de la prise en charge du patient. Il s'agit d'engager concrètement le virage ambulatoire.

Enfin, le troisième volet de ce projet de loi renforce les droits des patients et innove en créant de nouveaux droits : renforcement du rôle des associations d'usagers grâce à leur présence dans toutes les agences sanitaires nationales ; création de l'action de groupe en santé ; droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer.

Nous innovons également avec la mise à disposition des données anonymisées de l'assurance maladie aux chercheurs, aux *start-up*, aux lanceurs d'alerte, aux entreprises.

Enfin, nous renforçons la transparence entre les professionnels de santé et les acteurs industriels en rendant publics l'ensemble des conventions d'expertise, les avantages en nature et leurs montants. Ces mesures étaient attendues et demandées par les associations de patients, ainsi que par les professionnels de santé. Nous répondons donc concrètement à cette attente.

Le travail parlementaire a permis d'enrichir ce texte et de le faire évoluer dans le sens de l'intérêt général. L'apport du Sénat, je le souligne, a été réel.

Vous avez d'abord confirmé des mesures fortes qui ont ainsi pu être adoptées conformes en première lecture. Je pense à la contraception d'urgence pour les élèves du second degré ; à l'interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur ; aux dispositions relatives à la santé au travail, à la santé environnementale et aux droits des patients.

Je pense aussi, tout particulièrement, aux mesures en faveur de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

Vous le savez, je me suis engagée résolument à faire progresser ce droit. C'est ainsi que ce texte prévoit, notamment, la suppression du délai de réflexion et le renforcement de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse par l'intermédiaire des sages-femmes et des centres de santé.

Les débats à l'Assemblée nationale avaient été vifs sur ce sujet, l'opposition ayant voté contre ces mesures. Vous avez, pour votre part, fait le choix de les adopter conformes et, par là même, de les graver dans le marbre de cette loi. Je tiens à saluer votre engagement et votre fermeté face aux sirènes conservatrices qui remettent en cause le droit des femmes, surtout lorsqu'il s'agit de leur droit à disposer de leur corps.

Votre travail a également permis d'enrichir le texte de dispositions nouvelles, qui ont ensuite été confirmées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Je pense notamment à la question du droit à l'oubli. Cette avancée était attendue par les anciens malades, vous l'aviez fait évoluer et l'Assemblée nationale a conservé vos principales contributions, tout en renforçant la lisibilité du dispositif.

Je pense aussi à votre volonté d'inscrire dans le texte l'association des maires aux expérimentations de salles de consommation à moindre risque. Pour moi, cette association allait de soi, et l'Assemblée nationale l'a confirmée avec l'accord du Gouvernement.

M. Gilbert Barbier. Il fallait aussi associer l'hôpital !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je pense enfin aux dispositions que je vous avais proposées par amendement, comme la réforme de la filière visuelle, et qui figurent désormais dans le texte.

Cependant, l'examen du projet de loi par le Sénat avait aussi profondément affaibli sa cohérence. Avec la suppression du tiers payant, c'est l'accès aux soins dans son ensemble qui était fragilisé. Avec le rejet du paquet neutre, c'est toute la politique de prévention qui était ébranlée. L'Assemblée nationale a donc rétabli ces mesures et a, par là même, rendu au texte sa cohérence, sa force et ses ambitions d'origine.

Mesdames, messieurs les sénateurs, l'ambition de ce texte est de soutenir et de moderniser notre système de santé, avec un seul objectif assumé par le Gouvernement, l'égalité, et une seule méthode, l'innovation.

Ce projet de loi fait progresser l'accès de tous à des soins de qualité. Il contribue à la lutte contre l'immobilisme et la résignation, car rester immobile reviendrait à condamner notre modèle social à la disparition et notre promesse républicaine à l'érosion. Ce texte vise à offrir à chacun les mêmes droits et les mêmes chances pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

L'Assemblée nationale a rétabli les dispositions que vous aviez supprimées en première lecture, et je crains que ce désaccord ne puisse être résolu aujourd'hui. Je le regrette, assurément, mais je tiens, une nouvelle fois, à saluer la qualité et le caractère constructif des échanges qui ont eu lieu autour de ce projet de loi et l'apport réel du Sénat à son enrichissement.

Ce travail va se poursuivre, dans un esprit que je souhaite aussi serein que possible, car c'est pour l'ensemble de ceux qui font vivre notre système de santé, au premier rang desquels les médecins et tous les professionnels de santé, que je souhaite que nous puissions avancer. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.

Mme Élisabeth Doineau, corapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, c'est dans des conditions particulièrement contraintes que notre assemblée est à nouveau appelée à se prononcer sur le projet de loi relatif à la santé.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a en effet adopté ce texte le 1er décembre dernier, et le Gouvernement a décidé qu'elle devrait procéder à son adoption définitive avant la fin de cette semaine, le 17 décembre, alors que plus de la moitié des dispositions fait encore l'objet de divergences entre nos deux assemblées.

Après le vote du Sénat en première lecture, un peu plus de 180 articles restaient en discussion. Sur ce total, les députés ont suivi notre texte sur près de 60 articles : 41 de ces articles ont été adoptés conformes, tandis que 18 articles, non maintenus par le Sénat, sont restés supprimés. En nouvelle lecture, environ 120 articles demeurent ainsi en navette, dont 13 articles introduits par le Sénat que l'Assemblée nationale a souhaité supprimer.

Comme en première lecture, le texte qui nous est soumis est particulièrement disert, couvrant de très nombreux sujets, de façon parfois très détaillée, tout en renvoyant à des ordonnances sur des sujets importants.

La commission des affaires sociales déplore, en particulier, que l'Assemblée nationale ait non seulement rétabli, mais même élargi, le champ initial des habilitations demandées par le texte, en prévoyant que le Gouvernement pourrait réformer, non plus seulement la gouvernance, mais également les missions de la Haute Autorité de santé.

En première lecture, notre assemblée avait jugé qu'un examen parlementaire de ces dispositions était indispensable, compte tenu de la sensibilité des sujets concernés et de la difficulté à évaluer les conséquences des modifications envisagées. Le constat est le même au sujet de l'article 53, qui traite notamment des recherches biomédicales, et sur lequel l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté.

En première lecture, nous avons également souligné le traitement quelque peu chaotique de plusieurs sujets importants, puisque le Gouvernement avait totalement réécrit toute une série de dispositions parmi les plus sensibles, en déposant des amendements à la veille de l'examen à l'Assemblée nationale.

Nous pouvons difficilement accepter une telle méthode. Nous ne pouvons pas davantage nous satisfaire du recours à la procédure accélérée, motivé par l'idée que le débat parlementaire ne doit pas s'étirer en longueur sur un texte dont on discute pourtant, hors des assemblées, depuis plus de deux ans.

Au total, après la nouvelle lecture par l'Assemblée nationale, le bilan apparaît, pour le moins, mitigé au regard des lignes directrices fixées par notre commission pour l'examen de ce texte.

Nous avons souhaité préserver la qualité de la loi en supprimant les dispositions d'ordre réglementaire, non normatives, déclaratoires ou trop détaillées. Nous avons également écarté en commission les dispositions déjà satisfaites par le droit en vigueur : ce n'est pas en répétant la règle plusieurs fois qu'elle en sera mieux appliquée, même si on la change de code. Je prendrai ici l'exemple de la santé à l'école, objectif déjà affirmé à plusieurs reprises et pour lequel il faudrait non pas des principes, mais des actions.

L'Assemblée nationale a le plus souvent répondu à ces préoccupations par le rétablissement de son texte, ce qui ne peut nous satisfaire. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, s'agissant des dispositions relatives à la prévention et à la santé publique, plusieurs articles, supprimés par le Sénat, ont effectivement été rétablis dans leur rédaction initiale, même si leur valeur n'est que déclarative, ne permettant aucune avancée concrète.

Sur plusieurs articles, tels ceux qui sont relatifs à l'information nutritionnelle complémentaire ou à la lutte contre la valorisation de la minceur excessive, l'Assemblée nationale a supprimé différents ajouts du Sénat.

S'agissant des salles de consommation à moindre risque, elle a conservé l'obligation, introduite par le Sénat, d'organiser une concertation entre l'agence régionale de santé, l'ARS, la structure porteuse de projet et le maire de la commune concernée, en amont de l'installation de la salle de consommation.

En revanche, au motif qu'il faudrait donner plus de liberté d'organisation aux maires et aux associations locales, l'Assemblée nationale a supprimé les deux exigences que le Sénat avait posées : l'intégration à un centre hospitalier, d'une part, et la supervision par une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médicosocial, d'autre part.

Je regrette qu'aucun accord global n'ait pu être trouvé sur ce sujet sensible, mais important pour la prise en charge des malades concernés. Pourtant, comme cela a été souligné en commission, sur une question hautement controversée, le Sénat avait fait un pas important.

Les députés ont par ailleurs supprimé certains articles insérés au Sénat en séance publique : la demande d'étude relative à la santé des aidants familiaux, ou encore, le suivi de la vaccination des élèves.

Sur le chapitre consacré au tabac, l'Assemblée nationale a globalement tenu compte des positions du Sénat sur la majorité des articles, même si leur rédaction reste perfectible, qu'il s'agisse du mécanisme de transparence, de l'installation des nouveaux débits de tabac ou de l'interdiction de vapoter dans certains lieux publics.

Sur ce dernier point, l'Assemblée nationale a été plus restrictive que le Sénat en supprimant l'obligation de mettre à disposition des vapoteurs des espaces réservés sur les lieux de travail ou dans les écoles.

Sur le renforcement des sanctions infligées en cas de contrebande de tabac, supprimé par notre commission, mais rétabli et adopté conforme par le Sénat, le Gouvernement a rouvert l'article « pour coordination », afin de supprimer l'aggravation de la peine de prison, tout en maintenant celle de la peine d'amende. Notre commission, qui avait souligné le risque juridique qui s'attachait à cette mesure, a donc été entendue.

Un désaccord subsiste cependant entre les deux assemblées quant à la manière de transposer la nouvelle directive européenne sur les tabacs, sur deux sujets : la durée de la période transitoire pour l'interdiction des arômes et le paquet neutre. À cet égard, le désaccord entre les deux assemblées n'est peut-être pas si profond, puisque le paquet neutre n'a été rétabli par l'Assemblée nationale qu'à une courte majorité de deux voix, à l'issue d'une suspension de séance de vingt-cinq minutes.

Nous regrettons que le Gouvernement ne souhaite pas passer par l'étape de l'harmonisation de la présentation des produits du tabac avec des images-chocs sur grand format que les fumeurs retrouveraient dans l'ensemble de l'Union européenne, et privilégie l'adoption d'une mesure dont l'efficacité ne convainc personne, mais qui présente des risques juridiques bien réels. Sur ce seul point, nos visions sont inconciliables. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – M. Gilbert Barbier applaudit également.)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, j'en viens aux articles relatifs à l'organisation sanitaire.

S'agissant des soins ambulatoires, l'Assemblée nationale a privilégié la mise en place de structures nouvelles, tandis que nous avons affirmé la nécessité d'un minimum de stabilité en ce domaine. Les professionnels devront donc faire évoluer des modes d'organisation qu'ils viennent parfois tout juste de mettre en place, cette fois sous la tutelle des ARS. Je pense en particulier aux communautés professionnelles territoriales de santé, qui viendront inutilement se substituer aux pôles de santé.

Nous sommes favorables à la mise en place du service public hospitalier, mais nous l'avons complétée par le maintien de la possibilité donnée aux cliniques d'exercer des missions de service public à tarifs opposables. L'Assemblée nationale a rétabli leur exclusion totale, à nos yeux injustifiée.

Même en ce qui concerne les groupements hospitaliers de territoire, les GHT, à propos desquels nous étions allés très loin dans la volonté d'aboutir à un texte commun, l'Assemblée nationale a supprimé la participation des élus à leur comité stratégique. Cette modification, que beaucoup de nos collègues ont du mal à comprendre, risque de rendre les restructurations qui seront proposées encore moins acceptables.

En matière d'organisation de la permanence des soins ambulatoires, la PDSA, nous souhaitons simplifier le dispositif proposé pour la régulation médicale en instituant un numéro de téléphone unique, gratuit et national, susceptible de constituer une véritable option de remplacement du 15 ; au lieu de cela, le système prévu sera complexe et variable d'un territoire à l'autre.

Les députés ont par ailleurs supprimé la précision introduite par le Sénat concernant l'articulation entre la médecine libérale et les établissements de santé dans la permanence des soins : les ARS pourront donc toujours suspendre la PDSA entre minuit et huit heures, comme c'est déjà le cas dans certaines régions.

Sur un point touchant à la liberté des patients, l'Assemblée nationale est également revenue à sa version initiale : je fais référence à l'article 25, qui porte sur le fameux dossier médical partagé, le DMP. Nous avons supprimé la possibilité pour le médecin traitant d'accéder, sans l'accord du patient, aux données occultées par ce dernier. Les députés ont rétabli cette possibilité, qui nous paraît profondément contraire aux droits des malades.

L'Assemblée nationale ne nous a pas davantage suivis dans notre volonté d'organiser une concertation entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, concernant l'installation des professionnels dans les zones sous-denses. Il s'agissait là d'une solution d'équilibre adoptée par le Sénat à l'issue d'un long débat et qui aurait permis d'apporter une réponse négociée au problème des déserts médicaux.

Enfin, sans surprise, l'Assemblée nationale a rétabli le tiers payant généralisé, avec toutefois une modification révélatrice : le rapport sur la faisabilité du dispositif a été différé à un mois après la parution de la loi. Il y a donc visiblement quelque difficulté à faire paraître ce qui devait constituer un préalable...

Cette disposition, qui n'est pas nécessaire pour l'accès aux soins étant donné les dispositifs existants pour les personnes les plus défavorisées et la pratique des médecins en matière de tiers payant, a inutilement bloqué toute négociation avec les syndicats. Elle remet en cause les conditions d'exercice de la médecine libérale et pose d'importantes questions, qu'elle ne résout pas, sur la place des complémentaires. Nous ne pouvons l'accepter.

Au total, même si l'Assemblée nationale a conservé quelques-uns de nos apports, comme la place faite aux médecins spécialistes de deuxième recours – grands oubliés de ce texte –, les sujets de désaccords sont majeurs. C'est pourquoi la commission des affaires sociales a rejeté le texte du projet de loi et a adopté une motion tendant à opposer la question préalable. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – M. Gilbert Barbier applaudit également.)

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas bien !

M. Alain Milon, corapporteur. Je sais que c'est une grande déception pour vous !

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, puisque je n'ai que quelques minutes pour intervenir, je m'exprimerai sur des points précis du texte.

Je commence par les mesures concernant la santé environnementale et la prévention dans ce domaine. Nous saluons les mesures inscrites dans le texte qui vont dans le bon sens, comme le maintien du concept d'exposome ou la prévision de rapports sur les effets, y compris cumulatifs, des perturbateurs endocriniens.

Néanmoins, nous regrettons que d'autres propositions de bon sens, comme l'interdiction du bisphénol A dans les jouets des enfants pouvant être portés à la bouche ou l'inscription de la santé environnementale dans la stratégie nationale de santé – adoptée en première lecture sur proposition des écologistes –, n'apparaissent pas dans la version du texte que nous examinons. En effet, le nombre de maladies chroniques liées aux facteurs environnementaux explosant dans notre pays, il est indispensable – nous l'avons déjà dit – de placer la santé

environnementale au cœur des préoccupations de santé publique. Il y a bien eu des avancées, mais qui doivent être confortées.

Par ailleurs, plusieurs dispositions adoptées en première lecture au Sénat ont malheureusement disparu en nouvelle lecture alors qu'elles étaient très attendues. Je pense d'abord à l'attribution automatique de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, aux allocataires du RSA socle ; cela aurait été source de simplification administrative puisque les plafonds sont les mêmes. Cette automaticité aurait en outre évité une grande partie du non-recours à la CMU-C, que le Fonds CMU évalue à une proportion située entre 20 % à 35 % en 2013 ; ce non-recours est lié à la complexité de l'ouverture des droits à la CMU-C.

On me dit souvent que cette automaticité est déjà mise en œuvre, mais, pour avoir discuté avec de nombreuses personnes concernées dans plusieurs départements, je peux vous assurer que ce n'est pas le cas ! Or cette situation, j'y insiste, provoque non seulement une impression d'injustice, mais aussi le sentiment dangereux que la République ne met pas tout en œuvre pour faire appliquer les lois.

Je pense ensuite à l'amendement voté par de nombreux collègues de tous les groupes politiques du Sénat, me semble-t-il, prévoyant la transmission systématique sous format numérique des rapports d'activité des diagnostiqueurs d'amiante à la direction générale de la santé, ainsi que leur publication sur une plateforme en ligne accessible à tous. Cette mesure a malheureusement été également supprimée par l'Assemblée nationale.

Or, selon l'Institut de veille sanitaire, l'amiante causera – je donne encore une fois ce chiffre – 100 000 morts d'ici à 2050. L'information des travailleurs du bâtiment et de tous ceux qui, tels les riverains, pourraient être à leur insu en contact avec de l'amiante est donc un enjeu crucial si l'on ne veut pas que ces sombres prévisions soient largement en dessous de la réalité. Puisque cela ne pourra pas se faire à travers la loi de modernisation de notre système de santé, il est indispensable que les ministères concernés s'engagent à développer sérieusement et rapidement la prévention et l'information des travailleurs et des populations en matière d'amiante.

Enfin, nous ne pourrions malheureusement pas nous étendre là-dessus, mais je déplore le coup de canif donné par ce texte à la loi Évin. La publicité pour l'alcool est de nouveau permise de façon très claire, mais, ne soyons pas dupes, cette mesure ne vise pas les petits viticulteurs ; ce sont bien les grands alcooliers qui ont obtenu ce revirement.

Après avoir exprimé ces regrets, je veux maintenant dire un mot de quelques avancées contenues dans ce texte. Je ne peux malheureusement pas les citer toutes, mais je reviens en particulier sur le tiers payant généralisé.

Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, publiée en juillet 2015 montre qu'entre 21 % et 36 % des personnes interrogées ont renoncé aux soins pour des raisons financières. Certes, s'il demeure des difficultés techniques, il faut bien sûr chercher des solutions, mais les arguments d'ordre idéologique selon lesquels la généralisation du tiers payant remettrait en cause le statut des médecins libéraux...

M. Gilbert Barbier. C'est vrai !

Mme Aline Archimbaud. ... ne nous paraissent pas convaincants.

Le tiers payant généralisé permettra aux personnes qui ont des revenus modestes, mais qui sont au-dessus des plafonds de ressources de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – plafonds qui sont assez bas, respectivement 720 euros et 973 euros –, d'accéder aux soins sans se poser la question de leur capacité d'aller chez le médecin.

Enfin, en ce qui concerne le tabagisme, nous faisons partie des parlementaires qui trouvent très positif que la mesure du paquet neutre ait été réintégrée dans le texte. En effet, les chiffres du tabagisme en France sont accablants, notamment chez les jeunes, qui sont particulièrement sensibles à l'attractivité du marketing pour les produits du tabac. Il nous semble donc que cette mesure est très positive en matière de santé publique.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, la volonté du gouvernement socialiste de faire adopter une loi transformant notre système de santé pour le faire évoluer vers un système étatique plus en conformité avec son idéologie touche à sa réalisation finale.

Madame la ministre, vous affichez très logiquement une certaine satisfaction à pouvoir mettre en pratique vos convictions maintes fois énoncées lorsque vous siégiez sur les bancs de l'Assemblée nationale. Je dois toutefois reconnaître que, sur quelques points, vous n'osez pas aller aussi loin que ce que vous annoncez et que votre appréciation a évolué, comme sur la nécessité de maintenir un ordre des infirmiers, que vous combattiez en d'autres temps.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis pragmatique !

M. Gilbert Barbier. Le Gouvernement a décrété la procédure accélérée pour faire aboutir cette loi touchant à des domaines aussi variés, aussi différents, que l'organisation hospitalière, l'offre territoriale de soins, le tabagisme, les salles de consommation à moindre risque, le mannequinat et j'en passe.

Il apparaissait d'emblée évident que ce grand rendez-vous serait manqué avec les forces vives du secteur de la santé, avec plusieurs secteurs professionnels – notamment l'ensemble des syndicats médicaux –, avec le Conseil national de l'ordre, avec les assemblées académiques, mais aussi avec les acteurs privés en santé et une partie du monde associatif. Je comprends bien néanmoins que là n'était pas la préoccupation première...

Le texte renvoie également à des ordonnances sur des sujets importants dont le contenu nous est totalement inconnu. Bref, il s'agit de passer en force, y compris quelquefois contre votre propre majorité, comme cela a été souligné.

Cette loi sera loin de résoudre les difficultés que chacun s'accorde à reconnaître et dont la première est, à mes yeux, l'inégalité de l'accès à des soins de qualité entre nos concitoyens.

Au cours de la première lecture au Sénat, dans un esprit d'ouverture, nous avons proposé, les uns et les autres, de nombreuses modifications imprégnées d'un sens pratique et non d'un parti pris quelconque.

J'ai regardé les débats à l'Assemblée nationale, tant en commission qu'en séance publique, lors de la nouvelle lecture : comment ne pas être consterné devant cette attitude sectaire et méprisante sur des articles qui ne devraient être que consensuels ? Certes, sur les grands thèmes, notre opposition est manifeste et très certainement inconciliable, mais, pour le reste, que de suffisance !

Si le Conseil national de l'ordre des médecins considère ce texte comme inapplicable, c'est non seulement en raison du sujet phare qu'est le tiers payant généralisé, mais aussi à cause des mesures annexes qui en découleront au fil du temps. Ce tiers payant généralisé, ou TPG, c'est votre trophée, madame la ministre, au sens étymologique du terme : il vous permet de présenter sur la place publique votre victoire sur la médecine libérale dans sa globalité.

C'est pourtant cette médecine qui, depuis un siècle et demi, a fait de la médecine française l'une des meilleures du monde. Il s'agit bien là d'un conflit idéologique entre nous : vous voulez étatiser la médecine, avec un contrôle de plus en plus présent sur les professionnels, dans leur pratique, leurs prescriptions et bien sûr leur rémunération.

Vous voulez imposer les organismes payeurs comme les régulateurs de la dépense de soins et briser ce dialogue singulier, qui chagrine, entre le médecin et le patient ; ainsi la mise en place du TPG va amplifier une médecine à deux vitesses qui, certes, existe déjà à certains égards.

Cette volonté se retrouve à l'article 18 et à l'article 26 du texte, avec le refus que les établissements au sein desquels des praticiens pratiquent des honoraires libres puissent participer aux missions de service public. Faut-il utiliser un tel moyen pour maintenir en survie des établissements publics obsolètes où nos concitoyens les moins bien renseignés ne trouveront pas des soins de qualité optimale ? Faut-il considérer comme normal le fait que l'assurance maladie paie entre deux et trois fois plus pour une appendicectomie en centre hospitalier universitaire que dans une clinique privée ?

Le temps me manque pour évoquer un certain nombre de mesures dans lesquelles l'idéologie prime le bon sens ou par lesquelles nos collègues députés en arrivent à supprimer des dispositions introduites par la minorité sénatoriale, comme la reconnaissance des aidants familiaux ou les mesures de surveillance de la vaccination en milieu scolaire. Cet ostracisme ne manque pas de surprendre s'agissant de mesures qui pouvaient être considérées comme positives en matière de santé publique !

Pour terminer, je voudrais souligner deux points particuliers qui me semblent poser un problème de **constitutionnalité**.

Je veux parler de l'article 37, qui modifie les conditions d'autorisation de la recherche sur l'embryon. Je siège, comme Jean-Louis Tourenne, au conseil d'orientation de l'Agence de biomédecine. Contrairement à lui, il me paraît curieux qu'elle ne soit pas saisie de cette nouvelle possibilité en matière de recherche, comme nous y oblige la loi de bioéthique.

De même, l'article 46 ter sur les prélèvements d'organes soulève une opposition farouche des associations qui se dévouent à longueur d'année au service de cette cause. Une telle modification substantielle de la pratique du prélèvement mériterait d'être évoquée elle aussi, le moment venu, dans le cadre d'une révision de la loi de bioéthique.

Au vu de ces quelques considérations et de bien d'autres encore, je me demande à quoi bon poursuivre le débat. Je crains, pour le regretter, que les grands perdants de cet entêtement soient, non pas les professionnels – les meilleurs s'en sortiront ! –, mais avant tout les patients, pas les plus avertis, certes, mais tous les autres ! (M. Jean-Claude Requier et Mme Catherine Procaccia applaudissent.)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, lors de cette nouvelle lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé, il est impossible de faire abstraction du vote de la question préalable par la majorité de la commission des affaires sociales.

Grande est notre déception face à cette procédure, car elle nous prive de la possibilité d'aller jusqu'au bout de notre débat.

Celle-ci fait partie des dispositifs législatifs, il ne s'agit pas pour moi de revenir sur un droit ouvert au législateur. Toutefois, comme je l'ai déjà souligné en commission, je le redis, ici en séance plénière : nous avons là l'illustration que nos institutions sont à bout de souffle et qu'il faudrait passer à une 6e République restituant un vrai pouvoir parlementaire et, surtout, redonnant voix au peuple.

Je veux le dire avec d'autant plus de force que nous sommes au lendemain des élections régionales et qu'il me paraît essentiel de nous interroger sur les réponses politiques à apporter aux souffrances des populations, à la désespérance qui envahit les quartiers, les entreprises, les universités, les hôpitaux.

Cette question préalable, à l'instar de celle que cette même majorité de droite avait déposée en seconde lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne repose pas sur un désaccord majeur avec la politique gouvernementale. Elle résulte de l'exigence d'aller encore plus loin en termes de restrictions budgétaires et de privatisation de notre système de santé. Et c'est là tout le problème !

En effet, pour répondre aux besoins de santé publique de toutes et tous sur l'ensemble du territoire, il faut de nouveaux financements. Ce que ce gouvernement, comme les précédents, refuse – hélas !

Alors que chacune et chacun se félicite, à juste titre, du travail exemplaire accompli par les personnels de santé à la suite des terribles attentats de novembre, est-ce le moment de poursuivre les groupements hospitaliers de territoire, de fermer des services de chirurgie et des urgences, d'entériner la fin de la sectorisation en psychiatrie ou encore de conforter la toute-puissance des directeurs des ARS ?

Pour reprendre l'esprit des propos de l'urgentiste Patrick Pelloux, le 13 novembre dernier, nous avons eu le bleu des policiers, des gendarmes, des forces de sécurité, le blanc des personnels de santé et le rouge des pompiers.

L'atout majeur de ces différents corps de métiers, la puissance de leur pouvoir d'intervention, c'est le service public. Dès lors, pourquoi continuer à faire voter des projets et des propositions de loi qui rognent sur leurs moyens d'existence au nom d'une prétendue dette qui met les peuples à genoux ?

Depuis des années, les politiques de restriction des budgets publics se sont attaquées au démantèlement des services publics, en premier lieu celui de la santé, ce qui a creusé davantage les inégalités d'accès aux soins.

Ainsi, les patients, les personnels, les professionnels de santé subissent au quotidien des amputations d'effectifs, des réductions de moyens et la réorganisation territoriale de la santé, enclenchée notamment en 2010 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », et amplifiée par les groupements hospitaliers de territoire, rendus obligatoires par ce texte.

Les fusions-suppressions d'établissements ainsi provoquées vont distendre encore un peu plus les liens de proximité. Vous justifiez ce choix, d'une part, au nom d'une coopération entre praticiens, qui existe déjà et qu'il faudrait tout simplement consolider, d'autre part, au nom de la chirurgie ambulatoire, dont on a beaucoup parlé en première lecture, et qui demande un réseau de soins, inexistant.

Pour imposer ces choix, vous élargissez le champ des compétences des ARS et renforcez encore davantage les pouvoirs des directeurs généraux, mettant à mal la démocratie sanitaire.

À l'inverse, le projet de santé que nous défendons doit permettre d'exprimer les besoins de santé, mais aussi d'assurer un contrôle démocratique des décisions et de la mise en œuvre des réponses à ces besoins.

Bien entendu, il ne s'agit pas pour moi d'ignorer les mesures positives contenues dans ce projet de loi, mesures que nous avons soutenues. Si elles vont dans le bon sens, elles ne sont toutefois pas de nature à combattre sur le fond les refus de soins qui se développent pour raisons financières.

Il en est ainsi de la plus emblématique d'entre elles, la généralisation du tiers payant en 2017. Si elle constitue un premier pas, notre groupe considère qu'il appelle au plus vite une prise en charge à 100 % des soins par la sécurité sociale.

Nous avons un défi considérable à relever compte tenu de la situation de la santé publique, notamment en termes d'offre de soins au regard des besoins de santé sur l'ensemble du territoire. Or la logique qui nous a été imposée dès le départ a été le redéploiement et l'aménagement de l'offre de soins dans une enveloppe contrainte.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 anticipait déjà les coupes budgétaires réalisées par les fusions et suppressions d'établissements de santé.

Vous escomptez dépenser 400 millions d'euros en moins sur trois ans et prétendez que cela n'aura aucune conséquence sur les conditions de travail des personnels et la qualité du service public.

Nous sommes, pour notre part, convaincus du contraire, car les économies demandées s'ajoutent à celles qui ont été réalisées les années précédentes par les gouvernements successifs. Vous imposez, en réalité, une austérité supplémentaire, qui vient s'ajouter à une austérité déjà durement vécue par les personnels.

Contrairement à l'orientation gouvernementale, qui part de la répartition de l'offre de soins la moins-disante, notre groupe défend une organisation de la santé qui part des besoins de santé de la population.

Nous continuons et continuerons donc de demander l'arrêt immédiat des suppressions d'activité et des fermetures de services de santé, donc l'arrêt des GHT, et nous vous appelons à relancer des services d'urgences dans chaque bassin de vie.

Parler d'amélioration de l'accès aux soins passe par la nécessaire suppression des franchises médicales, des forfaits et des dépassements d'honoraires, ce qui n'est hélas ! pas à l'ordre du jour de ce projet de loi.

Nous serons particulièrement attentifs à la suite qui sera donnée aux déclarations que vous avez faites, madame la ministre, concernant la tarification à l'activité, mais nous espérons que vous vous donnerez les moyens d'aller au bout.

Alors que vous reconnaissez le rôle-pivot des centres de santé dans la modernisation de notre système de santé, c'est la baisse des budgets qui est à l'ordre du jour.

En ce qui concerne la médecine préventive, vous la financez petitement grâce aux économies réalisées sur le dos du service public de la santé.

Et puisque je parle de prévention, je veux redire ma colère de constater qu'au nom des intérêts financiers des puissants alcooliers, un assouplissement de la loi Évin a été voté contre votre avis, madame la ministre. Je veux donc dire ici, une nouvelle fois, pour le dénoncer, combien nous trouvons indécent, au groupe CRC, que des parlementaires de toutes sensibilités politiques aient répondu aux sirènes de groupes de pression au détriment de la santé de nos concitoyennes et de nos concitoyens.

Je conclurai mon propos en soulignant que nous aurions souhaité pouvoir voter une loi-cadre de santé publique et que ce projet de loi de modernisation de notre système de santé est pour nous un rendez-vous manqué, car vous avez refusé de faire voler en éclats le carcan de l'austérité. Vous auriez pu soumettre, comme nous vous y invitons, les profits financiers au taux actuel des cotisations sociales des employeurs et moduler la cotisation des employeurs selon la politique salariale, écologique et financière menée, mais vous ne l'avez pas fait.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons voter ce projet de loi, mais vous l'aurez compris, madame la ministre, mes chers collègues, notre frustration est grande de ne pouvoir aller jusqu'au bout de ce débat ! (Applaudissements sur les travées du groupe CRC.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

Mme Catherine Génisson. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le président-rapporteur, mesdames les rapporteurs, mes chers collègues, nous nous retrouvons aujourd'hui pour examiner, en nouvelle lecture, le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

En introduction de mon propos, je veux regretter les conditions dans lesquelles se passe cette nouvelle lecture au Sénat. Je rends, bien sûr, hommage à la qualité des travaux de nos rapporteurs, mais il n'en demeure pas moins que la discussion générale qui nous réunit aujourd'hui est virtuelle puisque, nous le savons tous, la majorité sénatoriale va adopter une question préalable à l'issue de laquelle nos débats seront clos. Je regrette très sincèrement ce débat manqué !

Le débat politique, c'est le fondement de notre démocratie. Et au lendemain d'élections régionales à l'occasion desquelles s'est fait ressentir cette nécessité impérieuse de résister, de débattre, de convaincre, il est dommage que l'on ne puisse pas confronter nos projets dans un respect mutuel ! Au passage, je veux dire que, au vu de la fréquentation de cet hémicycle cet après-midi, je me félicite que le scrutin public existe...

Par ailleurs, le débat manqué qui s'annonce au Sénat sur ce projet de loi de modernisation de notre système de santé ne nous permet pas de répondre aux nombreuses interpellations dont nous sommes saisis, interpellations qui viennent tant de professionnels de santé que de citoyens.

La confrontation républicaine des projets est une très bonne chose. Je reconnais que peu de nos propositions, y compris celles qui avaient été majoritairement soutenues par notre assemblée, ont été reprises à l'Assemblée nationale. Qu'il me soit néanmoins permis, mes chers collègues de la majorité sénatoriale, de regretter vos positions sur un certain nombre d'enjeux-clés de ce projet de loi.

Ainsi, votre opposition idéologique au tiers payant généralisé – qui est pourtant une mesure de justice sociale – , empêche toute discussion constructive et tout accord avec le Gouvernement et l'Assemblée nationale sur ce texte. J'y reviendrai.

Je veux, dans un premier temps, insister sur les raisons du soutien des sénateurs socialistes à ce texte défendu avec conviction et détermination par vous, madame la ministre.

Moderniser notre système de santé pour le rendre plus juste et mieux adapté aux réalités d'aujourd'hui, tel est l'objet de ce projet de loi dans un contexte marqué par un paradoxe très prégnant : malgré son excellence, l'organisation de notre médecine se heurte aux inégalités sociales et territoriales.

La France peut s'enorgueillir de disposer d'un excellent système de santé. L'Organisation mondiale de la santé le considère comme l'un des meilleurs. Ce classement reflète la qualité des soins qu'offre la communauté soignante à nos concitoyens.

Le paradoxe réside donc dans le fait suivant : notre excellence médicale se heurte aux inégalités sociales qui perdurent ; à soixante ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de sept ans à celle d'un cadre. De plus, les inégalités territoriales se creusent – les déserts médicaux sont inégalement répartis sur notre territoire.

Garantir l'égalité de nos concitoyens au regard de la modernisation de notre système de santé et des progrès de la recherche, telle est la colonne vertébrale de ce texte.

Le premier pilier du projet de loi de modernisation de notre système de santé est celui de la prévention, laquelle constitue le socle de ce système : prévention des maladies évitables, des pratiques addictives, notamment l'alcoolisme et le tabagisme, des problèmes de nutrition se traduisant tant par l'obésité que par la très grande maigreur, ou encore prise en compte de la santé environnementale.

Je me félicite des dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse contenues dans ce projet de loi, votées en première lecture au Sénat.

Vis-à-vis des personnes handicapées, le projet de loi propose des solutions adaptées, pour elles ainsi que pour leurs familles, afin d'éviter les ruptures de soins.

Autre mesure très attendue et contenue dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé : l'expérimentation de l'organisation de la filière visuelle, ainsi que des propositions concernant les coopérations interprofessionnelles.

La lutte contre le tabac a beaucoup occupé nos débats. À côté de plusieurs dispositions permettant une meilleure prévention, en particulier l'introduction de mesures de lutte contre la fraude, nos débats passionnés ont porté sur la mise en place du paquet neutre.

Le groupe des sénateurs socialistes veut réaffirmer avec force que cette mesure trouve sa légitimité si la recherche d'une harmonisation fiscale du prix du tabac à l'échelon européen est voulue, ce qui permettra de lutter contre les marchés parallèles.

Nous connaissons l'engagement de Mme la ministre sur cette question importante de santé publique. Je veux ici redire avec force que le Gouvernement a également la responsabilité de traiter la question du maintien de la situation des buralistes, lesquels jouent un rôle important dans l'animation des territoires, en particulier dans les zones rurales.

Par ailleurs, toujours sur le volet prévention de ce projet de loi, je veux souligner l'importance, pour le groupe des sénateurs socialistes, de l'introduction du concept de prévention partagée, qui doit permettre aux non-spécialistes de la prévention et aux publics cibles d'être responsabilisés en tant qu'acteurs et force de proposition.

La prévention partagée a été introduite par amendement sénatorial, ce qui constitue une nouvelle illustration de l'utilité de nos travaux.

Je veux enfin souligner l'engagement de nos rapporteurs, qui avaient soutenu l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, engagement qui semble remis en cause dans la présentation de la question préalable.

Le deuxième pilier du projet de loi veut faire du citoyen un acteur de sa santé avec, comme premier correspondant, son médecin traitant.

Le projet de loi donne ainsi toute sa place aux soins primaires permettant, grâce à la mise en place de communautés professionnelles de territoires de santé, aux acteurs de la médecine d'être les initiateurs de leur organisation.

Ce dispositif lève d'emblée le reproche d'une organisation verticale, menée sur l'initiative des agences régionales de santé.

Sur ce sujet, je ne comprends toujours pas la position – voire le conservatisme – de notre président-rapporteur. En effet, il a dénigré la mise en place de ces communautés professionnelles territoriales de santé, alors que cette disposition entérine le rôle premier des médecins, des acteurs de santé de terrain, qui sont les promoteurs de leur organisation territoriale, les ARS ayant un rôle de validation.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé met en place le tiers payant généralisé. Le groupe socialiste du Sénat, comme toute la gauche et une grande majorité des Français, y est favorable. En effet, cette disposition technique est également une mesure de justice sociale. Le tiers payant doit garantir que l'argent n'est pas un obstacle à l'entrée dans le cabinet médical, quand bien même les médecins traitants savent déjà prendre en compte les difficultés financières de leurs patients.

Il est très important de rassurer les médecins : l'instauration du tiers payant doit se faire sans leur imposer de nouvelles contraintes de travail administratif. Madame la ministre, vous avez apporté lors des débats parlementaires toutes les garanties possibles sur ce point. Nous demeurerons néanmoins vigilants.

L'instauration du tiers payant généralisé est une mesure de justice sociale soutenue par une très large majorité de Français. Elle ne clôt pas pour autant, tant s'en faut, le débat fondamental et nécessaire quant à une nouvelle architecture de la protection sociale, à savoir la place que doit occuper le régime général au regard des systèmes complémentaires. C'est un débat que nous avons eu, à nouveau, à l'occasion du récent examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et, en particulier, de son article 21. Ce débat est pourtant loin d'être clos.

Les sénateurs socialistes soutiennent avec conviction la redéfinition, par le présent projet de loi, de la notion de service public hospitalier.

Ce service public donne toute sa force aux devoirs de notre nation envers ses concitoyens. Il permet de maintenir certaines garanties fondamentales : l'accessibilité financière des soins, leur permanence et l'égal accès de tous à ces soins. Rappelons que tous les établissements de santé sont éligibles au service public hospitalier dès lors qu'ils répondent aux garanties exigées.

Nous regrettons que la majorité sénatoriale ait souhaité rétablir la définition du service public issue de la loi HPST, qui substituait aux blocs de compétences des missions de service public. Le service public est un !

En revanche, je me réjouis de l'adoption, dans le cadre de ce projet de loi, du pacte territoire-santé, qui permet de proposer des solutions de rééquilibrage de l'implantation des médecins sur nos territoires. Madame la ministre, vous venez d'ailleurs d'annoncer une amplification des actions qui doivent permettre à chaque Français, partout sur le territoire, de se faire soigner facilement près de chez lui.

Les groupements hospitaliers de territoire doivent par ailleurs optimiser l'offre qualitative en soins pour nos concitoyens.

Le groupe socialiste se félicite également du troisième pilier du projet de loi, qui renforce la démocratie sanitaire.

Il s'agit d'offrir de nouveaux droits à tous les patients – donc à tous les citoyens – par la mise en œuvre des actions de groupe et la modernisation de l'open data, c'est-à-dire la possibilité d'accéder à des données anonymisées propices à la recherche et au progrès.

Dans ce troisième pilier figure également le droit à l'oubli, dont l'enjeu crucial est le respect des patients aujourd'hui guéris du cancer et, demain, d'autres maladies.

Le débat manqué que nous allons subir nous empêche de revenir sur l'article 46 ter, qui a trait au don d'organes. Même si je concède que sa rédaction est quelque peu sèche, je rappelle que nous avons eu à ce sujet en première lecture un débat de haute qualité, qui prenait en compte non seulement l'exigence éthique, mais aussi l'urgence de trouver des solutions alors que, chaque année, seules 5 000 greffes sont réalisées au regard de l'attente de 20 000 malades.

Pour toutes les raisons que je viens d'évoquer rapidement, le groupe des sénateurs socialistes soutient le projet de loi de modernisation de notre système de santé, que Mme la ministre a porté avec la détermination qu'on lui connaît et qui doit répondre aux défis auxquels se trouve confronté notre système de santé.

Je réitère mon regret du choix fait par la majorité sénatoriale de couper court au débat par le biais d'une question préalable. Je regrette d'autant plus ce choix que les travaux menés lors de la première lecture par les rapporteurs, sous la conduite de M. Alain Milon, avaient été de qualité, même si tout consensus avec le Gouvernement et la majorité de l'Assemblée nationale s'est révélé impossible.

Je veux terminer mon propos en rendant hommage aux différents acteurs de notre système de santé, qui font preuve dans leurs missions quotidiennes d'un investissement qui permet le maintien de l'excellence de notre pays dans le domaine de la santé.

Notre pays innove ainsi constamment et ouvre la voie sur le front des technologies nouvelles : il figure ainsi au troisième rang mondial pour les brevets de robotique médicale. Ces atouts forts doivent permettre le développement de notre économie.

Nous sommes fiers de la médecine en France et de celles et ceux qui la servent, quels que soient leurs fonctions, leur mode et leur lieu d'exercice. Ils sont mobilisés au quotidien auprès de nos concitoyens pour la prise en charge de leur santé. Cet engagement quotidien se double d'une mobilisation très forte lors de moments exceptionnels ou tragiques, tels que les attentats du 13 novembre dernier. Saluons les personnels hospitaliers de Paris et de la région parisienne, dont la compétence et l'humanité ont été remarquables auprès des blessés !

En conclusion, je veux réaffirmer que le groupe socialiste soutient votre projet de loi, madame la ministre, et souhaite le débat ; il a donc voté contre le rapport de nos rapporteurs et il votera contre la motion tendant à opposer la question préalable. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

M. Yves Daudigny. Très précis et très convaincant !

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Madame la présidente, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, lors de la première lecture de ce projet de loi de modernisation de notre système de santé, le groupe Les Républicains a soutenu sans faille les propositions des rapporteurs, dont je tiens à saluer l'excellent travail. Le Sénat avait alors fait le choix de réécrire une bonne partie de ce texte quelque peu fourre-tout en se concentrant sur l'essentiel : l'organisation du système de santé sur notre territoire.

Lors de cette nouvelle lecture, nous ne pouvons que constater l'enfermement du Gouvernement et de sa majorité parlementaire dans une voie qui, à nos yeux, n'est pas la bonne.

Mme Nicole Bricq. Quelle est la bonne, alors ?

Mme Corinne Imbert. Avec un peu d'humour, je dirai que la seule mesure sénatoriale phare à avoir échappé au couperet de la majorité de l'Assemblée nationale est celle qui a trait à la promotion des régions viticoles, qui a été portée ici par notre collègue Gérard César et qui permettra de valoriser notre patrimoine et notre savoir-faire.

Plus sérieusement, puisque la santé est trop précieuse, à l'exception de quelques dispositifs que vous avez rappelés, madame la ministre, qui ont été sauvegardés par l'Assemblée nationale, nous retrouvons un projet de loi presque identique à celui que nous avons examiné en première lecture.

Ce texte, dont le Gouvernement prétend qu'il est une réforme de modernisation de notre système de soins, est en réalité une occasion manquée, et ce pour plusieurs raisons.

Moderniser, ce n'est pas traiter au détour d'un tel texte de sujets importants qui relèvent des lois de bioéthique ; je pense en particulier à la suppression du délai de réflexion pour une IVG et à la réforme du don d'organes.

Moderniser, ce n'est pas opposer les professionnels de santé ; c'est au contraire leur donner les moyens de renforcer leur collaboration.

Moderniser, ce n'est pas créer de nouveaux dispositifs alors qu'il en existe qui ont à peine eu le temps de se mettre en place. Je fais référence ici aux pôles de santé : cet outil a bien fonctionné jusqu'à présent et a permis de fédérer les professionnels de santé afin de rendre plus efficiente la prise en charge de leurs patients. Nous avons soutenu leur renforcement plutôt que la création des communautés professionnelles territoriales de santé.

Moderniser, ce n'est pas créer des inégalités de traitement entre les établissements de santé. En effet, les établissements privés souhaitant opter pour le service public hospitalier seront désormais soumis aux obligations de service public, ce qui signifie qu'ils ne pourront pas facturer de dépassements d'honoraires, et ce pour l'ensemble des actes pratiqués. Dans le même temps, les dépassements d'honoraires pourraient être autorisés pour les praticiens de l'hôpital public ayant une activité libérale en parallèle. Cela nous paraît être une erreur injustifiée.

Moderniser, enfin, ce n'est pas énoncer dans la loi des dispositions qui existent déjà. Je pense à l'article 12 ter, relatif au pacte territoire-santé. Vous aviez annoncé ce pacte, madame la ministre, en 2012 ; depuis deux ans, il est mis en œuvre par voie réglementaire sans qu'aucun texte législatif ait été jusqu'à présent nécessaire.

En outre, avant même que le présent projet de loi ne soit adopté, vous avez fait l'annonce du pacte territoire-santé II, qui doit comprendre des mesures supplémentaires de lutte contre la désertification médicale. Je regrette que notre proposition d'organiser une concertation entre les syndicats de médecins et la CNAMTS sur l'installation des professionnels de santé en zones sous-denses n'ait pas été retenue.

Je souhaite maintenant aborder deux mesures qui, quoique totalement indépendantes l'une de l'autre, ont toutes deux cristallisé les oppositions contre ce texte.

La première est, bien sûr, la mise en place du paquet neutre. Sa présence, en nouvelle lecture, n'a tenu qu'à un fil, ou plutôt à deux, puisqu'il n'a été maintenu à l'Assemblée nationale qu'à deux voix près.

Cette « surtransposition » d'une directive européenne conduira inévitablement au développement d'un marché parallèle et clandestin et, par voie de conséquence, à la destruction brutale du réseau des buralistes en France, la concurrence des débiteurs frontaliers étant trop forte.

Bien évidemment, tout le monde est conscient de la dangerosité du tabac ; nul ne peut ignorer ses effets directs et néfastes sur la santé. Cependant, est-il réellement pertinent d'instaurer le paquet neutre alors même que la directive européenne encadre déjà les fabricants et leur impose de nouvelles normes concernant les emballages de cigarettes ? Cette première française aura des conséquences que le Gouvernement n'anticipe malheureusement pas.

L'exemple de l'Australie a souvent été évoqué pour justifier la mise en place du paquet neutre. Il est vrai que c'est le seul pays à l'avoir instauré, mais c'est surtout le seul pays à avoir fixé le prix du paquet de cigarettes à 14 euros !

Le vrai courage politique aurait été d'aborder la problématique de l'uniformisation européenne des tarifs du tabac. C'est également en menant une politique de prévention globale que nous pourrions obtenir des résultats tangibles, et non en sanctionnant à outrance à l'échelle nationale, ce qui n'endigera en rien la consommation de tabac.

Je me permets un aparté concernant la politique de prévention : si les intentions du Gouvernement sont louables, il n'en demeure pas moins que je ne peux partager ses orientations budgétaires. Dans mon rapport pour avis sur la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2016, j'ai eu l'occasion de souligner dans cet hémicycle la baisse importante des crédits dévolus à la prévention. Nous sommes donc en pleine contradiction entre les paroles et les actes.

La seconde mesure qui a cristallisé la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est le tiers payant généralisé et obligatoire.

Le Gouvernement ne tient pas compte du fait que de nombreux médecins pratiquent quotidiennement et spontanément le tiers payant pour leurs patients, en fonction de la situation personnelle de ces derniers. En imposant sa généralisation, vous privez le médecin de sa liberté et vous prenez le risque de dévaloriser les actes médicaux. Il est faux de dire que les médecins s'opposent à ce système : ils s'opposent seulement à sa généralisation obligatoire, mais ils y ont recours pour les populations fragiles. Le tiers payant, tel qu'il existe aujourd'hui, permet donc de répondre à la question du nonaccès aux soins pour motif financier.

En revanche, le dispositif qui est proposé entraînera de facto une surconsommation de l'acte médical. J'emploie volontairement un langage marchand, car cela induira de fait un phénomène de consommation, non pas d'un produit, mais d'un service qui semblera gratuit alors qu'il a un coût pour notre société.

Par ailleurs, la généralisation du tiers payant sera chronophage pour les médecins. Elle générera pour eux une surcharge de travail administratif, alors qu'il faut, au contraire, leur redonner du temps médical.

Le Gouvernement n'a pas précisé ses intentions quant aux sanctions qui seront prises à l'encontre des médecins qui refuseront de se soumettre à ce système, certains syndicats ayant d'ores et déjà appelé à la désobéissance civile.

Qu'en est-il, madame la ministre, de la demande de moratoire avant la conférence de santé programmée en février prochain ? Il semble légitime de pouvoir discuter et échanger avec les professionnels concernés avant d'imposer un quelconque dispositif.

Le groupe Les Républicains a d'ailleurs fait le choix de construire un système de santé avec les professionnels de santé et non pas contre eux, comme cela est le cas avec la généralisation obligatoire du tiers payant. Comme je l'ai rappelé au début de mon intervention, le texte dont nous débattons aujourd'hui n'a malheureusement pas intégré les principales améliorations apportées par la majorité sénatoriale, dont l'objectif était de répondre aux inquiétudes de l'ensemble des professionnels de santé, et ce dans l'intérêt des patients.

Un débat nourri et de qualité a eu lieu lors de la première lecture de ce projet de loi. N'ayant pas été entendus, nous ne nous faisons aucune illusion quant au devenir d'un nouveau texte sénatorial ; c'est pourquoi notre groupe soutiendra la question préalable présentée par les rapporteurs au nom de la commission des affaires sociales. (Applaudissements au banc de la commission.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, nous voici réunis pour une nouvelle lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé, après l'échec de la commission mixte paritaire. Je regrette sincèrement cet échec, et en particulier sa brutalité.

Il me semble essentiel de rappeler qu'une commission mixte paritaire ne peut réussir que si trois éléments sont réunis. Il faut tout d'abord, bien entendu, y amener un texte équilibré, qui améliore le texte initial sans le dénaturer ; c'est la responsabilité du Sénat. Il faut aussi, en revanche, que l'Assemblée nationale fasse montre d'une écoute respectueuse et constructive. Enfin, et peut-être surtout, il faut que le Gouvernement ait la volonté de parvenir à un consensus.

Je ne veux pas lancer une chasse aux sorcières, chercher qui a tort et qui a raison. Certains disent le Sénat rétrograde ; il trouve plutôt sa vertu dans la prudence et la sagesse. Ainsi, quelle avancée de sa part que d'accepter les salles de shoot, quand bien même nous avons décidé de les faire encadrer par du personnel compétent, dans un cadre hospitalier !

Une commission mixte paritaire peut avoir un résultat positif : nous l'avons bien vu tout à l'heure lors de l'adoption, à l'unanimité, du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement dans le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire.

Cette issue positive nous a ravis, mon collègue corapporteur Georges Labazée et moi-même, comme l'ensemble de notre assemblée et vous-même, madame la ministre, je crois pouvoir le dire.

Pour en revenir au sujet de notre discussion, la commission des affaires sociales du Sénat, réunie le 9 décembre dernier, a majoritairement pris la décision de poser une question préalable. Nous avons adopté la même

Nous avons conçu en effet les mêmes regrets et la même amertume de ne pas pouvoir discuter de nouveau des sujets forts dont nous avons débattu lors de la première lecture du projet de loi santé, parmi lesquels, en particulier, la généralisation du tiers payant.

Nous connaissons les raisons qui nous poussaient à ne pas être favorables à cette généralisation, laquelle banalise la consultation médicale. Le tiers payant est indispensable aux patients les plus fragiles, mais sa généralisation risque d'avoir un effet pervers dans le contexte actuel, en décourageant plus encore les jeunes médecins de s'installer dans des zones où ils sont très attendus, aggravant ainsi le problème de la désertification médicale.

Sur le terrain, les discussions menées, en particulier avec des représentants du syndicat MG France, montrent que les médecins ont conscience qu'ils doivent s'organiser, comme cela a été le cas pour les infirmiers libéraux, afin d'être présents sur l'ensemble du territoire. Ils savent qu'ils doivent changer leurs habitudes et prendre leurs responsabilités, afin d'assurer la part du service public de santé qui leur est confiée. La publication de cette loi risque de compromettre ces pistes de discussion nouvelles et très intéressantes.

Nous aurions aimé discuter de nouveau de la présence des élus dans l'organisation des groupements hospitaliers territoriaux, les GHT, comme du recentrage de l'organisation des soins primaires autour des médecins généralistes, en nous appuyant sur les pôles de santé institués par la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ».

Je voudrais également mentionner la reconnaissance due aux établissements hospitaliers privés, qui exercent actuellement les missions du service public, tout en maintenant les garanties qui s'y attachent pour les patients, au premier rang desquels les tarifs opposables.

Le principal sujet qui aurait mérité que nous poursuivions nos échanges est peut-être le paquet neutre. Le tabac est un fléau sanitaire contre lequel nous ne pouvons absolument pas relâcher nos efforts. Pourquoi, cependant, madame la ministre, vouloir à tout prix aller au-delà de la directive européenne qui harmonise à l'ensemble des États membres la présentation des paquets, tout en assurant la mission de prévention à laquelle, à juste titre, vous tenez tant ? L'application de cette directive européenne, prônée par le Sénat, n'a été écartée qu'avec une majorité de deux voix à l'Assemblée nationale : n'aurait-on pu parvenir à un consensus sur le sujet ?

Il est inutile d'aller plus loin dans cette énumération, tant ces quelques exemples suffisent à exprimer notre déception.

Madame la ministre, en tant que médecin, je sais que, quand une personne est victime d'un grave problème de santé, tout le reste n'est que détail à ses yeux. C'est dire à quel point une grande loi sur la santé était si attendue et si importante. Nous reconnaissons, à ce titre, le travail mené par vous-même et par vos services. Ce sujet n'est ni de droite ni de gauche : il nous concerne tous et aurait mérité un dialogue constructif pour parvenir à un compromis que, tous, nous souhaitons.

C'est pourquoi l'échec de la commission mixte paritaire est une déception, dans un tel contexte. Certains d'entre nous y ont même perçu une forme de mépris, au vu de l'importance du blocage qui nous a été opposé.

Pour exprimer cette amertume, je ne peux que reprendre l'expression que j'ai prononcée en commission des affaires sociales la semaine dernière : si certains ont pensé avoir raison de faire la sourde oreille, notre profonde déception nous obligera à rester muets !

Vous l'aurez compris, madame la ministre, mes chers collègues, le groupe UDI-UC – à regret, j'y insiste – votera en faveur de la question préalable. (Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et du groupe Les Républicains.)

M. le président. La discussion générale est close.

d. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015

Néant

Décision n° 2015 - 723 DC
**Loi de modernisation de notre système de
santé**

Article 99 de la loi Santé (ex 26)

Service public hospitalier

**Loi de modernisation de notre système de
santé**

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté..... | 2 |
| II. Consolidation | 7 |
| III. Travaux parlementaires | 11 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté..... | 2 |
| II. Consolidation | 7 |
| Le code de la santé publique..... | 7 |
| - Article L. 6111-1 | 7 |
| - Article L. 6111-1-1 | 7 |
| - Article L. 6111-1-2 | 7 |
| - Article L. 6111-1-3. Art. L. 6111-1-2-1 | 7 |
| - Article L. 6111-1-4. Art. L. 6111-1-3 | 8 |
| - Article L. 6111-6-1 | 8 |
| - Article L. 6112-1 | 8 |
| - Article L. 6112-2 | 8 |
| - Article L. 6112-3 | 9 |
| - Article L. 6112-4 | 9 |
| - Article L. 6112-5 | 9 |
| - Article L. 6112-6 | 10 |
| - Article L. 6112-7 | 10 |
| - Article L. 6161-5 | 10 |
| III. Travaux parlementaires | 11 |
| A. Première lecture | 11 |
| 1. Assemblée nationale | 11 |
| a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 11 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 11 |
| b. Amendements déposés en commission..... | 15 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 17 mars 2015..... | 19 |
| d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015 | 21 |
| e. Rapport d'information de la délégation de l'Assemblée nationale aux outre-mer sur le projet de loi relatif à la santé n°2302 déposé le 11 février 2015 | 38 |
| f. Amendements en séances..... | 39 |
| g. Discussion en séances publiques..... | 41 |
| h. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture | 50 |
| 2. Sénat..... | 53 |
| a. Projet de loi transmis au Sénat le 15 avril 2015 | 53 |
| b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales | 57 |
| i. Séances publiques | 59 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord) | 64 |
| C. Nouvelle lecture | 64 |
| 1. Assemblée nationale..... | 64 |
| a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015 | 64 |
| b. Amendements adoptés en commission | 68 |
| c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 9h30, compte rendu n°14..... | 69 |
| d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015 | 75 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 83 |
| f. Discussion en séance publique..... | 85 |
| g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale..... | 95 |
| 2. Sénat..... | 99 |
| a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015..... | 99 |
| b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015 | 102 |
| c. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015 | 103 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 99 ~~26~~

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurant, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... (*le reste sans changement*). » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. » ;

2° Après l'article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à ~~L. 6111-1-3~~ L. 6111-1-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 6111-1-1. – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« Art. L. 6111-1-2. – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

« 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

« Art. ~~L. 6111-1-2~~ L. 6111-1-3. – Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Art. ~~L. 6111-1-3~~ L. 6111-1-4. – Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

~~3° et 3° bis (Supprimés)~~

4° 3° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-6-1. – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins aux personnes mentionnées au 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;

B. – Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Service public hospitalier

« Art. L. 6112-1. – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« Art. L. 6112-2. – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

« II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

« III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article ~~L. 1434-11~~ L. 1434-12 ;

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article ~~L. 1434-9~~ L. 1434-10 ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

« 5° Ils développent des actions en matière de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

« 4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

« Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu, si besoin, à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

« Art. L. 6112-4. – I. – Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

« L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article ~~L. 6112-5~~ L. 6112-7.

« II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :

« 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au cours de l'année précédente ;

« 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3. L'établissement concerné ne peut alors présenter de nouvelle demande d'habilitation avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la notification du retrait.

« Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

« Art. ~~L. 6112-4-1~~ L. 6112-5. – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

« Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

« Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

« Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

« Art. ~~L. 6112-4-2~~ L. 6112-6. – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2 ou qu'il y est associé en application de l'article ~~L. 6112-4-1~~ L. 6112-5.

« Art. ~~L. 6112-5~~ L. 6112-7. – Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

C. – L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6161-5. – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

« Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »

(AN1) ~~I bis~~ II. – Au plus tard six mois à compter de la promulgation de la présente loi, les avenants au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus aux articles L. 6112-3 et ~~L. 6112-4~~ L. 6112-5 du code de la santé publique font l'objet d'une négociation entre le directeur de l'agence régionale de santé compétente et les établissements concernés.

~~II et III.~~ (*Supprimés*)

~~IV~~ III. – Les stipulations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique et celles des contrats spécifiques conclus en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, en vertu desquelles des établissements de santé ou d'autres acteurs de santé contractants assurent ou contribuent à assurer, à la date de la publication de la présente loi, une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dudit code, dans la même rédaction, et qui ont fixé, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière des obligations inhérentes à ces missions cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :

1° À la date de promulgation de la présente loi pour les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées et à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, pour les établissements privés habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier en application du même article ;

2° À l'échéance du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou du contrat spécifique conclu en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour tout établissement ne relevant pas du 1° du présent ~~IV~~ III et pour tout autre acteur de santé ayant conclu un contrat spécifique mentionné précédemment ou, en cas d'habilitation de l'établissement à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de son habilitation.

(AN NL) ~~V~~ IV. – Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux établissements mentionnés à l'article 9 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, ces établissements s'assurent de la mise en conformité avec l'article L. 6161-9 du même code des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux qui, à la date de promulgation de la présente loi, pratiquent des honoraires différents. Ces contrats sont réputés bénéficier, pendant ce délai, de l'autorisation mentionnée au même article.

Lorsqu'un praticien refuse la mise en conformité, l'autorisation est retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant avec effet différé au terme d'une période transitoire qui ne peut excéder deux ans à compter de la décision de retrait. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé intervient au terme d'une procédure contradictoire avec le praticien concerné et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire.

~~VI~~ V. – A. – Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique est supprimé au 1^{er} janvier 2017.

B – À la même date, les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du même article L. 6112-3.

II. Consolidation

Le code de la santé publique

Partie législative

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre Ier : Organisation des activités des établissements de santé

- Article L. 6111-1

Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. **Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.**

Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement **Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement** relevant du code de l'action sociale et des familles.

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

- Article L. 6111-1-1

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

- Article L. 6111-1-2

Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

- 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
- 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
- 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;
- 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

- Article L. 6111-1-3. ~~Art. L. 6111-1-2-1~~

Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire.

- Article L. 6111-1-4. Art. L. 6111-1-3

Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2.

- Article L. 6111-6-1

L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins aux personnes mentionnées au 4° de l'article L. 6111-1-2.

Chapitre II : Service public hospitalier

- Article L. 6112-1

Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

- Article L. 6112-2

I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;

2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

1° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 L. 1434-12 ;

2° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article L. 1434-9 L. 1434-10

ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

5° Ils développent des actions en matière de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

- Article L. 6112-3

Le service public hospitalier est assuré par :

1° Les établissements publics de santé ;

2° Les hôpitaux des armées ;

3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu, si besoin, à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

- Article L. 6112-4

I. – Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5 L. 6112-7.

II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :

1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au cours de l'année précédente ;

2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3. L'établissement concerné ne peut alors présenter de nouvelle demande d'habilitation avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la notification du retrait.

Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

- Article L. 6112-5

Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

- Article L. 6112-6

Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2 ou qu'il y est associé en application de l'article L. 6112-4-1 L. 6112-5.

- Article L. 6112-7

Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Titre VI : Etablissements de santé privés

- Article L. 6161-5

~~Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :~~

~~1° Les centres de lutte contre le cancer ;~~

~~2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé.~~

~~Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1° et 2° de [l'article L. 6112-3](#) sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions.~~

~~Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux [articles L. 162-20](#) et [L. 162-26](#) du code de la sécurité sociale.~~

~~Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.~~

Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Article 26

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les établissements de santé, publics et privés, assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec hébergement... (*le reste sans changement*) » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « politique de santé publique » sont remplacés par les mots : « politique de santé » ;

d) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent participer à la formation, à la recherche et à l'innovation en santé. » ;

2° Après l'article L. 6111-1, il est inséré trois articles L. 6111-1-1, L. 6111-1-2 et L. 6111-1-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6111-1-1.* – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé peuvent mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« *Art. L. 6111-1-2.* – Les établissements de santé peuvent être appelés dans des conditions définies par voie réglementaire à dispenser des soins :

« 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à tout patient concerné les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

« *Art. L. 6111-1-3.* – Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

3° L'article L. 6111-7 devient l'article L. 6111-8 ;

4° Il est rétabli un article L. 6111-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-7.* – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins au titre du 4° de l'article L. 6111-1-2. »

B. – Le chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chapitre II

« Service public hospitalier

« Art. L. 6112-1. – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« Art. L. 6112-2. – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui y exercent garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque cette personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé dans les conditions prévues par le présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Ces garanties sont appliquées à l'ensemble des prestations dispensées au patient, y compris lorsque ce dernier est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou une autre structure pour des actes médicaux.

« II. – Les établissements de santé du service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé à leur gouvernance ;

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente les données de leur compte d'exploitation.

« III. – Ces établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

« 1° Ils participent à la mise en œuvre du service territorial de santé défini à l'article L. 1434-11 ;

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé, en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées à l'article L. 1434-12 ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé, des actions de coopérations entre établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de soins et recherchent avec l'agence les évolutions et coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé couverts par ces activités.

« Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Les établissements de santé privés sont habilités s'ils s'engagent à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2 et si leur activité est nécessaire pour assurer le service public hospitalier au regard des besoins de la population et de la situation de l'offre hospitalière relevant du service public hospitalier.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est révisé pour préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif sur le fondement de l'article L. 6161-5 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° du sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part ou refus motivé du directeur général de l'agence régionale de santé tenant au non-respect des règles du même article L. 6161-5. Cette habilitation donne lieu à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« Art. L. 6112-4. – Lorsqu’il est constaté un manquement aux règles et principes applicables au service public hospitalier par un établissement habilité à assurer le service public hospitalier sur le fondement du 3° de l’article L. 6112-3, le directeur général de l’agence régionale de santé le notifie à l’établissement et lui demande de faire connaître, dans un délai fixé par voie réglementaire, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées.

« Ces observations et propositions font l’objet d’une procédure contradictoire entre l’agence régionale de santé et l’établissement.

« En l’absence de réponse de l’établissement dans les délais fixés ou si la réponse apportée est insuffisante, le directeur général de l’agence régionale de santé peut retirer l’habilitation.

« En cas de retrait de l’habilitation, le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens de l’établissement est révisé pour tirer les conséquences de la mesure.

« Art. L. 6112-5. – Les modalités d’application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d’examen des demandes d’habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d’État. »

C. – 1° À l’article L. 1121-16-1, les mots : « assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l’article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « assurant le service public hospitalier » ;

2° Au 12° de l’article L. 1123-14, les mots : « un établissement public de santé, un établissement de santé privé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l’article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « un établissement de santé assurant le service public hospitalier » ;

3° À l’article L. 1435-5-2, les mots : « d’intérêt collectif mentionné au 2° de l’article L. 6161-5 » sont remplacés par les mots : « habilité à assurer le service public hospitalier » ;

4° À l’article L. 1435-8, les mots : « mentionnée au 1° de l’article L. 6112-2 » sont supprimés ;

5° À l’article L. 2131-1, les mots : « d’intérêt collectif » sont remplacés par les mots : « à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier » ;

6° À l’article L. 2212-8, les mots : « mentionné au 2° de l’article L. 6161-5 » sont remplacés par les mots : « privé habilité à assurer le service public hospitalier » ;

7° À l’article L. 4221-10, les mots : « une ou plusieurs des missions de service public définies à l’article L. 6112-1 » sont supprimés ;

8° À l’article L. 4381-1, les mots : « mission de service public relative à la » sont supprimés ;

9° À l’article L. 5126-2, les mots : « public de santé ou un établissement de santé privé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l’article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « assurant le service public hospitalier » ;

10° À l’article L. 5126-9, au premier alinéa, les mots : « de service public définie au 12° de l’article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « définie au 2° de l’article L. 6111-1-2 » et, au second alinéa, les mots : « les missions de service public mentionnées à l’article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « le service public hospitalier. » ;

11° À l’article L. 6114-1, les mots : « Lorsqu’il comporte des clauses relatives à l’exécution d’une mission de service public, » sont remplacés par les mots : « Lorsque l’établissement assure le service public hospitalier, » ;

12° Au cinquième alinéa de l’article L. 6114-2, les mots : « les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l’article L. 6112-2 ainsi que ceux » sont remplacés par les mots : « les termes de l’habilitation à assurer le service public hospitalier prévue au cinquième alinéa de l’article L. 6112-3, ou les engagements pris par l’établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier prévues au sixième alinéa de l’article L. 6112-3, ou les conditions relatives au respect des obligations énoncées au I de l’article L. 6112-2 prévues au deuxième alinéa de l’article L. 6122-7, ainsi que les éléments » ;

13° Au sixième alinéa de l’article L. 6114-2, les mots : « l’attribution d’une mission de service public » sont remplacés par les mots : « de la décision d’habilitation à assurer le service public hospitalier » et les mots : « et les obligations relatives aux missions de service public qu’elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière » sont remplacés par : « et, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée la compensation financière liée aux obligations de service public hospitalier » ;

14° Le deuxième alinéa de l’article L. 6122-7 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Elle peut également être subordonnée à la condition d’être habilité à assurer le service public hospitalier ou à la condition d’exercer l’activité de soins ou d’utiliser l’équipement matériel lourd en respectant les obligations énoncées au I de l’article L. 6112-2 ainsi qu’à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs

actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins. » ;

15° À l'article L. 6141-7-3, la référence : « L. 6112-1 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

16° À l'article L. 6143-6, les mots : « l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2. » sont remplacés par les mots : « le service public hospitalier. » ;

17° À l'article L. 6146-2, les mots : « de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement » sont supprimés ;

18° Au 2° de l'article L. 6147-2, les mots : « des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dans les conditions prévues à l'article L. 6112-3 » sont remplacés par les mots : « du service public hospitalier » ;

19° À l'article L. 6147-7, les mots : « peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « assurent le service public hospitalier. » ;

20° À l'article L. 6154-1, les mots : « Dès lors que l'exercice des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dans les conditions prévues à l'article L. 6112-3 » sont remplacés par les mots : « Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier » ;

21° À l'article L. 6154-2, le dernier alinéa est complété par les mots : « , qui peuvent, le cas échéant, déroger aux dispositions du 4° du I de l'article L. 6112-2 » ;

22° À l'article L. 6155-1, les mots : « d'intérêt collectif » sont remplacés par les mots : « à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier défini par les articles L. 6112-1 à L. 6112-6 » ;

23° L'article L. 6161-5 est abrogé ;

24° L'article L. 6161-8 est abrogé ;

25° À l'article L. 6161-9, au premier alinéa, les mots : « de ses missions de service public et de ses activités de soins » sont remplacés par les mots : « des missions mentionnées à l'article L. 6111-1 qu'il exerce » et, au deuxième alinéa, les mots : « de service public » sont supprimés ;

26° À l'article L. 6162-8, les mots : « d'intérêt collectif » sont remplacés par les mots : « à but non lucratif habilité à assurer le service public hospitalier » ;

27° À l'article L. 6213-2, après les mots : « établissement de santé privé d'intérêt collectif », sont insérés les mots : « régi par les dispositions de l'article L. 6161-5 avant l'entrée en vigueur de la loi n° du relative à la santé ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 162-22-13, la référence : « L. 6112-1 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

2° À l'article L. 162-12-15, les mots : « une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, » sont remplacés par les mots : « le service public hospitalier » et les mots : « publics ou privés participant au secteur public hospitalier » sont remplacés par les mots : « assurant le service public hospitalier » ;

3° Au 1° de l'article L. 162-22-19, les mots : « de service public » sont supprimés ;

4° À l'article L. 381-30-5, les mots : « du 12° de l'article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « du 2° de l'article L. 6111-1-2 » ;

5° À l'article L. 174-20, les mots : « ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 » sont supprimés.

III. – À l'article L. 229-5-1 du code de l'environnement, les mots : « publics, privés et privés d'intérêt collectif mentionnés à l'article L. 6111-1 » sont supprimés.

IV. – Les stipulations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique et celles des contrats spécifiques conclus sur le fondement des dispositions du neuvième alinéa de l'article L. 6111-2 du même code dans leur rédaction antérieure à la date de publication de la présente loi, en vertu desquelles des établissements de santé ou d'autres acteurs de santé contractants assurent ou contribuent à assurer, à la date de la publication de la présente loi, une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du même code dans la même rédaction, et qui ont fixé, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière des obligations inhérentes à ces missions, cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :

1° À la date de promulgation de la loi pour les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées et à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, pour les établissements privés habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier en vertu du même article ;

2° À l'échéance du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou du contrat spécifique conclu sur le fondement des dispositions du neuvième alinéa de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la date de publication de la présente loi, pour tout établissement ne relevant pas du 1° et tout autre acteur de santé ayant conclu un contrat spécifique mentionné précédemment, ou en cas d'habilitation de l'établissement à assurer le service public hospitalier sur le fondement de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de son habilitation.

b. Amendements déposés en commission

Amendement n°AS977 présenté par le Gouvernement :

Rédiger ainsi cet article :

« I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

« a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

« b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec hébergement... *(le reste sans changement)* » ;

« c) Au quatrième alinéa, les mots : « politique de santé publique » sont remplacés par les mots : « politique de santé » ;

« d) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« « Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu, à la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical » ;

« 2° Après l'article L. 6111-1, il est inséré trois articles L. 6111-1-1, L. 6111-1-2 et L. 6111-1-3 ainsi rédigés :
« *Art. L. 6111-1-1.* – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé peuvent mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« *Art. L. 6111-1-2.* – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

« 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

« *Art. L. 6111-1-3.* – Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

3° Après l'article L. 6111-6 est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-6-1.* – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins au titre du 4° de l'article L. 6111-1-2. »

« B. – Le chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Chapitre II*

« *Service public hospitalier*

« Art. L. 6112-1. – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« Art. L. 6112-2. – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque cette personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues par le présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou une autre structure pour des actes médicaux.

« II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la représentation des usagers du système de santé, avec voix consultative, dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. »

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

« III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 ; » ;

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé, en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées à l'article L. 1434-12 ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé, et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopérations avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités.

« Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

« 4° Les autres établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier.

« Les établissements de santé privés mentionnés au 3° et au 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, après avis favorable conforme de la

conférence médicale d'établissement et dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés au 3° et 4°, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. »

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° du sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements, après l'habilitation, relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

« *Art. L. 6112-4. – I. –* Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

« L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-7.

« II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé, peuvent prononcer :

« - une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente ;

« - le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3.

« Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

« *Art. L. 6112-5. –* Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 3° et au 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

« Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 et notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« L'établissement associé au service public hospitalier s'assure par tout moyen que les patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

« Lorsque ces conditions ne sont pas respectées, l'autorisation susmentionnée et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13.

« Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions dans lesquelles s'appliquent ces dispositions et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

« *Art. L. 6112-6. –* Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du Livre Ier de la sixième partie du présent code, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

« *Art. L. 6112-7. –* Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

« C. L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5. –* Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 et qui poursuivent un but non lucratif.

« Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »

« D. Au plus tard 6 mois après la date de promulgation de la présente loi, les avenants au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus aux articles L. 6112-3 et L. 6112-5 font l'objet d'une négociation entre le directeur de l'agence régionale de santé compétente et les établissements concernés. »

« II. – Les stipulations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique et celles des contrats spécifiques conclus en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code dans leur rédaction antérieure à la date de publication de la présente loi, en vertu desquelles des établissements de santé ou d'autres acteurs de santé contractants assurent ou contribuent à assurer, à la date de la publication de la présente loi, une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du même code dans la même rédaction, et qui ont fixé, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière des obligations inhérentes à ces missions, cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :

« 1° À la date de promulgation de la loi pour les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées et à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, pour les établissements privés habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier en vertu du même article ;

« 2° À l'échéance du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou du contrat spécifique conclu en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la date de publication de la présente loi, pour tout établissement ne relevant pas du 1° et tout autre acteur de santé ayant conclu un contrat spécifique mentionné précédemment, ou en cas d'habilitation de l'établissement à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de son habilitation. »

Exposé :

Fruit d'une intense concertation, le présent amendement vise tout d'abord à mieux prendre en compte, dans le respect de la réintroduction du service public hospitalier dans le code de la santé publique, les spécificités des établissements privés à but lucratif ainsi que les professionnels libéraux qui y exercent. Il vise également à reconnaître la place spécifique des établissements privés d'intérêt collectif.

D'abord, le rôle majeur des conférences médicales d'établissement dans le processus d'habilitation des cliniques au service public est affirmé. L'objectif n'a jamais été d'établir un quelconque lien entre les cliniques et les médecins libéraux qui y exercent.

L'amendement précise ensuite qu'il n'existe aucun lien entre cette mesure et le droit des autorisations. Ceci est donc réaffirmé très clairement pour lever toute ambiguïté sur cette question. La délivrance d'une autorisation ne se fera pas à l'aune de l'appartenance ou non au service public hospitalier.

L'amendement prévoit également que l'ensemble des cliniques disposant d'une activité d'urgences puissent être associées au service public hospitalier, pour et uniquement pour cette activité spécifique.

Enfin, l'amendement réintroduit la notion d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), qui était supprimée par l'article 26 dans sa rédaction actuelle.

Il paraît en effet utile de la maintenir afin de conserver une notion que nos concitoyens ont appris à connaître et qui témoigne d'engagements anciens en leur faveur.

Les mesures de mise à jour des dispositions du code sont par ailleurs renvoyées à une adoption par ordonnance.

Sous-amendement n°AS1695 présenté par Mme Laclais, rapporteure à l'amendement n° AS/977 du Gouvernement :

Au huitième alinéa, après le mot :

« avec »

insérer les mots :

« ou sans ».

Exposé :

En miroir avec la visibilité accrue apportée par le projet de loi de santé aux soins palliatifs, obtenue par le basculement de cette activité des missions de service public, supprimées par la réintroduction du service public hospitalier, dans les missions de l'ensemble des établissements de santé, le présent amendement vise à mieux mettre en lumière l'attachement du législateur au développement des soins sous forme ambulatoire ou à domicile, en substitution à l'hospitalisation avec hébergement.

Cet amendement permet ainsi de mieux valoriser dans notre droit les prises en charge alternative à l'hospitalisation classique, et ainsi d'accompagner l'effort de transformation mené en vue d'une plus grande intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

Sous-amendement n°AS1697 présenté par Mme Laclais, à l'amendement n°AS/977 du Gouvernement :

Au treizième alinéa, substituer au mot :

« peuvent mettre »

les mots :

« mettent ».

Exposé :

La rédaction proposée vise à rétablir la rédaction actuelle du code de la santé publique. Il est nécessaire de préserver le principe d'un maillage territorial suffisant des PASS.

Sous-amendement n°AS1696 présenté par Mme Laclais à l'amendement n°AS/977 du Gouvernement :

Compléter le quarante-et-unième alinéa par les mots :

« , les centres de santé et les maisons de santé. »

Exposé :

Les actions des établissements de santé doivent également pouvoir être coordonnées avec les structures telles que les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3.

Les pôles, étant abrogés par l'article 12Bis qui crée les communautés professionnelles territoriales de santé, ne sont donc pas mentionnés ici.

Cet amendement permet de s'assurer que la notion de parcours de soins soit bien envisagée sous l'angle d'actions sanitaires complémentaires et non exclusives.

Sous-amendement n°AS1738 présenté par Mme Laclais, à l'amendement n°AS/977 du Gouvernement :

À la deuxième phrase de l'alinéa 51, après le mot :

« préciser »

insérer les mots :

« , si besoin, ».

Exposé :

Il est proposé de prévoir que l'avenant au CPOM de l'établissement habilité de plein droit intervient « si besoin » pour des engagements nouveaux.

c. Examen du texte au cours de la réunion du 17 mars 2015

Article 26 (art. L. 229-5-1 du code de l'environnement, art. L. 1121-16-1, L. 1123814, L. 1435-5-2, L. 1435-8, L. 2131-1, L. 2212-8, L. 4221-10, L. 4381-1, L. 5126-2, L. 5126-9, L. 6111-1, L. 6111-1-1 [nouveau], L. 6111-1-2 [nouveau], L. 6111-1-3 [nouveau], L. 6111-7, L. 6111-8 [nouveau], L. 6112-1, L. 6112-2, L. 6112-3, L. 6112-4, L. 6112-5, L. 6114-1, L. 6114-2, L. 6122-7, L. 6141-7-3, L. 6143-6, L. 6146-2, L. 6147-2, L. 6147-7, L. 6154-1, L. 6154-2, L. 6155-1, L. 6161-5, L. 6161-8, L. 6161-9, L. 6162-8 et L. 6213-2 du code de la santé publique et art. L. 162-22-13, L. 162-12-15, L. 162-22-19, L. 174-20 et L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale) : *Refondation du service public hospitalier*

La Commission examine l'amendement AS448 de M. Jean-Pierre Door tendant à supprimer l'article.

M. Jean-Pierre Door. Le Gouvernement a prévu depuis quelques jours de nous présenter une nouvelle rédaction de l'article 26 qui définit le service public hospitalier. De ce fait, l'amendement de suppression AS448 devient superfluet. Nous attendons de connaître la présentation par Mme la ministre de l'amendement AS977. Nous pourrions alors éventuellement défendre nos sous-amendements.

C'est la méthode que nous avons suivie pour l'examen de l'article 12 : je vous propose de la reprendre pour celui de l'article 26.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement de suppression AS448.

Puis elle examine l'amendement AS977 du Gouvernement.

Cet amendement fait l'objet des sous-amendements AS1695 et AS1697 de la rapporteure, AS1748 de M. Jean-Pierre Door, AS1760 de M. Élie Aboud et AS1734 de M. Arnaud Richard, ainsi que des sous-amendements AS1696 et AS1738 de la rapporteure.

Les sous-amendements AS1748 et AS1760 sont identiques.

Mme la ministre. L'amendement AS977 vise à récrire l'article 26. Toutefois, l'ambition qu'a cet article de réinscrire dans la loi le service public hospitalier, qui avait disparu de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), reste intacte.

Il crée également une habilitation au service public hospitalier ouverte à l'ensemble des établissements de santé, y compris du secteur privé.

Notre volonté, je le dis très clairement, est de rompre avec la logique de la loi HPST, qui avait découpé le service public hospitalier en quatorze missions comme en autant de rondelles. Le texte vise à refonder le service public hospitalier comme un tout cohérent autour d'un bloc d'obligations concrètes qui doivent être assumées globalement dans l'intérêt de nos concitoyens. Parmi ces obligations figurent la permanence de l'accueil, l'égalité d'accès aux soins, la non-discrimination entre les pathologies et l'accessibilité financière.

À la suite de la concertation engagée, l'amendement prend en compte plusieurs évolutions.

C'est ainsi qu'il précise de manière explicite la règle selon laquelle il n'existe aucun lien entre l'appartenance ou la non-appartenance au service public hospitalier et la délivrance des autorisations de soins ou d'activités. Les réorganisations d'établissements et les autorisations de soins, de plateaux techniques ou de matériels ne dépendent pas de l'appartenance au service public hospitalier.

Le texte confère également un rôle majeur aux conférences médicales d'établissement dans le processus d'habilitation des cliniques privées au service public. Dès lors qu'une clinique privée souhaitera être habilitée au service public, il lui faudra avoir préalablement obtenu un avis favorable de la communauté médicale de l'établissement pour engager la démarche. Cette mesure permet de renforcer la place de la communauté médicale au sein de l'établissement privé.

L'amendement crée par ailleurs un régime d'association au service public hospitalier pour les établissements de santé privés disposant d'une autorisation d'exercice de l'activité d'urgences. En effet la prise en charge des patients en situation d'urgence se fait conformément aux obligations du service public hospitalier, s'agissant notamment du non-dépassement des honoraires, à savoir dans les conditions du service public hospitalier.

L'amendement explicite aussi que les missions de formation, d'enseignement universitaire et postuniversitaire, de recherche et d'innovation en santé sont ouvertes de la même façon que les activités à l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

Il réintroduit enfin la notion d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), qui était supprimée dans la rédaction actuelle de l'article 26 : leur habilitation au service public hospitalier est assurée dès lors qu'ils respectent les obligations du bloc que constitue de nouveau le service public hospitalier.

Ce n'est pas parce que la loi reconnaît la spécificité du service public hospitalier et qu'elle consacre un bloc d'obligations qui y est lié qu'elle nie l'existence et la contribution des établissements privés au système de santé.

Ne confondons pas le débat sur les statuts des établissements avec le débat financier sur les tarifs hospitaliers qui peuvent être accordés aux uns et aux autres.

M. Élie Aboud. Je reconnais les avancées réalisées dans la nouvelle rédaction de cet article, grâce notamment au dialogue récemment renoué avec les responsables de l'hospitalisation privée.

Entre 20 % et 30 % des établissements privés disposent d'un service d'urgences. Que prévoit l'accord pour ceux qui ne disposent pas d'un service d'urgences *stricto sensu* ?

Mme la ministre. La règle est que, pour être habilité au service public hospitalier, il faut respecter l'ensemble de ses obligations, y compris le non-dépassement d'honoraires.

Les services d'urgences seuls, indépendamment du reste de l'établissement, peuvent être associés au service public hospitalier puisque dans le cadre des activités d'urgences, ils sont obligés de respecter la règle du non-dépassement des honoraires.

Il existe donc deux statuts différents pour les établissements privés : l'habilitation et l'association, l'un concernant l'ensemble de l'établissement et l'autre uniquement les services d'urgences.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1695 vise à mieux valoriser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation classique.

La Commission adopte le sous-amendement AS1695

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1697 vise à rétablir la rédaction actuelle du code de la santé publique. Il est nécessaire de préserver le principe d'un maillage territorial suffisant des permanences d'accès aux soins de santé.

La Commission adopte le sous-amendement AS1697.

M. Jean-Pierre Door. On reconnaît, avec l'article 26, votre volonté de réduire à néant la loi HPST pour fonder un nouveau service public hospitalier pour lequel vous faites preuve, si je puis dire, d'hospitalocentrisme.

Les avancées réalisées, que j'ai déjà évoquées, l'ont été sous la contrainte des derniers jours : aussi devons-nous étudier en détail la nouvelle rédaction de l'article.

Nous sommes pour le maintien des 1 000 établissements privés dont les Français valident la présence à côté des établissements publics. Nous regrettons que ces établissements privés soient placés sous la coupe des conférences médicales d'établissement.

Vous vous en prenez aux dépassements d'honoraires dans les cliniques privées où, il est vrai, nombreux sont les praticiens qui appartiennent au secteur II. Pourquoi les autorisez-vous toujours dans le secteur public ? Ce faisant, le texte organise le « deux poids deux mesures ».

C'est pourquoi le sous-amendement AS1748 vise à supprimer les alinéas 25 à 64.

M. Élie Aboud. Le sous-amendement AS1760 est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable à ces sous-amendements dans la mesure où ils proposent de supprimer des alinéas importants de la nouvelle rédaction de l'article 26, qui est le fruit de la concertation.

Les sous-amendements identiques ne sont pas adoptés.

M. Arnaud Richard. Les nouvelles dispositions prévues dans l'article 26 excluent du service public hospitalier les établissements pratiquant les dépassements d'honoraires, ce qui revient à exclure *de facto* du service public les cliniques privées au sein desquelles le droit garantit aux médecins la fixation libre de leurs honoraires.

Le sous-amendement AS1734 vise à supprimer cette condition du bloc d'obligations fondamental afin de permettre aux établissements, quelle que soit leur nature juridique, de participer au service public hospitalier.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette le sous-amendement AS1734.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1696 vise à compléter l'alinéa 41.

La Commission adopte le sous-amendement AS1696.

Puis elle adopte le sous-amendement de précision AS1738.

Elle adopte ensuite l'amendement AS977 ainsi sous-amendé.

En conséquence l'article 26 est ainsi rédigé et tous les autres amendements déposés sur l'article 26 tombent.

d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015

Article 26

(art. L. 229-5-1 du code de l'environnement, art. L. 1121-16-1, L. 1123-14, L. 1435-5-2, L. 1435-8, L. 2131-1, L. 2212-8, L. 4221-10, L. 4381-1, L. 5126-2, L. 5126-9, L. 6111-1, L. 6111-1-1 [nouveau], L. 6111-1-2 [nouveau], L. 6111-1-3 [nouveau], L. 6111-7, L. 6111-8 [nouveau], L. 6112-1, L. 6112-2, L. 6112-3, L. 6112-4, L. 6112-5, L. 6114-1, L. 6114-2, L. 6122-7, L. 6141-7-3, L. 6143-6, L. 6146-2, L. 6147-2, L. 6147-7, L. 6154-1, L. 6154-2, L. 6155-1, L. 6161-5, L. 6161-8, L. 6161-9, L. 6162-8 et L. 6213-2 du code de la santé

publique et L. 162-22-13, L. 162-12-15, L. 162-22-19, L. 174-20 et L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale)
Refondation du service public hospitalier

Dans la continuité du pacte de confiance à l'hôpital (*M. Édouard Couty, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », rapport de synthèse, mars 2013.*), Cet article propose de refonder un service public hospitalier répondant aux attentes des citoyens en matière d'accès à la santé.

I. VERS UNE REFONDATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

A. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, UNE DIMENSION ORGANIQUE

Ainsi que le rappelle le rapport remis par M. Couty, la notion de service public renvoie, en droit administratif, aux activités d'intérêt général gérées par une personne publique ou sous son contrôle et gouvernées par des procédés exorbitants du droit commun. La gestion du service public peut être assurée par la régie, la concession (délégation de service public) ou par un établissement public.

La loi du 31 décembre 1970 (*Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.*) a défini les bases d'un grand service public hospitalier (SPH), inscrit dans la tradition française de service public, assuré non seulement par les établissements d'hospitalisation publics, mais aussi par les établissements de soins privés sous réserve de certaines conditions.

Le service public hospitalier couvrait ainsi les activités de soins, la prévention, l'enseignement, la recherche.

Les établissements privés à but non lucratif sont admis à participer au service public, sur leur demande et sont identifiés en tant qu'établissement participant au service public hospitalier (PSPH). Les établissements privés à but lucratif peuvent participer au service public et concluent à cet effet un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

B. L'APPROCHE MATÉRIELLE DU SERVICE PUBLIC RETENUE DANS LA LOI « HPST »

La loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) (*Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*) a supprimé la notion de service public hospitalier en définition une approche matérielle résumée au travers de quatorze missions précisées à l'article L. 6112-1.

Les 14 missions de service public prévues par l'article L. 6112-1 du code de la santé publique

« Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. »

Dans le cadre des travaux parlementaires portant sur la loi HPST, ce changement de portage était notamment présenté comme la volonté d'assurer une meilleure répartition territoriale des missions de service public, étant constaté que « sur certains territoires aucun établissement n'assure les missions de service tandis que dans d'autres, l'exercice de ces missions est parfois redondant » (*M. Jean-Marie Rolland, Rapport fait au nom de la*

commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, Tome I, n° 1441, treizième législature, session ordinaire 2008-2009, 5 février 2009.¹⁾

Présenté comme une liste recoupant les missions déjà prévues, le dispositif laisse toutefois de côté une grande partie des activités de soins assurées par les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Les missions de service public visent à mettre en exergue certaines activités spécifiques, par essence de service public. Cette approche laisse paradoxalement sans qualification l'activité de soins, l'article L. 6112-1 du code de la santé publique ne faisant effectivement pas référence à l'activité « cœur de métier » de tout établissement de santé, c'est-à-dire la prise en charge sanitaire des patients.

● Pour l'accomplissement des missions de service public, l'article L. 6112-2 du code de la santé publique précise la liste des acteurs.

Les établissements de santé sont tout d'abord cités sans que le code n'établisse plus de distinction entre établissements publics et établissements privés. Les établissements concernés sont ainsi :

– les établissements de santé publics ;

– les établissements de santé privés ;

– les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) qui correspondent à l'ancienne catégorie des hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) et aux centres de lutte contre le cancer. La catégorie des ESPIC avait été introduite par les parlementaires lors de la discussion de la loi HPST qui, en supprimant la notion de service public hospitalier, avait fait disparaître le statut de PSPH des établissements de santé privés à but non lucratif. Le projet de loi ne reconnaissait alors plus que deux catégories d'établissements : public et privé. Cette distinction binaire méconnaissait le rôle particulier par le secteur privé non lucratif, appelé à participer au service public hospitalier. Les établissements issus du régime antérieur des PSPH sont ainsi devenus des ESPIC sous réserve de la demande établie auprès de l'agence régionale de santé (ARS) conformément à l'article L. 6161-5 *(Cette catégorie était initialement provisoire et devait disparaître en principe avec l'aboutissement du processus de convergence tarifaire alignant les modes de financement des établissements de santé publics et privés. Ce processus a toutefois été supprimé par l'article 59 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.)*

● Les missions de service public peuvent être assurées dans les mêmes conditions par l'ensemble des établissements de santé quel que soit leur statut. Les missions de service public peuvent être assurées « à la carte » en fonction des besoins d'accès aux soins identifiés et dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de santé ou d'un contrat spécifique.

Outre les établissements de santé, peuvent notamment être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins les centres, maisons et pôles de santé, l'Institution nationale des invalides, le service de santé des armées, les groupements de coopération sanitaire.

En cas de carence sur un territoire de santé, compétence est donnée au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'imposer, lorsque cela est nécessaire, une mission de service public à l'un de ces acteurs, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public ainsi que, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations :

– le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu entre les agences régionales de la santé et les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire ainsi que les titulaires d'une autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;

– le contrat spécifique s'applique aux personnes physiques ou morales qui ne sont pas soumises à l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au titre de l'article L. 6114-1.

● L'article L. 6112-3 du code de la santé publique précise les garanties qui sont accordées aux patients des personnes morales ou physiques qui assurent une ou plusieurs missions de service public :

– l'égal accès à des soins de qualité ;

– la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

– la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire « les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ».

L'article L. 6112-3-1 précise enfin les garanties que doivent apporter tous les établissements publics de santé, y compris en dehors du cadre des missions de service public : l'égalité d'accès à des soins de qualité et la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution.

Telles sont les dispositions applicables aux établissements de santé.

Ces principes posés occultent toutefois une différence essentielle ainsi que le rappelle le rapport Couty. Les missions de service public s'imposent au secteur lucratif qui, à la différence du secteur non lucratif, n'a pas le choix des missions du SPH et ne peut choisir ses missions à la carte.

C. LA NÉCESSAIRE REFONDATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le rapport Couty propose de renouer avec la tradition française du service public par le biais d'un rétablissement d'un bloc de compétences plutôt qu'une liste énumérative et incomplète des missions de service public.

Si l'énumération des missions de service public permet d'identifier les missions principales de service public, elle ne constitue pas une liste exhaustive des obligations qui s'imposent *de facto* au secteur non lucratif. Toujours selon le rapport Couty, 80 % des missions des activités de soins actuellement assumées par les établissements de santé ne sont pas incluses dans le champ de l'article L. 6112-1.

À cet effet, la réaffirmation du SPH doit pouvoir s'articuler autour de notions de bases telles que les activités de soins, quels qu'ils soient, de recherche et d'enseignement. Cette réaffirmation n'exclut pas de pouvoir reconnaître la participation du secteur privé lucratif au SPH en cas de carence dans la mesure où il offre des garanties identiques au secteur public.

Pour être effectif, le service public doit s'appuyer sur les principes fondateurs du service public :

- l'égalité d'accès aux soins qui se manifeste par la non-discrimination que les soins soient ou non programmés, l'accessibilité géographique ou financière ;
- le principe de mutabilité dans une approche privilégiant l'adaptation continue de l'offre aux besoins et dont une des déclinaisons est la prise en compte des besoins exprimés par les usagers à travers leur participation à la gouvernance du SPH ;
- le principe de continuité qui se traduit par la garantie d'un accès permanent ou régulier à l'offre de soins.

Enfin, on rappellera le rapport de Mme Bernadette Devictor précisant qu'il y a un « réel enjeu dans la définition des obligations de service public et de ce qui les distingue des obligations qui s'imposent à tous les acteurs de santé » (Mme Bernadette Devictor, « Le service public territorial de santé (STSP), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », *Rapport, mars 2014*).

Le I modifie le code de la santé publique afin de réaffirmer les missions des établissements de santé ainsi que les principes du service public hospitalier, son champ d'application et les garanties que sa mise en œuvre implique.

II. LES MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le A modifie le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique.

A. DES MISSIONS RENFORCÉES

Son 1^o modifie l'article L. 6111-1 dont le dispositif précise les missions que doivent accomplir les établissements de santé.

Le a) modifie la rédaction globale du premier alinéa et apporte deux modifications principales.

La rédaction actuelle tend à préciser le champ des établissements qu'ils soient publics, privés ou d'intérêt collectif. La nouvelle rédaction ne distingue plus que les établissements publics et privés.

Les missions exercées par les établissements de santé consisteront toujours à assurer le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Le premier alinéa est toutefois complété puisqu'échoient aux établissements des missions tenant à la prévention et l'éducation à la santé. Cette modification tend à rétablir, sous une forme plus adaptée aux enjeux contemporains, la rédaction antérieure à la loi HPST. L'article L. 6111-1 précisait alors que les établissements participaient à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. La rédaction proposée par le présent article conforte le rôle des établissements en leur accordant un rôle moteur. Ceci correspond à la réalité de la pratique, les différents établissements de santé intégrant *de facto* des actions d'éducation à la santé et de prévention, plus ou moins présentes selon les activités et le type de patients accueillis.

Le b) modifie le début du deuxième alinéa qui précise les différents modes de délivrance de soins par les établissements de santé. Il s'agit d'une délivrance, sous forme ambulatoire ou à domicile, ce dernier couvrant tant le lieu de résidence que l'établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Il est désormais précisé que la délivrance des soins pourra inclure les soins palliatifs.

On rappellera, qu'au terme de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, les soins palliatifs sont « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Le c) modifie le quatrième alinéa relatif à la participation des établissements à la politique de santé publique et aux dispositifs de vigilance relatif à la sécurité sanitaire. La notion de « santé publique » est désormais remplacée par celle de « santé » par coordination avec l'article premier du projet de loi.

Enfin le d) complète le dispositif en précisant que les établissements de santé peuvent participer à la formation, la recherche et à l'innovation en santé.

B. LA PRISE EN COMPTE DES PATIENTS FRAGILES

Le 2° insère trois nouveaux articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 au sein du code de la santé publique.

1. Les patients en situation de précarité

L'article L. 6111-1-1 met en place, au sein des établissements de santé, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour les personnes en situation de précarité. Il reprend, en l'adaptant, la rédaction de l'actuel article L. 6112-6 faisant l'objet d'une abrogation en application du B du présent article.

Dans le droit actuel, la permanence d'accès aux soins de santé est mise en œuvre dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies dont l'article L. 1434-2 précise qu'ils sont partie intégrante du projet régional de santé (PRS). L'article 38 du présent projet de loi procède à la réécriture des dispositions relatives au projet régional de santé rendant caduc le renvoi aux dispositions de l'article L. 1432-2. En conséquence, L'article L. 6111-1-1 insère d'emblée les PASS dans le cadre du PRS.

Les PASS sont actuellement mises en place par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1. Dans la rédaction prévue par le projet de loi, la mise en place des PASS ressortit à l'ensemble des établissements de santé, y compris les établissements privés qui ne participeraient pas au SPH.

Les PASS ont bénéficié d'une politique active de soutien récemment avec la publication d'une circulaire (Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).) rappelant leurs missions et les conditions de leur exercice et l'extension des PASS à vocation régionale sur l'ensemble du territoire en 2014. Il existe environ 430 PASS aujourd'hui – hors PASS à vocation régionale. Leur mise en place ouvre droit à un financement au titre des missions d'intérêt général.

Le reste de la rédaction demeure inchangé. Il est précisé que les PASS comprennent des permanences d'orthogénie. Il est également prévu que des conventions sont conclues entre les établissements de santé et l'État envisageant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes accueillies dans les PASS.

La PASS

Les premières consultations pour les patients en situation de précarité remontent à 1992 mais c'est la loi relative à la lutte contre les exclusions (*Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.*) qui les a instituées.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) facilitent l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et les aident dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Une PASS doit :

– offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation, dans le cadre notamment de la réalisation d'actes gratuits ;

– agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

La permanence est habituellement située dans un établissement de santé ; elle peut cependant être localisée sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics. Quel que soit son mode d'organisation – PASS centralisée, dont l'action s'effectue pour l'essentiel sur un local dédié, ou, PASS transversale, c'est-à-dire dont l'activité est peu localisée car portée par un ensemble des professionnels sociaux et sanitaires dans l'établissement – la PASS doit être facilement identifiable et accessible au patient, ainsi qu'aux acteurs internes et externes à l'établissement de santé.

La plus grande part des 430 PASS recensées en 2012 sont des PASS généralistes. Elles sont généralement situées dans des établissements publics. Beaucoup (55 %) sont dans des établissements où le service des

urgences a une activité importante. Tous les CHU/CHR en ont une, ce sont alors des permanences de taille plutôt importante en nombre de patients, comme en effectifs de professionnels.

L'accès sans frais à des consultations de médecine générale est possible dans près de quatre PASS généralistes sur cinq. L'accès à des médicaments sans frais est plus large encore, Les actes techniques sont accessibles sans frais dans environ 75 % des permanences, autant pour les analyses biologiques que pour les examens radiologiques. Les soins infirmiers le sont à même proportion.

Les PASS généralistes comptent en moyenne près de 2 ETP, avec du temps de travailleur social quasi-systématiquement, puis du temps infirmier et/ou du temps médecin. D'autres professionnels peuvent intervenir : du personnel administratif notamment, mais également des pharmaciens, cadres de santé, psychologues, aides-soignants... Leur file active moyenne est de l'ordre de 430 patients mais il existe de fortes disparités, puisque 20 % déclarent une file active de moins de 100 patients ; à l'opposé, 25 % dénombrent 500 patients ou plus.

Des partenariats liant la PASS et les professionnels ou services de l'établissement de santé sont très fréquemment mis en place, mais pas toujours formalisés par un protocole. Les partenariats extérieurs sont fréquents également, mais encore moins formalisés. L'implication de la permanence dans les actions menées en interne ou à l'extérieur de l'établissement de santé est plus affirmée pour les PASS accueillant le plus de patients.

Les PASS sont financées par des crédits missions d'intérêt général (MIG). En 2013, ce sont au total 56,50 M€ qui ont été octroyés.

2. Les patients en situation de vulnérabilité

L'article L. 6111-1-2 reprend les 11° à 14° de l'article L. 6112-1, dans son actuelle rédaction, relatifs :

- à la dispensation des soins psychiatriques pour les patients à la demande d'un tiers, du représentant de l'État ou à la suite d'un jugement, ou pour les personnes détenues ;
- aux soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
- aux soins dispensés aux personnes placées en retenue en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- à la dispensation de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Le dernier alinéa précise que les établissements de santé concernés devront satisfaire aux garanties du SPH mentionnées à l'article L. 6112-2 dans sa rédaction résultant du B du présent article : accueil adapté, permanence de l'accueil et de la prise en charge, égalité d'accès à la prévention et aux soins de qualité, absence de dépassement d'honoraire.

Concernant les soins sans consentement, le directeur général de l'ARS continuera de désigner un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. Les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ces activités et les modalités de coordination avec l'activité de psychiatrie de secteur seront précisés dans le projet d'établissement ou les documents de politique médicale pour les établissements privés.

Pour les soins aux détenus, les établissements de santé continueront d'être désignés par arrêté du directeur général de l'ARS compétent. Cette nomination est le fruit d'une concertation avec les établissements de santé. Deux supports servent à formaliser cette désignation : les conventions et les protocoles, respectivement signés entre les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) et les ARS d'une part, et les établissements de santé et les établissements pénitentiaires d'autre part.

Il a enfin été précisé à votre rapporteure que la qualité du parcours de santé et de vie des personnes détenues pourra également faire l'objet d'un projet territorial dans le cadre du service territorial de santé au public (STSP), y compris sur le volet santé mentale.

3. Les patients en situation d'urgence

L'article L. 6111-1-3 dispose enfin que tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties du SPH mentionnées à l'article L. 6112-2 dans sa rédaction résultant du B du présent article.

Cet article s'applique à l'ensemble des établissements de santé, l'objectif étant bien de permettre au patient d'être hospitalisé en urgence dans des conditions d'accessibilité financière qui contribuent par ailleurs à définir le service public hospitalier. Ce patient n'est en effet pas en mesure de donner son consentement à un dépassement tarifaire et n'a pas fait nécessairement le choix de l'établissement le prenant en charge. Les conditions de prise en charge en termes d'accessibilité financière s'étendent en outre aux soins consécutifs et liés à l'hospitalisation en urgence. Cette règle n'est d'ailleurs en rien une novation, puisqu'elle trouve déjà à s'appliquer à tout patient hospitalisé en urgence.

Il s'agit, en fait, d'un toilettage rendu nécessaire par la réécriture de l'article L. 6112-3 qui prévoyait expressément cette règle.

4. Les modifications de coordination

- Le 3° dispose que l'article L. 6111-7 devient l'article L. 6111-8 : Cet article précise que les mesures réglementaires prévues par le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie sont déterminées par décret en Conseil d'État ainsi que les modalités d'application en tant que de besoin.
- Le 4° rétablit un article L. 6111-7 qui fixe les modalités de financement de certaines dépenses. Il reprend, en l'adaptant, la rédaction de l'article L. 6112-8 faisant l'objet d'une abrogation en application du B du présent article.

L'État participe ainsi aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre des activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances. Ces financements relèvent aujourd'hui de la Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) mais selon les réponses apportées à votre rapporteure, il n'est pas possible de différencier en leur sein les financements alloués uniquement à la partie formation, la MERRI couvrant également les activités de recherche.

Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales. Pour les établissements publics, le financement provient de la mission d'intérêt général SAMU qui en 2013 s'élevait à 227,7 millions d'euros et de manière marginale de quelques subventions de collectivités territoriales.

Enfin, l'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé au titre des soins apportées aux personnes faisant l'objet d'une rétention administrative qui est désormais mentionnée au 4° de l'article L. 6111-1-2. Ce financement est assuré par le ministère de l'intérieur sur le budget de l'État. Il s'élève en 2014 à 7,6 millions d'euros. Les unités médicales des centres de rétention administrative sont aujourd'hui rattachées uniquement à des établissements publics de santé.

III. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le B du I procède à la rédaction globale du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique désormais intitulé « *Service public hospitalier* ». Ce chapitre sera composé de cinq articles numérotés de L. 6112-1 à L. 6112-5.

A. LES PRINCIPES DU SPH

L'article L. 6112-1 définit les principes du service public hospitalier (SPH).

- Le SPH couvre tout d'abord les missions qui sont précisées au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, c'est-à-dire les missions réactualisées au terme du A du présent article. Il s'agit notamment des missions de soins, de politique de santé, de recherche prévues par l'article L. 6111-1, de la mise en place des PASS en faveur des personnes précaires mentionnées à l'article L. 6111-1-1, des soins psychiatriques ou des soins apportées aux personnes détenues ou faisant l'objet d'une rétention comme précisé par l'article L. 6111-1-2, des soins urgents ainsi que de la permanence des soins comme prévu par l'article L. 6111-1-3.

- Le SPH couvre également l'aide médicale urgente définie à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.

Le service d'aide médicale urgente (SAMU), service hospitalier, a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Les missions du SAMU

Selon l'article L. 6311-1 du code de la santé publique, l'aide médicale urgente « *a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état* », le SAMU, service hospitalier, a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Aux termes des articles R. 6311-1 à R. 6311-5, lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours.

Les SAMU comportent un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) afin d'assurer la régulation médicale des situations d'urgence. Ils doivent, à cet effet, assurer une écoute médicale permanente, déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient, organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires et veiller à l'admission du patient.

● Enfin ces missions s'inscrivent dans le respect des principes qui fondent le service public tel que rappelé par le rapport Couty - égalité d'accès et de prise en charge, continuité, adaptation et neutralité - ou des obligations définies à l'article L. 6112-2.

L'égalité d'accès conduit « à garantir sur un territoire donné, l'accès de tous, sans discrimination, à une offre hospitalière, financièrement et géographiquement accessible » ainsi que le résume le rapport de Mme Bernadette Devictor précité.

L'accessibilité comporte une dimension financière qui peut être évaluée en fonction du reste à charge pour les patients. Cette obligation trouve à s'appliquer aujourd'hui et se traduit par l'application d'un tarif de responsabilité et l'absence de dépassement d'honoraires pour les médecins libéraux.

Cette disposition a fait débat au sein de la conférence nationale de santé (CNS). Les enjeux ont tout d'abord porté sur le choix à établir entre absence de dépassements d'honoraires ou absence de reste à charge pour l'utilisateur. Cette dernière proposition, portée par la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a été écartée en raison de la complexité de sa mise en œuvre et de ses implications sur la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires. Les échanges ont également porté sur l'activité libérale à l'hôpital public dont l'encadrement demeure une attente forte de la CNS. L'idée défendue serait de voir les praticiens conclure un contrat d'accès aux soins régulant les dépassements d'honoraires.

L'accessibilité comporte aussi une dimension géographique puisqu'il convient d'assurer une offre suffisante sur l'ensemble du territoire. La réforme du financement des activités isolées portées par l'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale (Article introduit par l'article 41 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.) comme celle du financement particulier des hôpitaux de proximité, instauré par l'article L. 162-22-8-2 du même code s'inscrivent dans ce cadre (Article introduit par l'article 52 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.).

Les hôpitaux de proximité **Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique**

« - I. – Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.

« II. – Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.

« Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« III. – Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.

« IV. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III. »

L'accessibilité comporte enfin une dimension liée à l'accueil des personnes en situation de handicap mais aussi des personnes âgées, qui tendent à cumuler plusieurs déficiences, des enfants, dont les besoins et comportements sont spécifiques et qui peuvent de ce fait être placés en situation de handicap ou encore des personnes présentant des caractéristiques physiques spécifiques.

Le principe de continuité renvoie à l'obligation de disponibilité afin de garantir un accès permanent et régulier à l'offre de soins. Il se traduit de plusieurs façons : obligation d'accueil, réorientation du patient vers la structure la plus apte à le prendre en charge, réponse à la demande de soins non programmés. Elle sous-tend la coordination entre établissements ainsi que la coopération avec les autres acteurs pour faciliter la prise en charge des patients sans rupture de son parcours (retour à domicile, coordination avec la médecine de ville) et encadrement du droit de grève.

Le principe d'adaptation suppose de prendre en compte les besoins des usagers et de proposer des services en lien avec les avancées technologiques. Dans le rapport de Mme Bernadette Devictor ce principe se décline dans la participation des usagers dans les instances de gouvernance ou dans la promotion des bonnes pratiques professionnelles justifiées par le développement de la politique de qualité et de sécurité des soins (accréditation notamment).

Le principe de neutralité est lié à l'obligation de non-discrimination pour des motifs d'ordre moral, politique, religieux ou financier. Tous les patients doivent pouvoir être accueillis au sein du SPH.

En définitive, le SPH a vocation à recouvrer l'ensemble des missions des établissements de santé, celles-ci se distinguant par les conditions dans lesquelles elles sont exécutées (accessibilité y compris financière, continuité...). Le SPH étant assuré par de nombreux établissements de santé, il n'est pas attendu que tout établissement du SPH exerce, à lui seul, l'intégralité, des missions définies par le code de la santé publique et ce d'autant plus que la demande est nécessairement variable sur le territoire. Il appartiendra ainsi aux ARS, en fonction des besoins spécifiques de leurs territoires, de veiller à ce que l'offre de SPH, qu'elle soit le fait d'un ou plusieurs établissements, réponde au besoin de la population, tel qu'analysé dans le cadre du projet régional de santé.

B. LES OBLIGATIONS AFFÉRENTES AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

L'article L. 6112-2 précise les obligations des établissements du service public hospitalier.

1. Les garanties apportées aux patients

Le I de l'article L. 6112-2 précise les garanties apportées aux patients par les établissements de santé du SPH et les professionnels de santé exerçant en leur sein :

– un accueil adapté notamment en cas de handicap ou lorsque la personne est en situation précaire. Dans une démarche de qualité et de sécurité des soins, le délai de prise en charge est également en rapport avec l'état de santé du patient.

La question de la précarité renvoie en premier lieu à sa dimension pécuniaire (patients sous CMU et CMU-C notamment mais pas uniquement afin d'éviter tout effet de seuil), à laquelle les établissements SPH seront tenus de répondre par l'obligation d'accessibilité financière qui leur sera faite.

Les établissements du SPH seront, par ailleurs, tenus de participer au service territorial de santé au public. À ce titre, ils seront amenés à prendre en compte la précarité dans l'acception qu'en donne le Père Joseph Wresinski dans son rapport pour le conseil économique et social en 1987 « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.* » (Joseph Wresinski, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », rapport présenté au nom du conseil économique et social, séances des 10 et 11 février 1987, session de 1987.)

– une permanence de l'accueil et de la prise en charge. La prise en charge s'effectue dans les conditions prévues par le cahier des charges établi par les ARS dans le cadre de la permanence des soins. Par ailleurs, l'établissement doit être en mesure d'orienter le patient vers une autre structure ou un autre établissement de santé en mesure de dispenser les soins requis.

La réorientation s'effectuera comme aujourd'hui, dans les conditions fixées par l'article R. 1112-14 : « *lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis* ».

– l'égalité d'accès à la prévention et aux soins de qualité.

– l'absence de dépassement des tarifs de responsabilité et des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Il s'agit ici de l'absence de facturation au patient de dépassements des tarifs mentionnés par l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, des tarifs de prestations de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et des articles L. 174-3 (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et L. 174-6 (unités de soins de longue durée) du code de la sécurité sociale.

Ces garanties sont applicables y compris lorsque le patient est transféré à titre temporaire dans un autre établissement, y compris hors SPH, ou une autre structure pour des actes médicaux. On entend par « *autre structure* » toute structure autre que les établissements de santé susceptibles de réaliser des actes médicaux, tels que les cabinets d'imagerie par exemple.

2. Des obligations tenant à la démocratie sanitaire

Le II de l'article L. 6112-2 précise également deux obligations complémentaires des établissements de santé relevant du SPH : la participation des représentants des usagers dans leur gouvernance et la transmission annuelle des données de leur compte d'exploitation à l'ARS.

Dans le premier cas, il s'agit, dans la continuité du rapport Couty, d'infléchir les prises de décision dans une logique de service plutôt que de défense des acquis ou de concurrence.

Dans le second cas, cette obligation permet d'assurer les conditions d'un contrôle démocratique de l'utilisation des fonds publics comme le souligne le rapport de Mme Bernadette Devictor. Toutefois, une différence se fait avec les recommandations du rapport précité : il n'est nullement mentionné la transmission du bilan. Il pourrait, néanmoins, être envisagé de compléter la transmission annuelle des comptes d'exploitation par celle du bilan.

3. Les actions mises en œuvre par les établissements du SPH

Le III de l'article L. 6112-2 précise enfin les actions que doivent mettre en œuvre les établissements de santé.

Le 1° du III dispose que les établissements de santé participent à la mise en œuvre du service territorial de santé (cf. commentaire de l'article 12). Dans l'esprit du rapport remis par M. Couty, les établissements de santé sont des acteurs de santé à part entière apportant leur contribution à la réduction des inégalités de santé et à la mise en place de parcours fluides pour les patients. Pour accomplir ce rôle, le projet de loi prévoit à cet effet différents dispositifs destinés à faciliter la coordination entre les hôpitaux et les autres acteurs de santé : la mise en place du service territorial (article 12) comme celle des lettres de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient (article 24) participent de cette intention.

Le 2° autorise les directeurs des agences régionales de santé à désigner des établissements de santé du SPH en cas de carence de l'offre de services de santé pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de la population.

Cette carence est constatée dans le cadre du diagnostic territorial, mentionné à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique institué à l'article 12 du projet de loi. Rappelons que ce diagnostic est établi par l'agence régionale de santé avec les acteurs de santé du territoire, notamment avec les représentants des usagers, les professionnels et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés.

Son objet vise notamment à identifier les insuffisances dans l'offre de services sanitaires et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.

Cette carence est également constatée dans le cadre du projet régional de santé refondé au terme de l'article 38 du présent projet de loi. Ce document, élaboré par l'ARS, est établi en cohérence avec la stratégie nationale de santé et fixe les objectifs pluriannuels en matière de santé et d'offre de santé. Il permet notamment la définition par l'ARS de zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou pour lesquelles des difficultés d'accès aux soins sont constatées.

En cas de carence constatée sur le territoire, L'ARS désignera les établissements SPH les plus à même d'y répondre. Il pourra s'agir du développement d'une activité indispensable au regard des besoins de la population ou de consultations avancées...

Cette notion n'est pas une innovation du projet de loi de santé. Elle préexistait à la loi HPST. En effet, dès lors que l'ARS identifiait un manque de service dans un territoire donné que l'offre de service public ne pouvait combler, l'ARS pouvait proposer aux établissements privés de participer au service public pour l'activité en cause.

Le 3° vise à développer les actions de coopération inter-établissements, avec le secteur social et médico-social et les professionnels de santé libéraux. Ces actions sont établies à la demande de l'ARS. La nécessité de la coopération découle du constat que si l'hôpital tient une place dans la mise en place du parcours de santé, il ne peut agir isolément des autres acteurs. Les établissements de santé doivent considérer que leur apport dans l'offre de services de santé est complémentaire des autres acteurs du système de santé.

Cette coopération est souhaitée pour l'ensemble des établissements de santé mais devient une obligation pour les établissements SPH. Elle témoigne de la volonté que la redéfinition du SPH ne se traduise pas par un hospitalo-centrisme mais bien par une analyse des conditions de mise en œuvre des activités dans un cadre territorial respectueux des compétences de chacun. Cela impliquera pour les établissements de santé concernés de passer les conventions ou de définir des protocoles d'organisations qui assurent une plus grande fluidité dans les parcours de santé dans une perspective de soins ambulatoires ou au domicile plus développés, conformément au souhait des patients.

Il convient d'inclure la participation au service territorial de santé au public (STSP) qui est une obligation nouvelle pour les établissements de santé assurant le SPH. L'établissement SPH est ainsi un acteur parmi les autres au sein du STSP mais sa présence garantit que si les acteurs d'un territoire ont fait le constat, dans le diagnostic partagé validé par l'ARS, d'un manque sur le territoire, cet établissement pourra être désigné pour y répondre.

De façon plus générale, les coopérations reposent sur un certain nombre d'outils, selon un plus ou moins grand degré de mutualisation des moyens : d'une convention *ad hoc* au groupement de coopération sanitaire, en passant par les groupements hospitaliers de territoire et les groupements d'intérêt économique.

Au-delà du gain en termes de qualité et d'efficacité qu'un plus grand degré de coopération apportera aux structures participantes, les ARS pourront accorder des aides à la contractualisation, ou des crédits relevant du fonds d'intervention régional.

Le 4° dispose que les établissements de santé informent l'ARS de toute cessation ou modification de l'activité de soins susceptible de restreindre l'offre de soins. Les établissements doivent par ailleurs rechercher avec les autres acteurs les moyens de répondre aux besoins de santé de la population.

Il est essentiel pour la population que l'ARS soit en mesure de prendre des mesures permettant d'éviter toute carence de l'offre sur le territoire. Ceci explique qu'elle soit tenue informée de toute cessation ou modification de l'activité de soins susceptible de restreindre l'offre de soins. Les coopérations avec les autres acteurs permettent de s'assurer d'une coordination effective de la chaîne de soins en amont (ville) comme en aval (ville/médico-social/social) de la prise en charge hospitalière.

C. LES ÉTABLISSEMENTS RELEVANT DU SPH

L'article L. 6112-3 définit le champ des établissements appelés à assurer le SPH.

● Il s'agit tout d'abord des établissements publics de santé. Au terme de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, ces établissements sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Soumis au contrôle de l'État, leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire.

Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national :

– les établissements à ressort national, ou interrégional sont créés par décret après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ;

– les établissements à ressort régional sont créés par décret après avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie

– les établissements à ressort communal, intercommunal et départemental sont créés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de la région où est situé le siège de l'établissement après avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de la commune où est situé le siège de l'établissement

● Il s'agit ensuite des hôpitaux des armées, qui au terme de l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, sont placés sous l'autorité du ministre de la défense. Outre leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées assurée avec les autres éléments du service de santé des armées, les neuf hôpitaux militaires concourent au service public hospitalier.

Les hôpitaux militaires sont ouverts à tous les assurés sociaux, même sans lien avec le ministère de la Défense. Assimilés par le ministère de la Santé à des centres hospitaliers et universitaires (CHU) (*Arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique.*), ces hôpitaux sont des établissements polyvalents de soins pour adultes (*Un hôpital d'instruction des armées (HIA) est aussi autorisé pour une activité de maternité.*). Ils se soumettent aux procédures de certification de la santé publique.

● Participent enfin au SPH les établissements de santé privés habilités, sur leur demande, par l'ARS. La procédure d'habilitation sera définie par décret (modalités de dépôt, constitution du dossier, délais...).

Pour ce faire plusieurs conditions doivent être remplies :

– le respect des conditions énoncées à l'article L. 6112-2 : accueil adapté, permanence de l'accueil et de la prise en charge, égalité d'accès à la prévention et aux soins de qualité, absence de dépassement d'honoraires ;

– l'adéquation de l'activité au regard des besoins de la population ;

– l'adéquation à la situation de l'offre hospitalière relevant du SPH.

Lorsque l'établissement est habilité le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), mentionné à l'article L. 6114-1, est modifié pour préciser les engagements pris afin de respecter les obligations du SPH.

Les ESPIC sont enfin habilités de plein droit à participer au SPH sauf opposition de leur part ou refus motivé par le directeur de l'ARS. Cette habilitation se traduit par un avenant au CPOM. Ce droit de priorité s'explique par le fait que les ESPIC sont aujourd'hui soumis à des règles très proches de ce que sera demain le SPH. Ce sont donc ces établissements qui devraient majoritairement être habilités.

Les établissements privés à but lucratif pourront demander à être habilités, mais il est encore difficile à ce stade d'évaluer le nombre de ces établissements qui accepteront de se mettre en conformité avec les obligations du SPH. Selon les informations transmises à votre rapporteure, les données produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 29 cliniques « Médecine, chirurgie, obstétrique », 13 cliniques

autorisées en psychiatrie et 234 cliniques de soins de santé et de réadaptation n'ont réalisé aucun dépassement d'honoraires en 2013, et paraissent donc en mesure de s'engager à adhérer au service public hospitalier.

● L'article L. 6112-4 fixe la procédure de contrôle du respect des règles et principes applicables au SPH par un établissement habilité à cet effet.

L'éventuel manquement constaté fait l'objet d'une procédure contradictoire. À la suite de la notification par l'ARS l'établissement est invité à formuler ses observations et présenter les mesures correctrices adoptées ou envisagées, dans un délai fixé réglementairement. Le délai pourrait être d'un mois, avec ouverture d'une procédure contradictoire. Une procédure d'urgence en cas de manquement caractérisé serait également prévue.

Ce n'est qu'en l'absence de réponse dans les délais ou en cas de réponse insuffisante qu'un retrait d'habilitation peut être envisagé. Le CPOM est révisé à cet effet.

● L'article L. 6112-5 précise que les modalités d'application du chapitre, c'est-à-dire des articles L. 6112-1 à L. 6112-4 seront fixées par décret en Conseil d'État. C'est notamment le cas des modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation. Le décret devrait prévoir les modalités de constitution du dossier, de délai d'examen, de procédure de concertation ainsi que les critères d'appréciation (capacité à répondre aux besoins).

IV. LES MODIFICATIONS INDUITES PAR LE RÉTABLISSEMENT DU SPH

A. LES MESURES DE COORDINATION AU SEIN DU CODE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le C, en ses 1° à 27°, et à l'exception notable des 21° et 25°, procède à diverses mesures de coordination au sein du code de la santé publique.

1. Les modifications relatives au SPH

● Il s'agit tout d'abord de tenir compte de l'abrogation des dispositions tendant à instaurer une approche matérielle du service public. Aux termes des 1°, 2°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 15°, 16°, 17°, 18°, 19° et 20° font ainsi l'objet d'une modification :

– l'article L. 1121-16-1 relatif à la prise en charge des médicaments dans le cadre d'une recherche biomédicale ;

– l'article L. 1123-14 relatif à la recherche biomédicale ;

– l'article L. 4221-10 accordant la possibilité d'exercer dans les établissements du SPH la profession de pharmacien en qualité de contractuel sous réserve de certaines conditions ;

– l'article L. 4381-1 précisant le régime applicable aux auxiliaires médicaux ;

– l'article L. 5126-2 relatif à l'autorisation temporaire accordée par l'ARS à une pharmacie à usage intérieur pour approvisionner d'autres pharmacies à usage intérieur ;

– l'article L. 5126-9 autorisant sous conditions l'ouverture d'une pharmacie à usage intérieur dans les établissements pénitentiaires ;

– l'article L. 6141-7-3 accordant aux établissements publics de santé la possibilité de créer des fondations afin de concourir aux missions de recherche ;

– l'article L. 6143-6 prévoyant de déroger au régime d'incompatibilité applicable aux membres du conseil de surveillance en cas de conflit d'intérêts lorsqu'est concerné un établissement privé assurant le SPH ;

– l'article L. 6146-2 autorisant, sous conditions, l'exercice des missions de service public par les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires à temps plein ;

– l'article L. 6147-2 relatif au centre d'accueil et de soins hospitaliers situé à Nanterre ;

– l'article L. 6147-7 relatif aux hôpitaux des armées ;

– l'article L. 6154-1 autorisant les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé à exercer une activité libérale dès lors que l'intérêt du SPH n'y fait pas obstacle. Il appartiendra à l'établissement de santé de veiller à ce que l'activité libérale des médecins exerçant en son sein ne remette pas en cause les obligations de service public dont il assume la responsabilité. L'ARS vérifiera également, en tant qu'autorité de contrôle, que cette activité ne remet pas en cause les engagements de l'établissement et qu'il est donc en mesure de faire face, de front, tant à l'activité SPH que du secteur libéral.

2. Les conséquences de la suppression de la catégorie juridique des ESPIC

La mise en place du SPH entraîne également la suppression de la catégorie juridique des ESPIC au profit des établissements de santé à but non lucratif habilités à assurer le SPH et se traduit, aux termes des 3°, 5°, 6°, 22°, 23°, 24°, 26° et 27° :

– par la modification des articles L. 1435-5-2 (contractualisation en vue d'assurer une activité ambulatoire en cas d'offre médicale insuffisante ou de difficultés dans l'accès aux soins), L. 2131-1 (autorisation par l'Agence de la biomédecine de la création de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal), L. 2212-8 (interruption

volontaire de grossesse), L. 6155-1 (obligation de développement professionnel continu pour les médecins, odontologistes et les pharmaciens), L. 6162-8 (régime d'incompatibilité applicable aux membres du conseil d'administration des centres de lutte contre le cancer), L. 6213-2 (conditions d'exercices des fonctions de biologiste médical) ;

– ainsi que par l'abrogation des L. 6161-5 (qualification des ESPIC) et L. 6161-8 (conclusion d'accord par les ESPIC en vue d'accomplir des missions de service public).

3. Les autres modifications

● La mise en place d'une permanence des soins assortie des garanties tenant au respect des obligations du SPH se traduit par des modifications de coordination à l'article L. 1435-8, prévue par le 4°. Cette modification n'est toutefois plus nécessaire compte tenu de la réécriture de cet article par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (*Article 56 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015*).

● La modification des CPOM, consécutives à l'habilitation des établissements de santé privés à participer au SPH, se traduit par des mesures de coordination aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 prévues par les 11°, 12° et 13° :

– le 11° modifie le premier alinéa de l'article L. 6114-1. La durée applicable aux CPOM prévoyant la durée comportant des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public est de 5 ans. Cette durée restera inchangée mais s'appliquera dorénavant aux établissements assurant le SPH ;

– le 12° modifie le cinquième alinéa de l'article L. 6114-2. Cet article prévoit que font l'objet d'un avenant aux CPOM, les termes de l'habilitation à assurer le service public hospitalier, les engagements nouveaux qui en découlent, les conditions relatives au respect des obligations afférentes au SPH ou aux obligations prévues en cas d'autorisation par l'ARS de projets relatifs à la création de tout établissement de santé, à la création, conversion et regroupement des activités de soins et à l'installation des équipements matériels lourds ;

– le 13° modifie le sixième alinéa du même article. Les CPOM seront désormais signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou la décision d'habilitation à assurer le service public hospitalier. Ils fixeront à cet effet les modalités selon lesquelles est calculée la compensation financière liée aux obligations de SPH.

Selon les informations transmises à votre rapporteure, les modalités de la compensation seront abordées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Des études devraient être menées afin de déterminer si les obligations du SPH emportent une charge financière supplémentaire et, en cas de réponse positive, d'en évaluer le montant.

● Le 14° modifie l'article L. 6122-7 relatif aux obligations prévues en cas d'autorisation par l'ARS de projets relatifs à la création de tout établissement de santé, à la création, conversion et regroupement des activités de soins et à l'installation des équipements matériels lourds.

Les autorisations délivrées sont aujourd'hui subordonnées à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

À l'avenir elles seront subordonnées à la condition :

– d'être habilité à assurer le service public hospitalier ;

– ou d'exercer l'activité de soins ou d'utiliser l'équipement matériel lourd en respectant les obligations énoncées au I de l'article L. 6112-2 (accueil adapté, permanence d'accueil, égalité d'accès à la prévention et aux soins de qualité, absence de dépassements de tarifs ou d'honoraires) ;

– ou de participer à une ou plusieurs actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé ;

– ou de s'engager à mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

Le 14° répond à la situation d'un territoire où la seule autorisation existante (par exemple maternité) serait celle d'un établissement privé qui fait des dépassements d'honoraires. Dans le cas d'une nouvelle autorisation, celle-ci serait donnée à un établissement SPH ou à un établissement non SPH mais qui respecterait pour cette activité, les obligations SPH de l'activité. Pour cette activité précise (et non pour le reste de leur activité), les établissements s'engageraient à respecter le non-dépassement d'honoraire.

Le 25° du C modifie l'article L. 6161-9. Cet article prévoit aujourd'hui la possibilité pour les établissements privés à but non lucratif mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale de recourir, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ces autorisations seront désormais accordées au titre des missions définies à l'article L. 6111-1 (*cf.* 1° du A du I du présent article).

B. LE CAS PARTICULIER DE L'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Le 21° du C du I complète l'article L. 6154-2 du code de la santé publique relatif à l'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements de santé.

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.

L'activité libérale peut concerner les consultations externes, les actes médico-techniques et les soins en hospitalisation. Toutefois plusieurs conditions sont requises :

- le praticien hospitalier qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- la durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Encadrement de l'activité libérale

S'agissant de l'activité libérale dans les hôpitaux publics, le rapport de Mme Dominique Laurent avait tracé plusieurs pistes visant à encadrer son exercice (Dominique Laurent, « L'activité libérale dans les établissements publics de santé », rapport remis à la ministre des affaires sociales et de la santé, 31 mars 2013.¹).

Citons ainsi :

- le paiement des actes du patient directement à l'hôpital ;
- la soumission du reversement au praticien à la production non seulement de son état récapitulatif d'activité libérale mais également de son planning d'activité publique (afin de pouvoir contrôler le respect de la règle des 20 %) ;
- l'encadrement de la rémunération issue de l'activité libérale. Outre qu'elle conduit à s'interroger sur le bon niveau du plafonnement à retenir, l'instauration du plafonnement d'un cumul des rémunérations pose la question de son articulation avec l'existence des autres règles en vigueur (20 % de temps et 50 % maximum d'activité libérale dans l'activité totale).

Le présent 21° tend à prévoir une dérogation au 4° du I de l'article L. 6112-1, c'est-à-dire à l'obligation faite aux établissements du SPH à ne pas appliquer de dépassements de tarifs ou d'honoraires. Les modalités de la dérogation seraient fixées par la voie réglementaire et ne concerneraient en tout état de cause que les établissements publics. En creux, ces dérogations ne concerneraient donc pas les établissements privés habilités à participer au SPH.

Le secteur d'activité libérale des établissements publics est aujourd'hui particulièrement circonscrit. En 2013, il ne concernait que 4 579 médecins hospitaliers, soit seulement 10 % des 45 900 praticiens hospitaliers exerçant à temps plein qui sont éligibles à cette activité et moins de 4 % du total des praticiens libéraux, hospitaliers compris. Sur ces 4 579 praticiens hospitaliers, seuls 1 957 d'entre eux exerçaient en secteur 2, soit 42,7 % de l'ensemble des praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale.

De surcroît, le volume d'honoraires en cause est limité à 1,8 % de l'ensemble de la masse des honoraires perçus dans l'ensemble du secteur libéral.

Enfin, il n'est pas possible de comparer la situation des praticiens hospitaliers à temps plein dans un établissement de santé, soumis à un régime strict d'encadrement de leurs pratiques, à celle des praticiens qui interviennent en clinique et peuvent compléter cette activité, comme ils le souhaitent en cabinet ou dans un autre établissement.

Pour toutes ces raisons, il a été estimé préférable de maintenir inchangé le cadre juridique de l'activité libérale en établissement public.

C. LES MESURES DE COORDINATION DANS LES AUTRES CODES

1. Les coordinations propres au code de la sécurité sociale

Le II procède à des mesures de coordination au sein du code de la sécurité sociale.

Le 1° actualise une référence au premier alinéa de l'article L. 162-22-13 relatif à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Dans sa rédaction actuelle, elle a vocation à financer les missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-2. Dorénavant, elle financera les missions prévues par l'article L. 6111-1, soit les missions de soins, de prévention et d'éducation à la santé, la participation des établissements à la politique de santé publique et aux dispositifs de vigilance relatifs à la sécurité sanitaire ainsi que la formation, la recherche et l'innovation en santé.

Le 2° modifie l'article L. 162-12-15 relatif aux références professionnelles établies par la Haute autorité de santé susceptibles d'être rendues opposables aux professionnels de santé mais également mises en œuvre par les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, pour ce qui concerne leurs activités de consultation externe. Cet article prévoit par ailleurs que leur respect est, pris en compte dans la procédure de certification. Enfin, il est prévu que les recommandations font l'objet d'une diffusion auprès des établissements de santé publics ou privés participant au secteur public hospitalier.

Aux termes du 2° :

- ces recommandations seront dorénavant mises en œuvre dans les établissements assurant le SPH ;
- la diffusion des recommandations sera assurée dans tous les établissements assurant le SPH.

Les autres établissements ne sont pas spécifiquement visés dans la mesure où les recommandations de bonne pratique sont déjà diffusées auprès des professionnels libéraux par les unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Le 3° modifie la rédaction de l'article L. 162-22-19 relatif au rapport annuel remis au Parlement et portant sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé. Ce rapport est censé préciser les mesures prises sur la tarification de la T2A et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements. Il décrit ainsi les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et « *de mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public* ». Les termes « service public » sont supprimés dans la mesure où les établissements publics assurent *de facto* une mission de service public hospitalier comme le précise l'article L. 6112-3.

Le 4° modifie l'article L. 381-30-5 qui régit la prise en charge des dépenses afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues par les régimes d'assurance maladie. Dans le cas de soins dispensés par un établissement de santé dans le cadre de sa mission de service public prévu par l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, la prise en charge s'effectue par le biais de la tarification à l'activité. Cette prise en charge est inchangée mais cette mission n'est plus prévue par le 12° de l'article L. 6112-1 mais par le 2° de l'article L. 6111-1-2 conformément au 2° du A du I du présent article.

Le 5° rectifie par coordination l'article L. 174-20 régissant les tarifs des prestations de soins programmés, qui servent de base au calcul de la participation de l'assuré, pour les établissements de santé dans le cas particulier des soins apportés aux patients étrangers.

Il est ainsi précisé que les tarifs des prestations de soins et d'hébergement des patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière sur le territoire français peuvent être librement fixés. Cette possibilité est aujourd'hui limitée aux soins qui ne relèvent pas d'une mission de service public et ne s'applique pas à certains patients pour ne pas porter atteinte au droit à l'accès aux soins (aide médicale d'État, soins urgents, etc.).

Il est désormais prévu que le dispositif s'applique à l'ensemble des soins programmés et non plus aux soins ne relevant pas d'une mission de service public (*La portée de cette exclusion est en pratique très limitée puisque la plupart des missions de service public ne concernent pas les soins programmés*).

L'impact du 5°, qui vise simplement à tirer les conséquences de la suppression des missions de service, peut donc être regardé comme minime en termes d'élargissement du périmètre de l'article L. 174-20. Ce paragraphe est donc considéré comme une mesure de toilettage du code.

2. Les modifications afférentes au code de l'environnement

Le III modifie l'article L. 229-5-1 du code de l'environnement. Celui-ci exclut les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif du système d'échange de quotas d'émission lorsqu'ils adoptent des mesures permettant d'atteindre des réductions d'émissions. Il est désormais fait référence aux seuls établissements de santé. Cette simplification rédactionnelle ne modifie pas le champ d'application de l'article : comme aujourd'hui cette mesure concernera toujours l'ensemble des établissements de santé.

D. LES MESURES DE TRANSITION

Le IV prévoit la cessation d'effet des stipulations des CPOM mentionnés à l'article L. 6114-1, principalement conclus entre l'ARS et les établissements de santé, et des contrats spécifiques mentionnés à l'article L. 6112-2.

Ces contrats précisent les obligations auxquelles sont assujetties les personnes assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations. Dans le droit actuel, la compensation financière s'applique aux obligations résultant des 14 missions de service public précisées par l'article L. 6112-1.

Plusieurs cas de cessation d'effet sont prévus :

- dès la promulgation de la présente loi pour les établissements du SPH qu'il s'agisse des établissements publics ou des hôpitaux des armées ;

- à la date de la conclusion de l'avenant au CPOM pour les établissements privés, habilités de plein droit ou sur demande, à assurer le SPH ;
- à l'échéance des actuels CPOM ou contrats spécifiques pour les autres établissements ou autres acteurs de santé.

*

La Commission a adopté un amendement gouvernemental de rédaction globale de l'article. Il réaffirme l'attachement au principe du non-dépassement d'honoraires pour les établissements privés habilités à participer au SPH. A aussi été réaffirmée la règle aujourd'hui en vigueur selon laquelle l'appartenance au SPH n'a aucun impact sur les autorisations d'activités de soins. Cet amendement pérennise par ailleurs la catégorie des ESPIC que le projet de loi avait initialement supprimée. La nouvelle rédaction réserve enfin une place particulière aux établissements privés disposant d'une autorisation au titre de la médecine d'urgence. Ils se voient associés au SPH sous réserve de ne pas appliquer de dépassement d'honoraires pour les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins y compris pour les soins consécutifs.

L'amendement du Gouvernement a enfin fait l'objet d'améliorations substantielles à l'initiative de la rapporteure.

Le développement des soins, notamment palliatifs, sous forme ambulatoire ou à domicile, en substitution à l'hospitalisation avec hébergement, contribue à la qualité et à l'efficacité des soins. Dans son dernier rapport, la Cour des Comptes suggère une plus grande intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) en la matière. Un amendement a ainsi été adopté pour tenir compte des modes de prise en charge, centrée autour du maintien au domicile et du retour précoce au domicile dès lors que l'état de santé du patient le permet, notamment en matière de soins palliatifs.

La rédaction de l'amendement du Gouvernement a également été remaniée afin de garantir la possibilité d'ouvrir des PASS dans chaque établissement de santé dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé.

La commission a aussi précisé que les actions des établissements de santé doivent pouvoir être coordonnées avec les structures telles que les centres de santé ou les maisons de santé. La notion de parcours de soins implique en effet que les actions sanitaires puissent être envisagées de manière complémentaire et non exclusive.

La commission a enfin précisé la portée des engagements liés la participation des établissements privés à but non lucratif au SPH. L'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour ces établissements habilités de plein droit interviendra, si besoin, pour des engagements nouveaux.

*

La Commission examine l'amendement AS448 de M. Jean-Pierre Door tendant à supprimer l'article.

M. Jean-Pierre Door. Le Gouvernement a prévu depuis quelques jours de nous présenter une nouvelle rédaction de l'article 26 qui définit le service public hospitalier. De ce fait, l'amendement de suppression AS448 devient superfétatoire. Nous attendons de connaître la présentation par Mme la ministre de l'amendement AS977. Nous pourrions alors éventuellement défendre nos sous-amendements.

C'est la méthode que nous avons suivie pour l'examen de l'article 12 : je vous propose de la reprendre pour celui de l'article 26.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission **rejette** l'amendement de suppression AS448.

Puis elle examine l'amendement AS977 du Gouvernement.

Cet amendement fait l'objet des sous-amendements AS1695 et AS1697 de la rapporteure, AS1748 de M. Jean-Pierre Door, AS1760 de M. Élie Aboud et AS1734 de M. Arnaud Richard, ainsi que des sous-amendements AS1696 et AS1738 de la rapporteure.

Les sous-amendements AS1748 et AS1760 sont identiques.

Mme la ministre. L'amendement AS977 vise à récrire l'article 26. Toutefois, l'ambition qu'a cet article de réinscrire dans la loi le service public hospitalier, qui avait disparu de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), reste intacte.

Il crée également une habilitation au service public hospitalier ouverte à l'ensemble des établissements de santé, y compris du secteur privé.

Notre volonté, je le dis très clairement, est de rompre avec la logique de la loi HPST, qui avait découpé le service public hospitalier en quatorze missions comme en autant de rondelles. Le texte vise à refonder le service public hospitalier comme un tout cohérent autour d'un bloc d'obligations concrètes qui doivent être

assumées globalement dans l'intérêt de nos concitoyens. Parmi ces obligations figurent la permanence de l'accueil, l'égalité d'accès aux soins, la non-discrimination entre les pathologies et l'accessibilité financière.

À la suite de la concertation engagée, l'amendement prend en compte plusieurs évolutions.

C'est ainsi qu'il précise de manière explicite la règle selon laquelle il n'existe aucun lien entre l'appartenance ou la non-appartenance au service public hospitalier et la délivrance des autorisations de soins ou d'activités. Les réorganisations d'établissements et les autorisations de soins, de plateaux techniques ou de matériels ne dépendent pas de l'appartenance au service public hospitalier.

Le texte confère également un rôle majeur aux conférences médicales d'établissement dans le processus d'habilitation des cliniques privées au service public. Dès lors qu'une clinique privée souhaitera être habilitée au service public, il lui faudra avoir préalablement obtenu un avis favorable de la communauté médicale de l'établissement pour engager la démarche. Cette mesure permet de renforcer la place de la communauté médicale au sein de l'établissement privé.

L'amendement crée par ailleurs un régime d'association au service public hospitalier pour les établissements de santé privés disposant d'une autorisation d'exercice de l'activité d'urgences. En effet la prise en charge des patients en situation d'urgence se fait conformément aux obligations du service public hospitalier, s'agissant notamment du non-dépassement des honoraires, à savoir dans les conditions du service public hospitalier.

L'amendement explicite aussi que les missions de formation, d'enseignement universitaire et postuniversitaire, de recherche et d'innovation en santé sont ouvertes de la même façon que les activités à l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

Il réintroduit enfin la notion d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), qui était supprimée dans la rédaction actuelle de l'article 26 : leur habilitation au service public hospitalier est assurée dès lors qu'ils respectent les obligations du bloc que constitue de nouveau le service public hospitalier.

Ce n'est pas parce que la loi reconnaît la spécificité du service public hospitalier et qu'elle consacre un bloc d'obligations qui y est lié qu'elle nie l'existence et la contribution des établissements privés au système de santé.

Ne confondons pas le débat sur les statuts des établissements avec le débat financier sur les tarifs hospitaliers qui peuvent être accordés aux uns et aux autres.

M. Élie Aboud. Je reconnais les avancées réalisées dans la nouvelle rédaction de cet article, grâce notamment au dialogue récemment renoué avec les responsables de l'hospitalisation privée.

Entre 20 % et 30 % des établissements privés disposent d'un service d'urgences. Que prévoit l'accord pour ceux qui ne disposent pas d'un service d'urgences stricto sensu ?

Mme la ministre. La règle est que, pour être habilité au service public hospitalier, il faut respecter l'ensemble de ses obligations, y compris le non-dépassement d'honoraires.

Les services d'urgences seuls, indépendamment du reste de l'établissement, peuvent être associés au service public hospitalier puisque dans le cadre des activités d'urgences, ils sont obligés de respecter la règle du non-dépassement des honoraires.

Il existe donc deux statuts différents pour les établissements privés : l'habilitation et l'association, l'un concernant l'ensemble de l'établissement et l'autre uniquement les services d'urgences.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1695 vise à mieux valoriser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation classique.

La Commission adopte le sous-amendement AS1695

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1697 vise à rétablir la rédaction actuelle du code de la santé publique. Il est nécessaire de préserver le principe d'un maillage territorial suffisant des permanences d'accès aux soins de santé.

La Commission adopte le sous-amendement AS1697.

M. Jean-Pierre Door. On reconnaît, avec l'article 26, votre volonté de réduire à néant la loi HPST pour fonder un nouveau service public hospitalier pour lequel vous faites preuve, si je puis dire, d'hospitalocentrisme.

Les avancées réalisées, que j'ai déjà évoquées, l'ont été sous la contrainte des derniers jours : aussi devons-nous étudier en détail la nouvelle rédaction de l'article.

Nous sommes pour le maintien des 1 000 établissements privés dont les Français valident la présence à côté des établissements publics. Nous regrettons que ces établissements privés soient placés sous la coupe des conférences médicales d'établissement.

Vous vous en prenez aux dépassements d'honoraires dans les cliniques privées où, il est vrai, nombreux sont les praticiens qui appartiennent au secteur II. Pourquoi les autorisez-vous toujours dans le secteur public ? Ce faisant, le texte organise le « deux poids deux mesures ».

C'est pourquoi le sous-amendement AS1748 vise à supprimer les alinéas 25 à 64.

M. Élie Aboud. Le sous-amendement AS1760 est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable à ces sous-amendements dans la mesure où ils proposent de supprimer des alinéas importants de la nouvelle rédaction de l'article 26, qui est le fruit de la concertation.

Les sous-amendements identiques ne sont pas adoptés.

M. Arnaud Richard. Les nouvelles dispositions prévues dans l'article 26 excluent du service public hospitalier les établissements pratiquant les dépassements d'honoraires, ce qui revient à exclure de facto du service public les cliniques privées au sein desquelles le droit garantit aux médecins la fixation libre de leurs honoraires.

Le sous-amendement AS1734 vise à supprimer cette condition du bloc d'obligations fondamental afin de permettre aux établissements, quelle que soit leur nature juridique, de participer au service public hospitalier.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission **rejette** le sous-amendement AS1734.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1696 vise à compléter l'alinéa 41.

La Commission **adopte** le sous-amendement AS1696.

Puis elle adopte le sous-amendement de précision AS1738.

Elle **adopte** ensuite l'amendement AS977 **ainsi sous-amendé**.

En conséquence l'article 26 est **ainsi rédigé** et tous les autres amendements déposés sur l'article 26 **tombent**.

e. Rapport d'information de la délégation de l'Assemblée nationale aux outre-mer sur le projet de loi relatif à la santé n°2302 déposé le 11 février 2015

8. La refondation d'un service public hospitalier ancré dans les territoires (article 26)

L'article 26 du projet de loi modifie le chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique pour refonder un service public hospitalier qui soit susceptible de répondre aux attentes de la population en matière de prévention et d'accès aux soins.

Il convient de noter en effet que la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) a fait disparaître la notion de service public hospitalier et l'a remplacée par la notion plus générale de « *personnes remplissant des missions de service public* », que ces personnes soient physiques ou morales.

Le but recherché par cette réforme était, en cas de carence de l'offre de soins, de pouvoir confier des missions de service public à d'autres intervenants que les hôpitaux publics ou les hôpitaux privés participant au service public. C'est ainsi que – sous réserve de la passation de contrats – ces missions de service public pouvaient être accomplies par tout établissement de santé (quel que soit leur statut), ainsi que par un certain nombre de personnes physiques ou morales énumérées par la loi.

Le système n'a pas cependant donné satisfaction. En particulier, les établissements privés lucratifs ont signé très peu de contrats et sur un nombre limité de missions.

L'article 26 du projet de loi revient donc sur l'article 1^{er} de la loi HPST en réintroduisant la notion de service public hospitalier dans le droit positif.

Par ailleurs, cet article définit les principes inhérents au service public hospitalier : tel est l'objet de la nouvelle rédaction de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. Il indique également quels sont les établissements de santé qui peuvent y participer (article L. 6112-3 du code) et quelles sont les obligations qu'ils doivent respecter (article L. 6112-2).

Ainsi, en ce qui concerne les principes qui caractérisent le service public hospitalier, l'article L. 6112-1 du code de la santé publique distingue quatre impératifs : l'égalité d'accès et de prise en charge, l'obligation de continuité, l'obligation d'adaptation et la neutralité.

En outre, s'agissant des personnes morales admises à participer au service public hospitalier, l'article L. 6112-3 du code de la santé publique indique que ces organismes peuvent être :

- les établissements publics de santé,
- les hôpitaux des armées,
- et les établissements de santé privés, habilités, sur leur demande, par les directeurs des ARS.

Par ailleurs, aux termes de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique, les obligations de ces établissements de santé sont les suivantes :

- un accueil adapté – notamment lorsque le malade est en situation de handicap ou de précarité sociale – et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;
- l'égal accès à des activités de prévention et à des soins de qualité ;
- l'absence de facturation de dépassements dans les tarifs ou dans les honoraires médicaux, tels qu'ils sont arrêtés par les pouvoirs publics et par les caisses de sécurité sociale.

Enfin, les établissements de santé doivent également accomplir un certain nombre d'actions :

- ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé à leur gouvernance ;
- ils transmettent annuellement à l'ARS compétente les données de leur compte d'exploitation ;
- ils participent à la mise en œuvre du service territorial de santé ;
- ils peuvent être désignés par le directeur de l'ARS, en cas de carence de l'offre de services de santé, ou dans le cadre du projet régional de santé, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de la population ;
- ils développent, à la demande de l'ARS, des actions de coopération entre établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux, ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux ;
- ils informent l'ARS de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de soins et ils recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé couverts par ces activités.

Ce sont tout particulièrement ces six dernières obligations qui font que les hôpitaux peuvent être considérés, désormais, comme des pivots pour l'offre de soins dans un territoire donné. De ce fait, comme l'indique le chapitre VI du projet de loi, les hôpitaux deviennent bien des organismes qui s'inscrivent au plus profond des régions ou des départements – des organismes « *ancrés dans les territoires* ».

f. Amendements en séances

Amendement n°1472 présenté par M.Robiliard et autres

À l'alinéa 5, après le mot :

« code »,

insérer les mots :

« en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements de santé ont à prendre en charge des personnes et pas seulement des pathologies. Avant la loi HPST, l'article L. 6111-1, dans sa rédaction issue de la loi du 31 décembre 1991, prévoyait expressément qu'il y avait lieu de « tenir compte des aspects psychologiques du patient ». Cette mention avait été supprimée par le Sénat. Il est important de la rétablir, à la fois pour affirmer que c'est bien une personne qui est prise en charge et pour reconnaître le rôle des psychologues dans les établissements de santé.

Amendement n°1350 présenté par Mme Laclais

À la deuxième phrase de l'alinéa 9, après le mot :

« continu »

insérer les mots :

« des professionnels de santé »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision. Les établissements de santé ont bien vocation à participer au développement professionnel continu des professionnels de santé.

Amendement n°2502 présenté par le Gouvernement

Après l'alinéa 41, insérer l'alinéa suivant :

« 5° Ils développent des actions de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques dans les territoires de santé isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les difficultés d'accès ou l'isolement de certaines parties des territoires ultramarins, comme en Guyane, la récurrence du risque épidémique dans ces régions ou la prévention des conséquences de certains risques environnementaux (par exemple la présence du mercure dans l'alimentation) requièrent, de la part des centres hospitaliers, la mise en place d'initiatives originales pour réaliser au mieux leurs missions de service public. Cet amendement a pour objet de faciliter ces types de décisions.

Amendement n°2301 présenté par Mme Orliac et autres

I. – À l'alinéa 46, après le mot :

« habilités »,

insérer les mots :

« , après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 47, supprimer les mots :

« après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement et ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que l'avis favorable conforme préalable à l'entrée de l'établissement de santé dans le service public hospitalier n'est requis que pour les seuls établissements de santé privés lucratifs. En effet, les prérogatives des conférences médicales d'établissement des établissements de santé privés à but non lucratif étant renforcées par le projet de loi de santé, en son article 49, les rapprochant ainsi des commissions médicales d'établissement des établissements publics, cette précision devient redondante.

Amendement n°237 présenté par Mme Laclais :

ARTICLE 26

À la dernière phrase de l'alinéa 50, supprimer les mots :

« , après habilitation, »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°238 présenté par Mme Laclais :

ARTICLE 26

À l'alinéa 60, substituer au mot :

« conditions »

le mot :

« obligations ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°239 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

À l'alinéa 60, substituer au mot :

« susmentionnée »

les mots :

« mentionnée au premier alinéa ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°240 présenté par Mme Laclais :

ARTICLE 26

À l'alinéa 61, substituer aux mots :

« dans lesquelles s'appliquent ces dispositions »

les mots :

« d'application du présent article ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°241 présenté par Mme Laclais :

ARTICLE 26

À l'alinéa 67, supprimer les mots :

« date de ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

g. Discussion en séances publiques

Première séance du 31 mars 2015 :

M. Laclais : (...)

À l'article 26, la restauration d'un service public hospitalier a aussi été très commentée. L'amendement de réécriture globale de l'article adopté en commission réaffirme ce principe, considérant que l'approche matérielle issue de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – HPST – ne correspond pas aux véritables missions assurées par les établissements publics et privés à but non lucratif. Le dispositif a été amélioré, à mon initiative, afin que l'accès à des soins palliatifs puisse être amélioré par la mise en place de solutions sans hébergement *via* l'hospitalisation à domicile.

(...)

Deuxième séance du jeudi 09 avril 2015 :

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 26.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet article concerne le service public hospitalier. Nous y reconnaissons votre volonté, madame la ministre, de rayer de la carte la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la loi HPST. Ce n'est pas nouveau : nous nous connaissons depuis suffisamment d'années pour savoir quel est votre sentiment sur la loi HPST. Comme je vous l'ai déjà dit, c'est normal, c'est politique : vous appartenez à un nouveau gouvernement, vous tournez donc la page de la loi HPST et vous en ouvrez une nouvelle.

Vous avez été obligée de réécrire cet article, sous la pression de certains acteurs, en particulier de la Fédération de l'hospitalisation privée. Mais cette réécriture, à laquelle vous avez procédé en commission des affaires sociales – vous vous souvenez des circonstances dans lesquelles nous avons reçu le dernier amendement, je n'y reviens pas –, ne prend pas en compte toutes les difficultés soulevées par les professionnels de la Fédération de l'hospitalisation privée.

Vous prévoyez que l'ensemble des cliniques disposant d'une activité d'urgence seront associées au service public hospitalier, mais uniquement pour cette activité spécifique.

En revanche, vous confirmez l'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires pour que l'établissement puisse entrer dans ce service public hospitalier, ce qui exclut, bien entendu, un bon nombre de cliniques privées de ce service public, dès lors que de nombreux praticiens exercent en secteur 2. Cette mesure est assez inégalitaire, puisque les praticiens des établissements publics de santé peuvent, de leur côté,

pratiquer des dépassements d'honoraires sans que l'appartenance de leur établissement au service public hospitalier soit remise en cause. Seuls les établissements de santé privés restent soumis à cette procédure d'habilitation pour être reconnus comme assurant un service public hospitalier. Il y a donc une différence de traitement : votre philosophie consiste probablement à être peu amène avec le secteur privé, ce qui est regrettable. Pour notre part, nous soutiendrons des amendements pour défendre également le secteur privé, qui est le deuxième pilier de l'hospitalisation en France.

M. le président. La parole est à Mme Monique Orphé.

Mme Monique Orphé. Au moment où nous abordons l'examen de l'article 26 de ce projet de loi, consacré au service public hospitalier, je veux redire ici l'importance toute particulière que revêtent les établissements hospitaliers dans les outre-mer. En effet, comme la délégation aux outre-mer l'a indiqué dans son rapport d'information, les collectivités ultramarines manquent souvent de médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, et l'hôpital public tend à devenir ainsi le pivot du système de santé. Néanmoins, les populations peuvent se trouver fréquemment assez éloignées de l'hôpital, qui constitue pourtant, je le répète, l'unique lieu de soins possible. Il en est ainsi en Guyane ou à Mayotte.

Par conséquent, il est indispensable que les hôpitaux aient la possibilité de s'organiser pour garantir la continuité des soins dans les territoires de santé isolés. Cela peut se faire, par exemple, en envoyant du personnel dans les centres de santé rattachés.

De même, il est indispensable que, face à la récurrence du risque épidémique dans certaines régions, ou encore en vue de prévenir les conséquences de certains risques environnementaux, par exemple la présence de mercure dans l'alimentation, les centres hospitaliers puissent développer des initiatives originales, afin de réaliser au mieux leurs missions de service public.

Tout cela suppose, bien entendu, une législation adaptée. Nous avons parlé, madame la ministre, d'un amendement ayant pour objet de faciliter ces types d'actions. Il viserait à insérer des dispositions après l'alinéa 41 de l'article 26, afin de compléter le III de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction. Il s'agirait de permettre aux centres hospitaliers de développer des actions de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques dans les territoires de santé isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon. Cet amendement ayant reçu l'avis favorable du Gouvernement, je vous remercie, madame la ministre, de bien vouloir le reprendre au cours de la discussion qui s'annonce sur l'article 26, la délégation aux outre-mer n'ayant pas pu le déposer.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je complète les propos de Jean-Pierre Door : il est vrai que les cliniques privées s'inquiètent beaucoup de cet article, et je crois qu'elles ont raison.

Vous redéfinissez le service public hospitalier et les obligations qui y sont liées, certes, mais le problème des dépassements d'honoraires, qui pourraient empêcher ces cliniques de participer aux urgences, n'est pas résolu. On oublie de s'intéresser à la situation particulière des hôpitaux, qui ont pourtant ce genre de pratiques.

Par ailleurs, vous donnez beaucoup de pouvoirs aux conférences médicales d'établissement – c'est évident. Un amendement du Gouvernement adopté en commission a affirmé, à l'article 26, le rôle des conférences médicales d'établissement dans le processus d'habilitation des cliniques au service public. Or la direction de l'établissement doit aussi avoir son mot à dire.

Vous avez malheureusement précisé, madame la ministre, qu'il n'existait « aucun lien entre l'appartenance ou la non-appartenance au service public hospitalier et la délivrance des autorisations de soins ou d'activités », que l'ensemble des cliniques disposant d'une activité d'urgences pouvaient être associées au service public hospitalier, mais uniquement pour cette activité spécifique, et que votre amendement avait réintroduit la notion d'établissement de santé privé d'intérêt collectif, qui avait été supprimée dans la rédaction antérieure de l'article 26.

Il reste donc beaucoup d'incertitudes : on voit bien que ce texte a été rédigé dans l'urgence. Il faut réaffirmer le rôle essentiel des cliniques privées dans cet article 26.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, en évoquant la généralisation du tiers payant, vous avez parlé de justice sociale. Pour ma part, je veux vous parler de justice médicale. Pardonnez-moi d'évoquer une vie antérieure :

dans les hôpitaux, je n'ai jamais pratiqué les dépassements d'honoraires, mais j'ai toujours défendu cette possibilité, mes chers collègues : je pensais en effet qu'il était important que l'hôpital public, les centres hospitaliers généraux, puissent attirer des praticiens compétents, qualifiés, des anciens internes, des anciens chefs de cliniques, ou des praticiens hospitaliers n'ayant pas pu obtenir de poste de professeur des universités-praticien hospitalier.

Madame la ministre, vous dites que les cliniques privées ne peuvent pas être associées au service public hospitalier parce qu'y sont pratiqués des dépassements d'honoraires. Il y a une forme d'injustice car, en même temps, vous admettez qu'un système de non-dépassement et un système de dépassement coexistent dans le service public. Il en est de même dans les cliniques privées, où l'on trouve à la fois des praticiens qui délivrent des soins avec dépassements d'honoraires et d'autres qui ne le font pas. Le patient est informé en amont. Vraiment, il y a deux poids, deux mesures.

Je vous en supplie, madame la ministre, mettez fin à cette incompréhension des acteurs privés de la santé publique, qui jouent, comme vous le savez, un rôle majeur dans notre système de santé au quotidien.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n°207 tendant à supprimer l'article 26.

M. Jean-Pierre Door. L'article 26 prévoit une nouvelle définition du service public hospitalier – SPH – qui revient sur la loi HPST, laquelle avait modernisé la mise en place de missions de service public ouvertes à tous les acteurs du système de santé public et non pas seulement aux hôpitaux publics. Il y avait le public et le privé. C'était la reconnaissance de la pluralité du système de santé français.

Si cet article a été réécrit en commission, *via* un amendement du Gouvernement, et que certaines précisions ont bien été adoptées, elles sont loin d'être suffisantes. Ce qui nous gêne, c'est que les établissements privés se retrouveront toujours exclus du service public hospitalier en raison de l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires pour y être associé. Pourtant, il n'y a pas que des dépassements d'honoraires dans les cliniques. Il y a également des praticiens qui exercent sans pratiquer de dépassements.

Je ne vais pas engager une partie de ping-pong avec vous, madame la ministre. Mais je souhaite supprimer l'article 26 et vous propose que nous en restions à la rédaction de la loi HPST.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Je vous ferai une réponse en trois points.

Premièrement, l'article 26 propose effectivement de renouer avec la tradition française de service public par le biais d'un rétablissement d'un bloc de compétences. Si l'énumération des missions de service public permet d'identifier les missions principales, elle ne constitue pas une liste exhaustive des obligations qui s'imposent *de facto* au secteur non lucratif.

Selon le rapport Couty, 80 % des missions des activités de soins actuellement assumées par les établissements de santé ne sont pas incluses dans le champ de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

Deuxièmement, la réaffirmation du service public hospitalier n'exclut pas de pouvoir reconnaître la participation du secteur privé dans la mesure où il offre des garanties identiques à celles du service public.

M. Dominique Tian. Heureusement !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Troisièmement, la rédaction de l'article 26 a été revue dans un sens positif, ce qui a été apprécié, pour tenir compte des préoccupations qui ont été exprimées et qui ont été entendues, me semble-t-il.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Cet article important a été moins réécrit que ce que certains imaginaient au départ. Oui, il y a une différence non dans l'offre de soins, mais par rapport aux obligations qui pèsent sur les établissements publics et privés. On ne peut pas, d'un côté, dire qu'il y a une spécificité du service privé, à savoir que les établissements doivent être lucratifs sinon ils ne peuvent pas survivre, et de l'autre, considérer que la reconnaissance des spécificités de l'hôpital public n'a pas lieu d'être.

Le fait de reconnaître la spécificité du service public hospitalier ne veut pas dire que l'on ne reconnaît pas la place, le rôle, les missions du service privé, des cliniques privées dans notre système de soins. J'ai eu

l'occasion de le dire à de multiples reprises. Le système français repose sur trois piliers : l'hôpital public, l'hôpital privé et l'hôpital privé à but non lucratif.

Simplement, il se trouve que l'hôpital public a des obligations qu'il ne peut pas contester, qu'il ne peut pas discuter et qui s'imposent à lui. Parmi ces obligations figurent le fait d'être ouvert de façon permanente, d'accueillir tous les patients, toutes les pathologies, à tout moment et de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Cela est réaffirmé. Et il est inscrit dans la loi, afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, que la reconnaissance du service public hospitalier n'emporte aucune conséquence pour ce qui est du régime des autorisations. Il doit être bien clair qu'on peut être une clinique privée reconnue en tant que telle et pouvoir prétendre à des équipements, à des plateaux techniques ou à des autorisations de quelque nature que ce soit. C'est inscrit dans la loi.

Il peut y avoir un régime d'association au service public pour les services d'urgence : cent trente cliniques privées sont aujourd'hui potentiellement concernées, puisque cent trente cliniques privées disposent de tels services.

S'agissant de la question des dépassements d'honoraires, je veux dire les choses de façon très simple. J'ai proposé une discussion quant à l'élaboration de règles qui auraient permis de déroger à la contrainte de « zéro » dépassement d'honoraires. Les médecins libéraux se sont alors demandés, en vertu de quel pouvoir la clinique pourrait demander à un médecin libéral travaillant dans une clinique de modifier ses tarifs pour que la clinique, et non le médecin, puisse adhérer au service public hospitalier ?

Il a été entendu finalement qu'il n'y avait pas de point de convergence possible sur ce point. Je le répète, il ne faut y voir rien d'autre que la reconnaissance du service public hospitalier. Je veux le dire : nous n'avons pas à avoir honte de reconnaître la spécificité de ce service public hospitalier. Nous pouvons même en être fiers et cela ne veut pas dire que nous ne reconnaissons pas la place et le rôle des cliniques privées.

Oui, j'assume de reconnaître la spécificité du service public hospitalier, qui est une des forces de la France.

(L'amendement n° 207 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Denys Robiliard, pour soutenir l'amendement n° 1472.

M. Denys Robiliard. La loi HPST a fait disparaître la notion de service public hospitalier. Les établissements de santé ont à prendre en charge des personnes et pas seulement des pathologies. Avant la loi HPST, l'article L. 6111-1 dans sa rédaction issue de la loi du 31 décembre 1991, prévoyait qu'il y avait lieu de « tenir compte des aspects psychologiques du patient ». Cette mention avait été supprimée par le Sénat.

Le présent amendement vise à rétablir le fait que l'hôpital prend bien en charge des personnes avec leur singularité, leur psychologie. Cela suppose une organisation et du personnel compétent.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis favorable. Comme vous l'avez souligné, monsieur Robiliard, votre amendement permet de revenir à une rédaction qui prévalait avant 2009 et qui tenait compte des aspects psychologiques des patients.

L'avis est favorable également parce que l'amendement vise à affirmer le rôle des psychologues dans les établissements de santé. C'est une bonne chose. Au nom de la commission et à titre personnel, je soutiens fortement cet amendement.

(L'amendement n° 1472, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 1350.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit d'un amendement de précision.

(L'amendement n° 1350 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 1178 et 1653.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1178.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, vous avez reconnu le choix idéologique qui est le vôtre en faveur du secteur public. Sachez que nous soutenons, nous aussi, le secteur public. À titre personnel, j'ai d'ailleurs déjà saisi votre cabinet sur des problèmes concernant mon propre centre hospitalier général.

Mais le secteur privé revêt également pour nous beaucoup d'importance parce qu'il est prisé par les Français. Il y a deux piliers, le public et le privé. Notre amendement va dans votre sens puisque nous proposons que dans une situation d'urgence, aucun dépassement ne saurait être admis par la déontologie médicale et peu importe à cet égard les capacités financières de la personne admise dans l'établissement.

Si les établissements privés rentrent dans le service public hospitalier et les services d'urgence, aucun dépassement ne saurait alors être admis. Vous pouvez dès lors accepter cet amendement.

M. Élie Aboud. Surtout qu'il y a des praticiens qui n'ont pas recours aux dépassements.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 1653.

M. Stéphane Claireaux. Dans une situation d'urgence, aucun dépassement ne saurait être admis par la déontologie médicale et peu importe à cet égard les capacités financières de la personne admise dans l'établissement. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les deux amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. La proposition de nos collègues est déjà satisfaite dans la mesure où la législation exige d'ores et déjà que les patients admis dans un établissement de santé pour une prise en charge en urgence ne peuvent se voir facturer des dépassements d'honoraires.

M. Élie Aboud. Ce n'est pas vrai partout.

M. Gérard Sebaoun. Si.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Door, votre argumentaire est un peu surprenant. Vous avez dit à Mme la ministre que son soutien à l'hôpital public relevait d'un choix idéologique. Mais n'avez-vous pas vous-même déclaré votre soutien à votre hôpital public ? Est-ce là également un choix idéologique de votre part ?

M. Dominique Tian. Ce n'est pas une bonne question.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'obligation de l'absence de dépassement d'honoraires en cas d'urgence est inscrite dans la loi. Les amendements sont satisfaits. S'ils n'étaient pas retirés, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Notre amendement va dans votre sens, madame la ministre, madame la rapporteure. L'amendement n'est pas, contrairement à ce que vous avez affirmé, satisfait par la loi. C'est faux. Dans des établissements privés, en cas de situation d'urgence, un médecin peut intervenir parce qu'il y a une suspicion de péricardite, par exemple, et pratiquer une échocardiographie. Dans ce cas, il y a un dépassement.

Ce que dit cet amendement, c'est que si le service hospitalier privé s'engage fermement – et cela dans toutes les situations – à ce qu'il n'y ait pas de dépassement, cela doit permettre à ces structures de rejoindre le service public hospitalier. Mais ne dites pas que l'amendement est satisfait, parce que tel n'est pas le cas aujourd'hui.

(Les amendements identiques n^{os} 1178 et 1653 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 172 et 1116.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 172.

M. Dominique Tian. Le présent amendement vise à supprimer l'un des critères de participation au service public hospitalier, qui propose l'absence de facturation de dépassements d'honoraires par les médecins exerçant dans les établissements privés.

C'est pourquoi nous proposons de supprimer l'alinéa 32 de l'article 26, et certains de mes collègues ont déjà argumenté dans ce sens.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 1116.

M. Élie Aboud. L'amendement est défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Vos amendements proposent de supprimer une disposition essentielle, qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements participant au service public hospitalier.

(Les amendements identiques n^{os} 172 et 1116, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 256 et 1117.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 256.

M. Dominique Tian. L'amendement est défendu.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n^o 1117.

M. Élie Aboud. La disposition supprimée rendait opposable les garanties du service public hospitalier à des établissements de santé qui n'y participent pas nécessairement. En effet, si un établissement qualifié SPH adresse un patient à un établissement non habilité SPH, ce dernier devait alors respecter toutes les obligations du service public hospitalier.

(Les amendements identiques n^{os} 256 et 1117, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 257 et 1162.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 257.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n^o 1162.

M. Élie Aboud. Défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 257 et 1162, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 258 et 1163.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 258.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n^o 1163.

M. Élie Aboud. Défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 258 et 1163, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 795 rectifié, 1001 et 1546.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 795 rectifié.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n^o 1001.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 1546.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse.* Ces demandes sont satisfaites par le texte. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 795 rectifié, 1001 et 1546 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 2400, 2430 et 2466.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 2400.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n^o 2430.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 2466.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse.* Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 2400, 2430 et 2466 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 2401, 2431 et 2467.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 2401.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n^o 2431.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 2467.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, car ces amendements tendent à supprimer une disposition adoptée en commission. Il importe de permettre la coopération avec les centres et les maisons de santé, ne serait-ce par exemple que pour éviter un afflux important de patients aux urgences ou dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, la PDSA.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 2401, 2431 et 2467 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 2469.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

(L'amendement n^o 2469, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n^o 2502.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement est destiné à répondre aux préoccupations exprimées par plusieurs parlementaires ultramarins, en particulier par Mme Orphé, qui ne pouvait pas le déposer en raison de l'article 40 de la Constitution. Il a pour objet de prendre en compte les difficultés d'accès ou l'isolement de certaines parties des territoires ultramarins, comme en Guyane, la récurrence du risque épidémique ou la prévention de conséquences de certains risques environnementaux dans la mise en place d'initiatives originales pour que les établissements puissent réaliser au mieux de leurs missions de service public.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Qu'est-ce que cela veut dire ? N'oublions pas que nous sommes en train d'écrire la loi, comme aurait pu dire un grand professeur de médecine qui vient de partir – et qui ne s'énervera donc pas. Mme la ministre évoque les difficultés d'accès et l'isolement de certains territoires – chacun sait en effet que Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, c'est loin et que ces centres hospitaliers connaissent des problèmes spécifiques. On nous propose, dit l'exposé sommaire, de faciliter « la mise en place d'initiatives originales pour réaliser au mieux leurs missions de service public ». Très bien, mais qu'est-ce que cela veut dire ? Quelles sont ces « initiatives originales » pour ces territoires lointains et comment les financera-t-on ? Au-delà du souci de répondre politiquement au souhait de nos collègues qui se sont exprimés à ce propos, on voit mal ce que cela veut dire.

M. le président. La parole est à Mme Monique Orphé.

Mme Monique Orphé. L'objectif est en effet de prendre en compte ces territoires isolés pour assurer la continuité des soins. Nous attendons de cet amendement qu'il nous permette de disposer demain des moyens nécessaires à cette fin. Je compte sur Mme la ministre pour répondre à cette demande et je tiens à la remercier d'avoir entendu notre requête pour ces territoires très éloignés, qui souffrent de graves inégalités en matière de santé.

(L'amendement n^o 2502 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Massonneau, pour soutenir l'amendement n^o 1815.

Mme Véronique Massonneau. Cet amendement vise à préciser l'objectif des projets d'établissements de santé en matière de soins palliatifs. Cette organisation est établie en cohérence avec les objectifs du schéma régional. Nous souhaitons, avec cet amendement, préciser que l'objectif premier de ces projets doit être de pouvoir proposer à tous les Français un accès aux soins palliatifs, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Nous sommes conscients, madame la ministre, que le manque criant de places en services de soins palliatifs ne

sera pas résolu par une quelconque réécriture de la loi, mais uniquement par des moyens financiers courageux, hors du champ d'action du législateur.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Merci, madame la députée, pour cet amendement qui permet de préciser les choses. Votre amendement est satisfait, car l'alinéa 6 de l'article 26, qui définit les missions des établissements de santé, indique qu'ils délivrent des soins, le cas échéant palliatifs. En droit, donc, votre demande est satisfaite. Dans la réalité, j'en conviens avec vous, c'est autre chose.

En commission, cette rédaction a été précisée à mon initiative, pour souligner que la prise en charge pouvait se faire aussi sans hébergement. Un article 43 A a également été adopté sur les droits des patients à se voir proposer des prises en charge en ambulatoire ou à domicile, en particulier pour les soins palliatifs.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. C'est un excellent amendement et il n'est pas satisfait, madame la rapporteure. On est en train de dire à l'hospitalisation privée qu'elle pourra rejoindre le SPH en fonction de critères financiers. Ce que veut dire Mme Massonneau, c'est qu'on peut aussi voir ce qui se passe dans les cliniques privées : même si les soins palliatifs ne sont pas une grande cause nationale, le fait qu'une clinique privée les pratique est selon moi un critère beaucoup plus important que les dépassements d'honoraires.

(L'amendement n° 1815 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2301.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement vise à préciser que l'avis favorable conforme préalable à l'entrée de l'établissement de santé dans le service public hospitalier n'est requis que pour les seuls établissements de santé privés lucratifs. En effet, les prérogatives des conférences médicales d'établissement des établissements de santé privés à but non lucratif étant renforcées par le projet de loi santé, en son article 49, cette précision devient redondante.

(L'amendement n° 2301, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté et l'amendement n° 2243 tombe.)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2294.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement est un amendement de mise en cohérence de la rédaction de l'alinéa 47 de l'article 26 du projet de loi, qui prévoit de soumettre à l'avis de la conférence médicale d'établissement la demande d'habilitation à assurer le service public hospitalier. Il tend à supprimer, dans cet alinéa, la référence aux établissements de santé privés d'intérêt collectif – les ESPIC –, non concernés par l'organisation en conférence médicale d'établissement.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable car, après l'adoption de l'amendement précédent, cette disposition n'est, de fait, pas opportune.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis. L'adoption de l'amendement précédent rend en effet celui-ci superfétatoire.

(L'amendement n° 2294 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 237 rectifié.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 237 rectifié est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 2073.

M. Jean-Louis Touraine. Cet amendement tend à apporter une plus grande précision quant au contrôle du respect des critères d'exercice du service public hospitalier par les établissements privés. Il s'agit d'affirmer clairement dans la loi que le respect des conditions du service public conditionne le financement public, ainsi que la délivrance des autorisations d'activité et d'équipements. En cas de retrait de l'habilitation, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est révisé pour en tirer des conséquences financières.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'émet un avis défavorable, ou je demande le retrait de cet amendement, car votre proposition vise à établir un lien entre le service public hospitalier et les financements et autorisations accordés aux établissements de santé. Cela reviendrait à ne plus reconnaître que notre système hospitalier est pluriel, car un établissement privé qui, pour quelque raison que ce soit, n'appartiendrait plus au SPH, pourrait se voir retirer son autorisation. L'objectif de la mesure n'est pas là : il s'agit de garantir aux patients le respect de certaines obligations concrètes et de leur offrir une plus grande lisibilité dans le système. Cet amendement ne va donc pas dans le sens de l'article 26.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous demande à mon tour de retirer votre amendement, à défaut de quoi j'émettrais un avis défavorable. Aujourd'hui, il n'y a pas de lien entre l'appartenance ou non au service public hospitalier et le régime d'autorisation. Cet état de fait a été inscrit dans la loi par l'article 26. Vous demandez non seulement de supprimer ce qui a été inscrit dans cet article, mais aussi de revenir sur ce qui se fait aujourd'hui. Concrètement, on ne voit pas comment s'inscriraient les établissements privés dans l'organisation du système de soins.

M. Dominique Tian. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je retire donc l'amendement.

(L'amendement n° 2073 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements rédactionnels, n°s 238, 239 et 240, de Mme Bernadette Laclais.

(Les amendements n°s 238, 239 et 240, acceptés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 799, 1003 et 1547.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 799.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement a pour objectif de préciser que les décisions d'autorisation ne doivent pas être fonction du statut de l'établissement, à savoir son appartenance ou non au service public hospitalier. Il faudrait préciser par décret quels sont les critères objectifs, basés sur la qualité et la sécurité des soins, qui président à la délivrance de ces autorisations, afin que ces dernières ne puissent pas dépendre du statut des établissements. Il s'agit donc d'instaurer une certaine indépendance en matière de décision d'autorisation.

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1003.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1547.

M. Dominique Tian. J'ajoute que les professionnels de santé, notamment les cliniques et les établissements associatifs privés, posent de manière récurrente la question de la transparence des autorisations : dans quelles conditions, pourquoi et comment sont-elles délivrées à certains types d'établissements ? Cet amendement me semble donc important.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, car cette proposition me semble satisfaite par la rédaction actuelle de l'alinéa 62.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n°s 799, 1003 et 1547 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 1170.

M. Élie Aboud. Il est défendu.

(L'amendement n° 1170, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 260.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(L'amendement n° 260, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 2081 et 2249 rectifié.

La parole est à M. Gérard Sebaoun, pour soutenir l'amendement n° 2081.

M. Gérard Sebaoun. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2249 rectifié.

Mme Dominique Orliac. Il est défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, car cette proposition est déjà satisfaite. En effet, aux termes de l'alinéa 49 de l'article, les ESPIC sont habilités, de plein droit, à faire partie du service public hospitalier : ils n'ont donc pas vocation à établir des accords d'association. Ils peuvent toutefois être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire, le partenariat prenant alors la forme d'une convention, aux termes de l'alinéa 11 de l'article suivant.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Si les amendements ne sont pas retirés, avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Je retire l'amendement.

(L'amendement n° 2081 est retiré.)

M. le président. Madame Orliac, retirez-vous le vôtre ?

Mme Dominique Orliac. Non, je le maintiens.

(L'amendement n° 2249 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement rédactionnel, n° 241, de Mme la rapporteure.

(L'amendement n° 241, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 26, amendé, est adopté.)

h. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 26

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... *(le reste sans changement)*. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et à la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical. » ;

2° Après l'article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6111-1-1.* – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« *Art. L. 6111-1-2.* – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

« 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

« *Art. L. 6111-1-3.* – Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

3° (*Supprimé*)

4° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-6-1.* – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins au titre du 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;

B. – Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :

« *Chapitre II*

« *Service public hospitalier*

« *Art. L. 6112-1.* – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« *Art. L. 6112-2.* – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque cette personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

« II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé, avec voix consultative, dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1 ;

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

« III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 ;

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées à l'article L. 1434-12, ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

« 5° (*nouveau*) Ils développent des actions de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires de santé isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« *Art. L. 6112-3.* – Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

« 4° (*nouveau*) Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

« Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser, si besoin, les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

« *Art. L. 6112-4.* – I. – Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

« L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5.

« II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :

« 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente ;

« 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3.

« Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

« *Art. L. 6112-4-1 (nouveau).* – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

« Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

« Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

« Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

« *Art. L. 6112-4-2 (nouveau).* – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

« *Art. L. 6112-5.* – Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

C. – L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5.* – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1^o du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

« Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »

I bis (nouveau). – Au plus tard six mois à compter de la promulgation de la présente loi, les avenants au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus aux articles L. 6112-3 et L. 6112-4-1 du code de la santé publique font l'objet d'une négociation entre le directeur de l'agence régionale de santé compétente et les établissements concernés.

II et III. – (*Supprimés*)

IV. – Les stipulations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique et celles des contrats spécifiques conclus en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, en vertu desquelles des établissements de santé ou d'autres acteurs de santé contractants assurent ou contribuent à assurer, à la date de la publication de la présente loi, une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dudit code, dans la même rédaction, et qui ont fixé, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière des obligations inhérentes à ces missions cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :

1^o À la date de promulgation de la présente loi pour les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées et à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, pour les établissements privés habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier en application du même article ;

2^o À l'échéance du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou du contrat spécifique conclu en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour tout établissement ne relevant pas du 1^o du présent IV et pour tout autre acteur de santé ayant conclu un contrat spécifique mentionné précédemment ou, en cas d'habilitation de l'établissement à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de son habilitation.

2. Sénat

a. Projet de loi transmis au Sénat le 15 avril 2015

Article 26

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. - Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

1^o L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic,

la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... (*le reste sans changement*). » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et à la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical. » ;

2° Après l'article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6111-1-1.* - Dans le cadre de la mise en oeuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en oeuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« *Art. L. 6111-1-2.* - Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

« 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

« *Art. L. 6111-1-3.* - Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

3° (*Supprimé*)

4° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-6-1.* - L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins au titre du 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;

B. - Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Service public hospitalier*

« *Art. L. 6112-1.* - Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« *Art. L. 6112-2.* - I. - Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque cette personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

« II. - Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé, avec voix consultative, dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1 ;

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

« III. - Les établissements de santé mettent également en oeuvre les actions suivantes :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 ;

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées à l'article L. 1434-12, ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

« 5° (*nouveau*) Ils développent des actions de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires de santé isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Art. L. 6112-3. - Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

« 4° (*nouveau*) Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

« Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser, si besoin, les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

« Art. L. 6112-4. - I. - Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

« L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5.

« II. - À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :

« 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente ;

« 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3.

« Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

« *Art. L. 6112-4-1 (nouveau)*. - Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

« Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

« Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

« Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

« *Art. L. 6112-4-2 (nouveau)*. - Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

« *Art. L. 6112-5*. - Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

C. - L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5*. - Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

« Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »

I bis (nouveau). - Au plus tard six mois à compter de la promulgation de la présente loi, les avenants au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus aux articles L. 6112-3 et L. 6112-4-1 du code de la santé publique font l'objet d'une négociation entre le directeur de l'agence régionale de santé compétente et les établissements concernés.

II et III. - (*Supprimés*)

IV. - Les stipulations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique et celles des contrats spécifiques conclus en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, en vertu desquelles des établissements de santé ou d'autres acteurs de santé contractants assurent ou contribuent à assurer, à la date de la publication de la présente loi, une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dudit code, dans la même rédaction, et qui ont fixé, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière des obligations inhérentes à ces missions cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :

1° À la date de promulgation de la présente loi pour les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées et à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, pour les établissements privés habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier en application du même article ;

2° À l'échéance du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou du contrat spécifique conclu en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour tout établissement ne relevant pas du 1° du présent IV et pour tout autre acteur de santé ayant conclu un contrat spécifique mentionné précédemment ou, en cas d'habilitation de l'établissement à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de son habilitation.

b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|------------|-------------|----|-------------|-------------|-------------|--|----|
| Article | | | | | | | | | 26 |
| (art. L. 6111-1, | L. 6111-1-1 | à | L. 6111-1-3 | et | L. 6111-6-1 | [nouveaux], | | | |
| L. 6112-1 | à | L. 6112-4, | L. 6112-4-1 | et | L. 6112-4-2 | [nouveaux] | | | |
| et | L. 6116-5 | du | code | de | la | santé | publique) | | |
| Définition | | du | service | | public | | hospitalier | | |
| et des obligations qui lui sont liées | | | | | | | | | |

Objet : Cet article tend à réinscrire dans la loi la notion de service public hospitalier (SPH), et à définir son contenu et les conditions de participation des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article a fait l'objet d'une réécriture globale par un amendement du Gouvernement, adopté au stade de l'examen en commission à l'Assemblée nationale.

Il se compose de cinq parties.

Le I modifie le code de la santé publique.

Le A modifie le chapitre du code de la santé publique relatif aux missions des établissements de santé.

Le 1° modifie l'article L. 6111-1 pour prévoir que les établissements de santé prennent en compte la singularité et les aspects psychologiques des personnes qu'ils ont en charge et qu'ils mènent des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Il est également précisé qu'ils peuvent délivrer des soins palliatifs.

Par coordination avec l'article 1^{er} du projet de loi, la notion de santé publique est remplacée par celle de santé.

Un nouvel aliéna est ajouté pour permettre aux établissements de santé de participer aux actions de formation, d'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé ainsi qu'au développement professionnel continu des professionnels de santé et à la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical.

Le 2° propose d'insérer trois articles nouveaux après l'article L. 6111-1.

Le texte proposé pour l'article L. 6111-1-1 prévoit que les établissements mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, notamment en orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité dans la cadre de conventions avec l'Etat.

Le texte proposé pour l'article L. 6111-1-2 prévoit que les établissements de santé peuvent dispenser des soins aux personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte, aux détenus, aux personnes placées en rétention de sûreté et à celles placées en centre de rétention administrative.

L'article L. 6111-1-3 propose pour sa part de garantir à tous les patients pris en charge en urgence les garanties relatives à l'accueil et aux tarifs prévus.

Le 3° a été supprimé par coordination.

Le 4° propose d'insérer un nouvel article L. 6111-6-1 pour prévoir que l'Etat participe aux dépenses des établissements pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des professionnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts en loi de finances. Cet article prévoit également que les frais liés aux centres de réception et de régulation des appels sont financés par des contributions qui peuvent notamment venir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales. Enfin l'Etat prend en charge les dépenses exposées par les établissements au titre des soins dispensés aux étrangers placés en centre de rétention administrative.

Le B du I propose une nouvelle rédaction du chapitre du code de la santé publique relatif aux missions de service public des établissements de santé pour prévoir la mise en place d'un service public hospitalier (SPH).

Le texte proposé pour l'article L. 6112-1 prévoit que le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé ainsi que l'aide médicale urgente.

Le texte de l'article L. 6112-2 prévoit quatre conditions cumulatives pour les établissements et les professionnels participant au service public hospitalier. Ces conditions sont :

un accueil adapté et un délai de prise en charge correspondant à l'état de santé ;

une permanence d'accueil et de soins ou à défaut la garantie d'une prise en charge dans un autre établissement ou une structure adaptée ;

l'égal accès à des activités de prévention et de soins de qualité ;

l'interdiction des dépassements de tarifs et d'honoraires, y compris lorsque le patient est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

Des obligations complémentaires sont prévues pour les établissements assurant le service public hospitalier :

garantir la participation des usagers avec voix consultative ;

transmettre annuellement à l'agence régionale de santé (ARS) leur compte d'exploitation.

Ces établissements doivent répondre à la demande éventuelle de l'ARS pour :

participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;

développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population en cas de carence de l'offre ;

développer des actions de coopération avec les établissements de santé privés, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les centres de santé, les maisons de santé et les professionnels libéraux.

Les établissements doivent informer l'ARS de leur décision de cesser ou de modifier une activité de soins susceptible de restreindre l'offre de soins sur le territoire et rechercher avec l'ARS les alternatives possibles.

Ils doivent également développer des actions spécifiques aux départements d'outre-mer, à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le texte proposé pour l'article L. 6112-3 indique quels sont les établissements assurant le service public hospitalier. Il s'agit, sans condition, des établissements publics de santé, des hôpitaux des armées et des établissements privés d'intérêt collectif, des dispositions transitoires concernant leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens étant prévues par cet article. Les établissements privés commerciaux peuvent être habilités à assurer le service public hospitalier après avis conforme de la conférence médicale d'établissement (CME) et à condition d'exercer l'ensemble de leur activité à tarif opposable.

L'article L. 6112-4 prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté par le directeur général de l'ARS aux obligations liées au service public hospitalier. A l'issue d'une procédure contradictoire définie par décret en Conseil d'Etat et en proportion de l'infraction constatée, ces sanctions peuvent comprendre une pénalité financière allant jusqu'à 5 % des produits reçus par l'établissement au cours de l'année précédente et, pour les établissements privés, jusqu'au retrait de l'habilitation.

Le texte du nouvel article L. 6112-4-1 prévoit que les établissements privés qui ne participent pas au service public hospitalier y sont associés s'ils sont autorisés à prendre en charge les urgences. Dans le cadre des urgences ou de la permanence des soins, et y compris pour les soins consécutifs à cette prise en charge, les tarifs opposables doivent être pratiqués.

L'article L. 6112-4-2 précise que les autorisations d'activité ne tiennent pas compte de la participation ou non d'un établissement au service public hospitalier.

Le C du I propose une nouvelle rédaction de l'article L. 6161-5 relatif à la définition des établissements de santé privés d'intérêt collectif pour effectuer des coordinations.

Le **I bis** nouveau tend à prévoir un délai de six mois pour l'adoption des avenants aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens rendus nécessaires par la mise en place du service public hospitalier.

Le **II** et le **III**, qui prévoyaient des dispositions reprises ailleurs dans l'article dans le cadre de l'amendement présenté par le Gouvernement à l'Assemblée nationale ou des coordinations, ont été supprimés.

Le **IV** prévoit que les dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens cessent d'avoir effet à partir de la mise en place du service public hospitalier pour les établissements y participant de plein droit, à compter de la fin de la convention pour les autres.

II - La position de la commission

Le service public hospitalier est une **étiquette** qui a pour seul contenu réel l'obligation de pratiquer les tarifs opposables sur l'ensemble de l'activité de l'établissement. Pour autant votre commission n'est pas opposée à sa mise en place, qui est vue par les établissements publics et les personnels hospitaliers comme une reconnaissance de la spécificité de leurs tâches.

Néanmoins afin de reconnaître le rôle que les établissements privés jouent dans la réalité de l'offre de soins aux patients, votre commission a rétabli, sur proposition de ses rapporteurs, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public tout en maintenant les garanties qui s'attachent actuellement pour les patients à l'exercice de ces missions, y compris les tarifs opposables (**amendement COM-387**).

A l'initiative de notre collègue Gilbert Barbier, la commission a supprimé la mention de la participation des établissements qui assurent service public hospitalier à la formation initiale des sages-femmes, ces formations étant exercées par des écoles intégrées aux CHU (**amendement COM-34**).

A l'initiative de nos collègues Gilbert Barbier et Jean-Pierre Grand, elle a supprimé la possibilité de participation des établissements qui assurent le service public hospitalier aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS (**amendements COM-45 et COM-98**).

Enfin, à l'initiative de notre collègue Roger Karoutchi, la commission a précisé que les décisions d'autorisation ne seront pas fonction de la participation d'un établissement au service public hospitalier (**amendement COM-127**).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

i. Séances publiques

Vendredi 18 septembre 2015

M. le président. La parole est à M. Maurice Antiste, sur l'article.

M. Maurice Antiste. J'avais déposé un amendement d'appel sur cet article afin d'appeler une nouvelle fois l'attention sur le maintien de certains services en Martinique et en Guyane.

La dotation des MIGAC, les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, est prévue à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que cette dotation participe notamment à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à l'amélioration de la qualité des soins, à la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, au financement des missions de service public des établissements de santé telles que la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et post-universitaire, la recherche et la formation, les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, les actions de santé publique, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Il semble que la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, la neuroradiologie interventionnelle, la réanimation polyvalente et néonatale, le service des grands brûlés puissent être considérés comme inclus dans ces missions, au titre de la permanence des soins ou des orientations du schéma régional des soins. L'article L. 6112-1 du code de la santé publique relatif aux missions de service public des établissements de santé pourrait néanmoins être complété afin de mentionner que les domaines et services médicaux que je viens de mentionner relèvent de la permanence des soins, lorsque la taille du bassin de population est trop petite pour assurer un financement équilibré de ces services par la tarification à l'activité.

Tel est le sens de l'amendement d'appel que j'avais déposé sur cet article et ce sujet importants pour nous, parlementaires et citoyens ultramarins.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. L'article 26 est une disposition phare du projet de loi. Il signe le rétablissement du service public hospitalier que nous avons vu, en 2009, tronçonné par missions qui pouvaient être concédées à la carte. Reste qu'il ne s'agit pas ici de refaire l'histoire ; je veux seulement souligner à l'intention de nos concitoyens que le projet de loi tend à rétablir un mot. Ce mot peut tout changer pour la personne contrainte de se rendre dans un établissement de santé.

Avant 2009, l'article L. 6112-2 du code de la santé publique prévoyait que ces établissements devaient être en mesure d'accueillir les patients ou d'assurer « leur admission » dans un autre établissement. La loi du 21 juillet 2009 dite « loi HPST » a substitué au terme « admission » celui « d'orientation », ce qui m'avait conduit à interroger la ministre de la santé de l'époque lors du débat qui s'était tenu en séance sur le bilan de la loi HPST, un an après. « Garantir l'admission », c'était clair : l'établissement qui ne pouvait ou ne souhaitait pas prendre en charge un patient avait l'obligation de s'assurer qu'il était effectivement pris en charge par un autre établissement. Mais que signifiait « garantir l'orientation » ? Suffisait-il de tendre le bras et de dire : « c'est là-bas » ? Ma question n'avait alors pas trouvé réponse.

Il est donc fort heureux que le projet de loi rétablisse sans ambiguïté aucune l'ancienne obligation de s'assurer de la prise en charge effective du patient par un autre établissement de santé lorsqu'il ne peut être accueilli dans celui où il se présente d'abord.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Le service public hospitalier est pour nous une étiquette dont le seul contenu réel est l'obligation de pratiquer des tarifs opposables sur l'ensemble des activités de l'établissement. Pour autant, nous ne sommes pas opposés à la notion de service public hospitalier, que les établissements publics et les personnels hospitaliers considèrent comme une reconnaissance de la spécificité de leurs tâches.

Si nul ne songe à contester cette spécificité, les établissements privés et, parmi eux, les établissements privés à but lucratif, jouent néanmoins un rôle essentiel dans l'offre de soins aux patients sur nos territoires. Il n'y a d'ailleurs pas de raison d'opposer public et privé, qui fonctionnent le plus souvent en bonne intelligence au service des patients.

Tout en admettant le rétablissement du service public hospitalier et ses règles, qui excluent de fait les cliniques privées, nous avons jugé indispensable de rétablir un équilibre et de reconnaître la place des établissements privés. Nous avons donc maintenu la possibilité pour ces établissements privés d'exercer des missions de service public créées par la loi HPST, avec toutes les garanties qui s'attachent actuellement pour les patients à l'exercice de ces missions, y compris les tarifs opposables. Le service public hospitalier recouvrira pour sa part les établissements publics et privés à but non lucratif. C'est pour nous une position d'équilibre.

M. le président. Les amendements identiques n° 246 rectifié *bis*, présenté par MM. Houpert, Cadic, Longuet, Saugey, de Raincourt et Mayet, Mme Deromedi, MM. Lefèvre, Joyandet, Charon et Guerriau et Mme Loïsier, et n° 278, présenté par M. Barbier, ne sont pas soutenus.

Je suis saisi de douze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 642, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 9, seconde phrase

Après les mots :

des professionnels de santé

insérer les mots :

et à la formation initiale des sages-femmes

II. – Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

III. – Alinéa 60

Rétablir le 1° dans la rédaction suivante :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11. » ;

IV. – Alinéa 85

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 6112-4-2 – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. La présentation de M. le président de la commission des affaires sociales est habile, mais, dans l'esprit du Gouvernement, le service public hospitalier, ce n'est pas simplement une étiquette : ce sont des engagements pris et des droits pour nos concitoyens. À cet égard, les dispositions de l'amendement n° 642, qui tend à rétablir la rédaction initiale du présent article, répondent à deux préoccupations.

Premièrement, la notion de service public hospitalier, déclinée à travers des garanties fondamentales, doit pouvoir être rétablie. Ces garanties fondamentales, c'est à la fois l'accessibilité financière, la permanence de l'accueil et l'égal accès aux soins. Ce ne sont pas de simples slogans mais des garanties concrètes.

Deuxièmement, l'ensemble des établissements de santé doivent être éligibles. Il ne faut pas les discriminer *a priori*. Le principe de l'adhésion ou de l'appartenance au service public hospitalier doit être étendu à tout établissement qui, indépendamment de son statut, répond aux garanties exigées.

Le Gouvernement souhaite que l'équilibre atteint initialement, lequel permet de lever des incompréhensions, soit rétabli à la faveur de cette discussion.

M. Jean Desessard. Bravo !

M. le président. L'amendement n° 472, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 9, seconde phrase

Après les mots :

de santé

insérer les mots :

et à la formation initiale des sages-femmes

II. – Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

III. – Alinéa 85

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 6112-4-2. – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Étant donné l'exposé on ne peut plus clair que vient de faire Mme la ministre, je serai brève.

Lors de la discussion de la loi HPST, nous avons débattu très longuement de la dislocation, de la vente à la découpe du service public hospitalier. Je le rappelle, il s'agissait, avec ce texte de loi, de définir quatorze missions de service public hospitalier susceptibles d'être choisies, à leur bon gré, par les uns ou par les autres.

Au-delà de la définition du service public hospitalier, qu'a rappelée avec force Mme la ministre, je le dis très clairement à mon tour : tout établissement de santé est éligible au service public hospitalier. Aujourd'hui, c'est ce principe que nous devons affirmer vigoureusement. Ce dernier doit permettre d'éviter des polémiques stériles et s'appliquer dès lors que l'on veut réaliser ce service public hospitalier dans sa globalité.

Madame la ministre, je vous remercie de votre amendement, qui tend à rétablir le texte initial de cet article. Ce dernier est tout à fait fondamental pour l'organisation de notre système de santé.

M. le président. L'amendement n° 753, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. La commission des affaires sociales a rétabli la possibilité, pour les établissements privés, d'exercer des missions de service public.

Mes chers collègues, vous le savez, nous sommes opposés à la privatisation des missions de service public de santé et du service public hospitalier. Il s'agit là d'une dérive issue de la loi HPST, dont l'une des grandes innovations réside dans la division du service public de santé en treize missions de service public. Cette mesure ouvre la voie aux inégalités dans l'accès aux soins et permet aux établissements de santé lucratifs de choisir, parmi leurs missions, celles qu'ils jugeront les plus rentables.

C'est donc en toute logique que nous vous invitons à supprimer les alinéas 20 à 41 du présent article.

M. le président. L'amendement n° 49 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, MM. Malhuret et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 48 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Deseyne, M. Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 260 rectifié, présenté par MM. Pointereau, Mayet, Commeinhes, Charon, Saugey et B. Fournier, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Mélot et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 47 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi, MM. César, Malhuret, P. Leroy et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 682, présenté par M. Labazée, Mme Génisson, M. Lorgeoux et Mme Espagnac, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 64

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... Ils peuvent participer aux groupements de coopération sanitaire prévus à l'article L. 434-12.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

[Mme Catherine Génisson](#). Il est défendu.

[M. le président](#). L'amendement n° 755, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéas 80 à 86

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

[Mme Laurence Cohen](#). La commission a adopté un amendement, déposé par M. Karoutchi, tendant à autoriser les établissements privés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence et à associer ces structures au service public hospitalier. Jusqu'à présent, le code de la santé publique excluait cette possibilité pour les établissements privés et soumettait à autorisation les établissements qui devaient appartenir au service public hospitalier.

Ces alinéas représentent une dérive alarmante.

Alors que l'hôpital public fait face à de graves difficultés, en termes de moyens humains et financiers, au lieu de développer les dispositifs permettant d'accueillir correctement des patients en situation d'urgence, on préfère en quelque sorte sous-traiter aux établissements privés les déficits des urgences publiques.

Autant les établissements privés à but non lucratif participent à l'exercice d'une mission d'intérêt général, autant les établissements à but lucratif s'en éloignent : leur premier objectif est la recherche de la rentabilité financière en matière de santé.

[M. le président](#). L'amendement n° 358 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Kennel, Laménie, D. Laurent, Lemoyne, Morisset, Mouiller, Nougéin, Requier et Bouvard, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 52 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon, Calvet et Lemoyne, Mme Deromedi, MM. Malhuret et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 756, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 86

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La délivrance ou le renouvellement de l'autorisation peuvent être subordonnés à la participation à une ou plusieurs des missions de service public prévues à l'article L. 6112-1, à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens, le service public de la permanence de soins ou à la pratique de tarifs opposables. » ;

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

[Mme Brigitte Gonthier-Maurin](#). L'un des objectifs du projet de loi semble bien être de favoriser la permanence des soins sur tout point du territoire à la fois en quantité – je pense aux équipes pluridisciplinaires susceptibles d'intervenir – et en qualité.

Cette permanence des soins, justement mesurée par les agences régionales de santé, qui tiendraient compte de l'avis des professionnels et des acteurs de la société dans son ensemble, semble devoir correspondre aux exigences de santé publique.

Outre l'efficacité technique des modes de traitement des affections, le développement de la recherche ou l'accomplissement de missions de service public, ces exigences impliquent, à nos yeux, un enjeu essentiel : l'égal accès aux soins de tous les patients présents sur un territoire donné.

Or force est de le constater : la persistance de la pratique des dépassements d'honoraires, au-delà de la prise en charge des tarifs conventionnés par le système d'assurance maladie et les régimes complémentaires, est à l'évidence un frein à l'égalité de traitement des patients et des assurés sociaux. Elle constitue, de fait, un obstacle plus qu'un atout pour toute politique de santé publique digne de ce nom. En effet, elle éloigne les plus vulnérables, les plus modestes de nos concitoyens de l'accès à un service de santé de qualité. Il faut avoir à l'esprit toutes les conséquences qu'un tel choix peut avoir à moyen et long terme.

Vouloir que les conventions conclues sous les auspices des agences régionales de santé incluent la notion de tarif opposable est donc une simple mesure de bon sens, que je ne peux que vous encourager à valider en adoptant cet amendement, mes chers collègues.

[M. le président](#). Quel est l'avis de la commission sur les amendements n^{os} 642, 472, 753, 682, 755 et 756 ?

[M. Alain Milon](#), corapporteur. Par l'amendement n° 642, le Gouvernement cherche à rétablir dans sa rédaction initiale l'article 26, que la commission a modifié.

La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement, ainsi que sur les amendements n°s 472 et 753, qui ont le même objet.

Les dispositions de l'amendement n° 682 comportent une erreur de référence. Au demeurant, la participation des établissements aux groupements de coopération sanitaire est déjà possible. Aussi, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 755 a reçu un avis défavorable.

À propos de l'amendement n° 756, je signale que les missions de service public sont déjà pratiquées à tarif opposable. Aller au-delà ne paraît pas conforme à la liberté des praticiens exerçant en clinique. En conséquence, la commission a également émis un avis défavorable.

[M. le président](#). Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Bien entendu, le Gouvernement est favorable aux amendements n°s 472 et 753.

En revanche, je demande à Mme Génisson de bien vouloir retirer l'amendement n° 682. M. le rapporteur l'a dit : le code de la santé publique indique déjà que les groupements de coopération sanitaire peuvent être constitués entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux. Préciser que les établissements du service public hospitalier peuvent participer à ces groupements laisserait à penser, en creux, que tel n'est pas le cas pour des établissements ne participant pas au service public hospitalier.

Sur l'amendement n° 755, le Gouvernement émet un avis défavorable. Il s'agit de reconnaître aux établissements privés exerçant une activité d'urgence un statut d'association au service public hospitalier, dès lors que les obligations du service public hospitalier s'imposent à tous. Je rappelle que, en vertu du droit existant, il n'y a pas de lien entre le régime des autorisations et l'appartenance éventuelle au service public hospitalier.

Quant à l'amendement n° 756, il appelle également, de la part du Gouvernement, un avis défavorable. Je le répète : l'objectif n'est pas d'établir un lien entre le droit, les autorisations et les missions de service public.

[M. le président](#). Je mets aux voix l'amendement n° 642.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

[M. le président](#). Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

[M. le président](#). Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 259 :

| | |
|------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Nombre de suffrages exprimés | 324 |
| Pour l'adoption | 136 |
| Contre | 188 |

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 472.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que celui du Gouvernement est favorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

[M. le président](#). Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

[M. le président.](#) Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 260 :

| | |
|------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Nombre de suffrages exprimés | 343 |
| Pour l'adoption | 155 |
| Contre | 188 |

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 753.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que celui du Gouvernement est favorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

[M. le président.](#) Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

[M. le président.](#) Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 261 :

| | |
|------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Nombre de suffrages exprimés | 343 |
| Pour l'adoption | 155 |
| Contre | 188 |

Le Sénat n'a pas adopté.

Madame Génisson, l'amendement n° 682 est-il maintenu ?

[Mme Catherine Génisson.](#) Non, je le retire, monsieur le président.

[M. le président.](#) L'amendement n° 682 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 755.

(L'amendement n'est pas adopté.)

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 756.

(L'amendement n'est pas adopté.)

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

Néant

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 26

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... (*le reste sans changement*). » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. » ;

2° Après l'article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6111-1-1.* – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« *Art. L. 6111-1-2.* – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

« 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

« *Art. L. 6111-1-3.* – Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

3° (*Supprimé*)

3° *bis (nouveau)* Après l'article L. 6112-1, sont insérés des articles L. 6112-1-1 et L. 6112-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6112-1-1.* – Les établissements de santé privés peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

« 2° La prise en charge des soins palliatifs ;

« 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

« 4° La recherche ;

« 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

« 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

« 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

« 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

« 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

« 10° Les actions de santé publique ;

« 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

« 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

« 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

« *Art. L. 6112-1-2.* – L'établissement de santé privé chargé d'une ou de plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1-1 garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

« 1° L'égal accès à des soins de qualité ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

« 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

« Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou de plusieurs des missions de service public. » ;

4° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-6-1.* – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins au titre du 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;

B. – Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :

« *Chapitre II*

« *Service public hospitalier*

« *Art. L. 6112-1.* – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« *Art. L. 6112-2.* – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque cette personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

« II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé, avec voix consultative, dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1 ;

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

« III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

« 1° (*Supprimé*)

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées à l'article L. 1434-12, ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

« 5° Ils développent des actions de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires de santé isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« *Art. L. 6112-3.* – Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

« 4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

« Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du relative à la santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser, si besoin, les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

« *Art. L. 6112-4.* – I. – Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

« L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5.

« II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :

« 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente ;

« 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3.

« Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

« Art. L. 6112-4-1. – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

« Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

« Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

« Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

« Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2, qu'il est habilité dans les conditions définies à l'article L. 6112-3 ou qu'il est associé dans les conditions définies à l'article L. 6112-5. Les critères qui président à la délivrance des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-2 sont précisées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 6112-4-2. – (*Supprimé*)

« Art. L. 6112-5. – Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

C. – L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6161-5. – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

« Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »

I bis. – (*Non modifié*)

II et III. – (*Supprimés*)

IV. – (*Non modifié*)

b. Amendements adoptés en commission

Amendement n° AS347 présenté par Mme Laclais

Supprimer les alinéas 20 à 41.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 26 propose de renouer avec la tradition française du service public par le biais d'un rétablissement d'un bloc de compétences. La loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST), le service public se caractérise par une approche matérielle résumée au travers de quatorze missions précisées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. Si l'énumération des missions de service public permet d'identifier les missions principales de service public, elle ne constitue pas une liste exhaustive des obligations qui s'imposent au secteur non lucratif. Rappelons ainsi que selon le rapport Couty 80 % des missions des activités de soins actuellement assumées par les établissements publics de santé ne sont pas incluses dans le champ l'article L. 6112-1. Il est donc proposé de revenir sur le rétablissement de l'approche matérielle du service public.

Amendement n° AS346 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 60 :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11. ».

II. – À l'alinéa 61, substituer à la référence : « à l'article L 1434-12 » la référence : « au III de l'article L. 1434-9 ».

III. – À l'alinéa 64, supprimer les mots : « de santé ».

IV. – Substituer aux alinéas 85 et 86 l'alinéa suivant :

« Art. L. 6112-4-2. - Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2 ou qu'il y est associé en application de l'article L. 6112-4-1.».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement rétablit en partie la rédaction de l'article 26 telle qu'issue du texte adopté par l'Assemblée nationale.

Le Sénat a supprimé la possibilité de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS. Cette suppression ne semble pas compatible avec les obligations afférentes au service public. La désignation intervient en effet dans un contexte précis, celui de la carence de l'offre de soins.

Il propose une nouvelle rédaction de l'alinéa 85, la rédaction du Sénat quant aux décisions d'autorisation n'étant pas opportune. Il n'a en effet jamais été question de lier l'autorisation à l'appartenance ou non au service public hospitalier.

Cet amendement procède également à une mesure de coordination (diagnostic territorial) et à la correction d'une coquille.

c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 9h30, compte rendu n°14

Article 26 : Refondation du service public hospitalier

La Commission examine l'amendement AS347 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement propose de supprimer les alinéas réinstaurant les quatorze missions de service public.

M. Denis Jacquat. Outre le fait qu'on ne reparle pas de convergence, je voudrais savoir, madame la rapporteure, quelle est la nouvelle politique française hospitalière concernant l'articulation entre les hôpitaux publics et les hôpitaux d'instruction des armées.

Depuis la restructuration militaire, de plus en plus de conventions sont passées, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), entre les hôpitaux militaires et les hôpitaux publics. L'inquiétude est grande, même si les hôpitaux militaires dépendent du ministère des armées, car c'est l'ARS qui régule les conventions. Les personnels sont très inquiets, car ils ont l'impression d'une asphyxie des centres d'instruction des armées. Ils souhaiteraient connaître la nouvelle politique menée à cet égard.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement conduit à restaurer le texte que le Gouvernement avait fait approuver par sa majorité à l'Assemblée. Il persiste dans cette obsession dogmatique visant à donner une sorte de monopole public à l'hospitalisation. C'est une erreur profonde et nous aurons l'occasion de l'expliquer à l'occasion des amendements qui suivent. Mais l'exposé des motifs de l'amendement de la rapporteure illustre bien cette attitude partisane reposant sur des préjugés et extrêmement dangereuse, dans la mesure où la France et l'assurance maladie n'ont plus les moyens de nourrir deux systèmes qui seraient opposés.

Vous allez mettre en difficulté le secteur privé, qui va finir par disparaître. Vous aurez ensuite un monopole public qui coûtera de plus en plus cher. Il y aura inmanquablement une baisse de la qualité des soins, car l'émulation et la concurrence sont indispensables pour assurer la qualité. Sans parler des listes d'attente, car les coûts exploseront et c'est à ce niveau qu'il faudra réguler. Nous dénonçons avec force ces dispositions.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Accoyer, vous relancez un débat que nous avons eu en première lecture, qui a eu lieu au Sénat, et que nous aurons encore une fois dans l'hémicycle la semaine prochaine. Je n'y reviens donc pas.

Monsieur Jacquat, je veux bien essayer de répondre à votre question, mais je pense qu'elle s'adresse plutôt à la ministre de la santé. Je vous invite à la poser à nouveau la semaine prochaine. Je peux tout de même vous dire qu'il est prévu que les hôpitaux des armées, faisant partie du service public hospitalier (SPH), sont alignés de

ce point de vue sur le même statut. Une ordonnance traite de ce point à la fin du texte. Cela étant, la ministre vous apportera sans doute une réponse plus complète.

(M. Jean-Patrick Gille remplace Mme Catherine Lemorton à la présidence).

La Commission **adopte** l'amendement AS347.

La Commission est saisie des amendements identiques AS61 de Mme Valérie Boyer, AS107 de M. Jean-Pierre Door, AS115 de M. Bernard Accoyer et AS268 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. Le Sénat a fait évoluer dans le bon sens la rédaction de l'article 26 en permettant aux établissements privés d'exercer des missions de service public. C'est le sens de mon amendement AS61, qui vise à supprimer l'alinéa 54.

En revanche, le Sénat a maintenu l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. L'alinéa 54 prévoit d'imposer aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins. Or le droit laisse le médecin libre de fixer et de contrôler ses dépassements, qu'il doit appliquer avec « tact et mesure ». C'est prévu dans la convention. Mais les tarifs prévus par la sécurité sociale n'ont pas évolué depuis plusieurs années. C'est la raison pour laquelle nous sommes dans cette situation. Outre l'expression « tact et mesure » contenue dans le code de déontologie, les dispositifs issus de la convention sont là pour limiter les dépassements d'honoraires.

Je propose de supprimer l'alinéa 54 afin de permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme cela est prévu dans la nouvelle rédaction de cet article, et surtout pour mettre fin à cette opposition stérile entre public et privé. Les établissements publics, comme les établissements privés, exercent leur activité avec de l'argent public et répondent souvent aux mêmes missions. Arrêtons de les dresser les uns contre les autres et permettons aux établissements privés de fonctionner comme je le propose.

Aujourd'hui, la loi limite déjà le droit du médecin à pratiquer des dépassements d'honoraires dans certains cas précis : urgence, permanence des soins. Cette quatrième obligation, fixée dans l'alinéa 54, doit être supprimée, car elle n'a pas lieu d'exister.

M. Jean-Pierre Door. L'alinéa 54 illustre la volonté du Gouvernement de contrecarrer les dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Dans l'article 26, qui traite du service public hospitalier, vous aviez totalement mis de côté les établissements privés. Le Sénat a fait évoluer l'article dans le bon sens en rétablissant, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public. En revanche, il a oublié l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. C'est une mesure tout à fait inégalitaire. Les médecins des établissements privés exerçant librement ne peuvent pas se voir imposer par la direction d'un établissement privé de se mettre en secteur 1 ou secteur 2 ; en revanche, dans les hôpitaux publics, il y a des médecins de secteur 2. Vous allez donc instaurer une inégalité dans le secteur public hospitalier avec, d'un côté, des établissements privés soumis à l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires, de l'autre, des établissements publics libres de le faire. Notre amendement propose de supprimer l'alinéa 54, qui montre cette différence de traitement. Cela étant, je le sais, c'est la philosophie de la gauche que d'être contre le secteur privé dans le monde médical.

M. Bernard Accoyer. L'intitulé même « service public hospitalier » montre que vous voulez tourner le dos à ce qui a prévalu jusqu'à présent : le service public de l'hospitalisation, qui recouvrait plusieurs catégories d'établissements, l'hôpital public, mais également les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif.

En tournant le dos à cette définition, vous montrez une position de parti pris éminemment dangereuse par son dogmatisme et par ses conséquences. En interdisant aux établissements qui accueillent les urgences tout dépassement d'honoraires, vous refusez d'admettre une réalité pourtant reconnue par tous : l'inadaptation de la nomenclature au coût des prestations et des charges. En effet, l'assurance maladie n'a pas fait évoluer la nomenclature et, compte tenu de leur coût, les nouvelles technologies ne sont pas couvertes. Par conséquent, les dépassements sont indispensables pour l'équilibre de cet exercice, même si, bien entendu, le tact et la mesure doivent s'imposer partout.

Dans ces conditions, de nombreuses spécialités, notamment chirurgicales ne peuvent plus être exercées normalement en secteur 1. Mais le Gouvernement, par principe, est totalement opposé au secteur 2 et multiplie toutes les mesures pour l'étouffer et le faire disparaître. Ayez au moins le courage de le dire !

Sans tenir compte de l'évolution des charges qui pèsent sur les établissements et sur les praticiens, en particulier les charges assurantielles, mais aussi les charges technologiques – matériels à usage unique, matériels toujours plus coûteux –, vous êtes en train de charger la barque du public. Un jour, l'assurance maladie ne pourra plus la porter, et ce que vous dénoncez avec véhémence, le risque d'une médecine à plusieurs vitesses, sera, par votre faute, devenu réalité en France.

En outre, votre projet de tarifs dégressifs et le maintien de l'autorisation des dépassements d'honoraires dans les établissements publics posent un problème d'égalité. C'est même un problème constitutionnel, que nous ne manquerons pas de soulever lorsque nous saisissons la juridiction constitutionnelle.

M. Bernard Perrut. Je profite de cette occasion pour rappeler notre attachement à la pluralité de nos systèmes de santé. Le Sénat a fait évoluer la rédaction de cet article dans le bon sens puisqu'il a rétabli pour les établissements privés la possibilité d'exercer des missions de service public. Mais il impose aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins, alors qu'elles n'ont aucun droit de contrôle sur les honoraires des médecins libéraux, tout en ne touchant pas à la possibilité qui existe pour les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public de pratiquer des dépassements d'honoraires, ce qui concerne près de 5 000 praticiens. C'est une disposition incohérente.

Nous proposons donc de supprimer l'alinéa 54 pour permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme le prévoit la nouvelle rédaction de l'article.

Les cliniques privées ont toute leur place dans notre système de santé. Avec seulement 17 % des financements dits hospitaliers, les établissements privés prennent en charge 34 % des patients hospitalisés. Le côté exemplaire de l'hospitalisation privée doit être également montré en matière d'efficacité médico-économique. C'est un acteur économique et social important, avec des emplois non délocalisables, qui maille les territoires français avec des prestataires. 71 000 salariés et 32 000 médecins libéraux y travaillent. Enfin, n'oublions pas que l'hospitalisation privée paie chaque année 600 millions d'euros d'impôts. Nous devons donc respecter la place des hôpitaux privés dans notre système de santé.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Vous ne serez pas surpris de m'entendre donner un avis défavorable à ces amendements...

Nous avons déjà eu ce débat en première lecture et nous l'aurons sans doute encore la semaine prochaine. Vous voulez supprimer une disposition essentielle à nos yeux, qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements qui participent au service public hospitalier. Je ne peux que vous dire à nouveau notre désaccord sur ce point.

Le Sénat a rétabli une disposition, qui me semble d'ailleurs contradictoire par rapport à celles qu'il a également réintroduites, et que nous venons de supprimer. S'il y avait déséquilibre, il était plutôt dans la rédaction de l'article 26 retenue par le Sénat.

M. Arnaud Robinet. L'article 26 illustre parfaitement à quel point nos deux visions sont radicalement différentes.

Notre système de santé repose sur deux piliers : le service public, d'un côté, le système privé ou libéral, de l'autre. L'option choisie par le Gouvernement vise à amplifier l'hospitalo-centrisme alors que notre pays devrait s'engager dans la voie de la déshospitalisation de la France : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les hôpitaux publics devraient retrouver leur véritable mission, c'est-à-dire l'excellence, la recherche et l'innovation.

Avec l'article 26, vous renforcez cet hospitalo-centrisme en déséquilibrant totalement notre système de santé. Le Gouvernement confirme, par la voix de la ministre et de la rapporteure, l'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires pour que les établissements puissent entrer dans le SPH, ce qui revient à en exclure de fait les cliniques privées.

Bernard Perrut a rappelé l'importance des établissements privés dans le système de santé français, en matière de santé, mais aussi en matière économique. La mesure que vous proposez est d'autant plus inégalitaire que les médecins des établissements publics de santé peuvent de leur côté pratiquer des dépassements d'honoraires sans que l'appartenance des établissements publics au SPH soit remise en cause.

Il y a là un vrai problème d'égalité entre établissements et entre professionnels de santé. Vous confirmez votre choix délibéré de déséquilibrer notre système de santé en renforçant l'hospitalo-centrisme, alors que les établissements publics devraient aujourd'hui retrouver leur véritable mission.

M. Gérard Sebaoun. Je suis favorable au maintien de cet alinéa pour les raisons suivantes.

Vous faites un amalgame qui n'a pas lieu d'être. Vous dites que le secteur privé doit participer au service public hospitalier. Nous sommes d'accord. Si c'est un choix, les règles doivent être les mêmes. Par contre, il n'y est pas obligé.

Prenons l'exemple d'un patient qui arrive aux urgences dans une clinique privée participant au service public hospitalier. Il est normal que celui-ci se voie appliquer les mêmes règles qu'à l'hôpital. Et ne me dites pas qu'à l'hôpital, les dépassements d'honoraires sont appliqués lorsqu'on reçoit un patient aux urgences : c'est absolument faux. Vous faites volontairement l'amalgame entre l'hôpital et la clinique pour ce qui relève de l'hospitalisation programmée et ce qui relève de l'urgence.

Si les cliniques veulent continuer à vivre en dehors du service public hospitalier, avec des praticiens qui, par convention en secteur 2, peuvent exiger des dépassements d'honoraires, elles le peuvent. Si elles rentrent dans le service public hospitalier, elles doivent se soumettre à ses règles, qui sont des règles d'équité pour les patients qui les fréquentent.

M. Élie Aboud. À ceci près qu'un patient qui entre dans un système hospitalier est immédiatement réorienté dans tel ou tel secteur où il peut rencontrer des praticiens hospitaliers qui peuvent pratiquer leurs propres tarifs.

Que la puissance publique, de droite ou de gauche, donne un signal pour encourager l'hôpital, personne n'est contre. Mais il faut que ce soit fondé sur la justice. Aujourd'hui, on ne peut pas accepter qu'un praticien hospitalier, qui n'a pas le souci de l'assurance de responsabilité civile ni de l'achat du matériel, soit soumis aux mêmes conditions qu'un autre praticien qui exerce le même métier. C'est profondément injuste.

J'ai commis un rapport, autrefois, sur le clinicien hospitalier, qui était une passerelle entre le privé et le public. Malheureusement, ce rapport a été enterré ; et pourtant tout le monde était d'accord à cette époque.

La Commission rejette les amendements.

La Commission examine, en discussion commune, les amendements AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door, AS269 de M. Gilles Lurton, AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.

Les amendements AS62, AS63 et AS269 sont identiques.

Les amendements AS65, AS67, AS116 et AS270 sont identiques.

Mme Valérie Boyer. Cette discussion est aberrante. On vient de constater qu'il y avait une erreur technique et on l'érige en dogme contre le privé par rapport au public. Vous faites en sorte que les établissements publics puissent avoir un secteur privé, mais vous interdisez au secteur privé de pratiquer les dépassements d'honoraires qui sont autorisés dans le public... On marche sur la tête ! Je rappelle qu'il existe les urgences et la permanence des soins, où le secteur 1 est requis. Je ne comprends pas les décisions aberrantes que vous prenez contre les établissements privés et contre les médecins. Il s'agit de spécialités rares et vous faites tout pour empêcher ces praticiens de travailler correctement.

Mon amendement AS62 propose d'améliorer l'état de santé de chacun au meilleur coût.

La maîtrise des dépenses de santé corrélée au maintien d'un niveau de prise en charge de qualité est un enjeu capital de notre système de santé. Le service public hospitalier doit prendre en considération cet enjeu majeur pour donner aux usagers du système de santé un service en rapport avec leurs besoins, tout en respectant un véritable optimum financier.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de remplacer cet alinéa par le respect du principe de l'efficacité, c'est-à-dire le meilleur soin au moindre coût. Dans un contexte économique contraint, le respect de ce principe est aussi un enjeu de responsabilité collective.

J'espère que nous allons prendre des décisions pragmatiques et non dogmatiques.

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement AS63 est défendu, mais je voudrais compléter les propos de Mme Boyer et répondre à M. Sebaoun.

Dans l'hôpital public, les professionnels de santé sont sous la responsabilité de la direction hospitalière, et donc, de l'ARS. Il y a une échelle de responsabilité des praticiens, que l'on appelle d'ailleurs des praticiens hospitaliers.

Dans un établissement privé, les professionnels de santé sont totalement libres d'exercice et libres de leur choix d'exercice. Ils ont leur propre responsabilité assurantielle et professionnelle et sont totalement indépendants.

Vous faites un amalgame entre les deux. Ou bien vous acceptez que les établissements privés fassent partie du secteur public hospitalier, ou bien vous refusez qu'ils y rentrent. Mais 100 % des établissements privés ont une diversité d'exercice professionnel en secteur 1 et secteur 2, ce qui n'est pas le cas dans le monde hospitalier.

M. Gilles Lurton. L'objectif de tout système de santé est d'améliorer l'état de santé de chacun, si possible au meilleur coût. C'est ce que propose l'amendement AS269.

Quand je lis tous les alinéas de l'article 26 sur le service public hospitalier, à aucun moment il n'est question de l'amélioration de la qualité des soins.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable à ces trois amendements.

Je ne vois pas comment ce que vous proposez peut s'insérer dans le dispositif. Il y a des garanties minimales applicables à toutes les personnes ayant recours aux services des établissements relevant du service public hospitalier : un accueil adapté, une permanence d'accueil et de prise en charge, une égalité de soins et de qualité, l'absence de dépassements d'honoraires. Dans ce cadre, il convient d'accueillir tout le monde, quel que soit l'état de santé de la personne concernée. Voilà pourquoi je ne comprends pas le sens de ces amendements tels qu'ils sont rédigés, ni comment ils s'insèrent dans le dispositif.

J'en viens aux questions qui ont été débattues par la majorité et l'opposition.

L'objectif de cette loi santé est d'éviter qu'il y ait des restes à charge importants pour le patient. On peut défendre le public, comme le privé. L'objectif est de garantir une égalité de traitement des patients, avec la

meilleure prise en charge. L'ensemble du texte veille, y compris dans les articles suivants, sur la base des amendements adoptés en première lecture, à ce que les dépassements d'honoraires et les restes à charge pour le patient soient les moins lourds possible. Telle est notre logique.

Vous en défendez une autre, c'est votre droit. Nous défendons une position différente, et je vois, dans tous les articles de ce texte, une continuité et une cohérence que je ne retrouve pas dans ce qui a été voté par le Sénat. C'est la raison pour laquelle j'ai émis un avis défavorable à l'ensemble des amendements qui traitaient de ces questions pour revenir à la cohérence de la première lecture, qui me semble être celle défendue depuis 2012 par le Gouvernement.

M. Gérard Sebaoun. Dans le cadre du service public hospitalier, les établissements privés se tourneront vers les praticiens qui travaillent en leur sein pour leur rappeler les règles que vient d'énoncer Mme la rapporteure. Certes, monsieur Door, un praticien du secteur 2 peut parfaitement les refuser, mais il s'agit alors d'un problème de contrat entre lui-même et l'établissement pour lequel il travaille.

Madame Boyer, en première lecture, nous avons presque unanimement voté un amendement que j'avais porté avec Christian Paul, visant à obliger les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale – soit un peu moins de 6 000 personnes – à être conventionnés en secteur II. Vous aviez, je crois, soutenu cette avancée. Mais si vous souhaitez aller jusqu'à la suppression du secteur privé à l'hôpital, on peut en parler !

M. Jean-Patrick Gille, président. Nous passons à la seconde série d'amendements identiques.

Mme Valérie Boyer. Monsieur Sebaoun, vous voulez en fait supprimer le secteur privé dans les établissements privés ! La discussion est invraisemblable : partant d'un oubli technique, vous en faites un dogme et vous voulez désormais obliger les établissements privés à n'avoir que du secteur 1, alors que la loi prévoit déjà que ce dernier s'impose à tous en cas d'urgence ou de permanence des soins. Je ne comprends pas votre logique !

L'amendement AS65 propose de rédiger ainsi l'alinéa 54 : « L'accessibilité des soins. Cette obligation est définie par décret en Conseil d'État. » L'accessibilité des soins est une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements de santé privés. En effet, les établissements de santé privés n'ont aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins – il est bon de le rappeler.

Enfin, chers collègues de la majorité, sachez que nous aussi souhaitons que la loi serve le patient. Il n'y a pas d'un côté ceux qui pensent au patient et de l'autre, ceux qui n'y pensent pas ; c'est précisément parce que nous y pensons que nous voulons permettre aux praticiens d'exercer leur activité comme ils le souhaitent, en toute liberté, au sein des établissements privés et dans le secteur privé des établissements publics.

M. Arnaud Robinet. Malgré les difficultés budgétaires et financières, le seul objectif du projet de loi doit évidemment être l'intérêt du patient. Aujourd'hui, nous n'avons plus les moyens d'opposer le privé au public, séparant le monde hospitalier en blanc et noir, gentils et méchants. Il nous faut nécessairement jouer sur la complémentarité entre ces deux types d'établissements. Comme vous, nous considérons que l'accessibilité des soins doit être une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé, et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements privés. On le sait, ces derniers ne fonctionnent pas de la même manière que leurs homologues publics ; ils n'ont notamment aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins. C'est pourquoi notre amendement AS67 propose de poser le principe de l'accessibilité des soins, dont les modalités de mise en œuvre seront définies par décret en Conseil d'État.

M. Bernard Accoyer. Mon amendement AS116 est identique. L'alinéa 54 exclut de facto les établissements privés du service public de l'hospitalisation, sans aucun fondement. Ce faisant, il fait courir un grand danger à notre système de soins : il faut savoir que le secteur privé assure 65 à 70 % des actes chirurgicaux en France. Le libre choix étant le premier droit des patients, ceux-ci doivent pouvoir se faire opérer là où ils le désirent et se sentent en confiance. En interdisant tout dépassement d'honoraires, vous menacez la survie des établissements privés, car dans un grand nombre de spécialités chirurgicales, les praticiens ne peuvent plus exercer en secteur 1 en raison de l'inertie dans l'évolution de la nomenclature, des techniques, des technologies, des matériels et de l'usage unique, qui a fait exploser les coûts non pris en charge. Dans ces conditions, cette modification législative expose tout notre système de soins à un risque énorme : si l'hospitalisation privée venait à disparaître – sans aucune raison d'ailleurs car le dépassement d'honoraires n'est pas pratiqué dans les urgences des établissements privés hospitaliers –, on verrait s'instaurer un monopole hospitalier public. Alors que les coûts du secteur public sont d'ores et déjà 30 à 40 % plus chers que ceux du privé, comment pourrait-on alors maîtriser les dépenses de l'assurance maladie ? On connaît le retard majeur de l'hospitalisation publique en matière de chirurgie ambulatoire ; la mort du privé ferait exploser les listes d'attente. Je vous en laisse la responsabilité !

M. Bernard Perrut. La satisfaction des usagers est le premier objectif des cliniques et hôpitaux privés, qui proposent une prise en charge de grande qualité. Dans l'un comme dans l'autre secteur, nos professionnels de santé font le même métier et soignent les mêmes patients. Pour répondre aux besoins de la population, les cliniques et hôpitaux privés sont implantés partout en France, dans les communes défavorisées – 20 % – comme favorisées – 19,5 %. Souvent, les patients ignorent d'ailleurs le statut de l'établissement de santé qu'ils fréquentent, le choisissant parce qu'il est proche de leur domicile ou recommandé par leur médecin. Ces établissements privés accueillent tous les patients assurés sociaux, et notamment 25 % des patients dits précaires, bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale d'État (AME). Ils disposent également de cent trente services d'urgence sur notre territoire, où les patients sont pris en charge sans dépassement d'honoraires. Nous devons respecter cette complémentarité, dès lors que les activités des établissements de santé privés sont régies par des textes définissant les normes de sécurité et de qualité des soins, que la mise en œuvre de ces règles est contrôlée par les ARS, et que les cliniques sont régulièrement évaluées. C'est le but de mon amendement AS270.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'émettrai un avis défavorable à l'ensemble de ces amendements qui n'ont qu'un seul objectif : revenir sur le débat que nous venons d'avoir.

Monsieur Perrut, l'article 26 prévoit déjà, dans son alinéa 37, que l'établissement de santé privé doit assurer « l'égal accès à des soins de qualité ». Si tel est l'objet de votre amendement, il est donc satisfait ; quant à vos autres questions, nous y avons déjà répondu.

M. Gérard Sebaoun. Il ne faudrait pas accrédi-ter l'idée que l'ensemble des spécialistes chirurgicaux pratiquent des dépassements d'honoraires ! C'est absolument faux : les dépassements se pratiquent surtout dans les grands centres et dans certains points du territoire. Nous vous fournirons tous les chiffres pour le débat dans l'hémicycle.

M. Arnaud Robinet. Vous avez parfaitement raison sur ce point !

La Commission rejette successivement les amendements identiques AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door et AS269 de M. Gilles Lurton, puis les amendements identiques AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS66 de Mme Valérie Boyer, AS117 de M. Bernard Accoyer, AS214 de M. Arnaud Robinet et AS271 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. Mon amendement AS66 propose de supprimer l'alinéa 55 qui dispose : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux ». Cette disposition rend opposables les garanties du service public hospitalier à des établissements de santé qui n'y participent pas nécessairement. En effet, si un établissement habilité « service public hospitalier » adresse un patient à un établissement non habilité SPH, ce dernier doit alors respecter toutes les obligations du service public hospitalier, ce qui met en cause la libre gouvernance des sociétés et donc plus largement le droit. De plus, cet alinéa porte atteinte à la fluidité du parcours de soins des patients et au libre choix du patient, de son praticien et de sa structure de soins.

Une fois encore, cette position dogmatique ne correspond pas à la façon dont on se soigne aujourd'hui en France. Les patients ne font pas la différence entre le public et le privé ; ils suivent leur médecin et sont pris en charge et remboursés de la même façon. Revenir à ces batailles d'arrière-garde en opposant public et privé n'a aucun sens ! Alors qu'on essaie de fluidifier le parcours de soins, que les praticiens de toutes les structures ont les mêmes pratiques et une même formation, que tous les soins sont payés par l'argent public, que les médecins exercent parfois entre la ville et l'hôpital, entre les cliniques privées et les établissements hospitaliers, voilà que vous cherchez à reconstruire artificiellement des barrières préjudiciables au patient et à son parcours de santé. Vous faites une grave erreur en multipliant les contraintes là où les choses fonctionnent correctement ; ne venez pas vous plaindre ensuite des déserts médicaux et des difficultés d'accès aux soins !

M. Bernard Accoyer. Cet amendement de repli AS117 vient en réaction à des dispositions qui rappellent les nationalisations entreprises en 1981 par le gouvernement Mitterrand, décalées par rapport au devenir du monde. Ce projet de loi relatif à la santé reprend exactement la même posture et votre dogmatisme vous conduit à dire le contraire de ce que vous souhaitez. En effet, vous en venez à vous en prendre au parcours de soins dont chacun s'accorde à reconnaître l'importance. Le patient doit choisir l'établissement qui présente la meilleure performance et le meilleur rapport qualité-prix des soins ; mais vous interdisez le transfert, même temporaire, d'un malade dans un établissement où travaillerait un seul praticien pratiquant des dépassements d'honoraires. Cette construction, qui nie complètement la réalité, ne peut pas tenir. Dans votre esprit, le secteur 2 est synonyme de dépassements d'honoraires excessifs ; certes, il y en a, mais où sont-ils ? Ils sont concentrés dans les hôpitaux publics et en région parisienne ! Nous ne pouvons pas accepter votre démarche qui n'a ni queue ni tête.

M. Arnaud Robinet. Mon amendement AS214 a le même objet. Beaucoup a été dit sur la stratégie du Gouvernement, qui consiste à opposer le public et le privé pour aller vers une étatisation du système de santé français. Ce Gouvernement a clairement un problème avec les professions libérales ; on l'a vu quand il s'est agi des professions juridiques, à l'occasion de la loi Macron. Là, vous pointez du doigt toute une profession, les médecins, coupables à vos yeux de pratiquer les dépassements d'honoraires. Or ceux-ci ne représentent que quelque 5 % des honoraires sur le territoire national. Quant aux dépassements excessifs, ils sont pratiqués en secteur hospitalier public et concentrés sur deux régions : l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Vous stigmatisez toute une frange de professionnels de santé – les professions libérales et les établissements privés – et continuez à opposer, dogmatiquement, le privé au public pour mener une politique excessivement hospitalo-centrée qui met à mal le bon fonctionnement des hôpitaux publics : vous demandez tout aux CHU, concentrant les patients et le parcours de soins sur les hôpitaux ; mais ces derniers – que vous avez omis de réformer – ne sont pas aptes à assurer les missions que vous leur confiez. Seule une complémentarité entre le privé et le public peut permettre aux hôpitaux publics de retrouver leur véritable vocation.

M. Gilles Lurton. Mon amendement AS271 a également pour objet de supprimer l'alinéa 55, par lequel vous décrêtez : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. » Mais vous ne pouvez imposer aux établissements privés de santé, qui bénéficient d'une autonomie de gestion et d'une libre gouvernance, les conditions d'habilitation du service public hospitalier.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je veux bien entendre des arguments, pour peu qu'ils relèvent d'une logique audible... Que dit l'alinéa 55 que vous voulez supprimer ? « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. » Si l'on met le patient au cœur du dispositif et que l'on se soucie de son parcours et de ses restes à charge, comment supprimer cet alinéa 55 ? Si un patient choisit un hôpital public et qu'on lui impose un transfert – pour des raisons de complémentarité entre les établissements, de besoin technique ou d'autorisation particulière –, il est normal qu'il dispose des mêmes droits tout au long de sa prise en charge. Vous vous évertuez à instaurer une opposition artificielle. Avis défavorable.

La Commission **rejette** les amendements.

Elle est saisie de l'amendement AS346 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Nous proposons de rétablir en partie la rédaction de l'article 26 adoptée par l'Assemblée nationale. Le Sénat a supprimé la possibilité pour les établissements de santé de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS, mais cette suppression ne semble pas compatible avec les obligations afférentes au service public. En effet, la désignation intervient dans un contexte de carence de l'offre de soins. L'amendement AS346 propose une nouvelle rédaction de l'alinéa 85, celle du Sénat n'étant pas opportune en matière de décisions d'autorisation. Il n'a en effet jamais été question de lier l'autorisation à l'appartenance ou non au service public hospitalier. Cet amendement procède également à une coordination s'agissant du diagnostic territorial, et à la correction d'une coquille.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 26 **modifié**.

d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015

Article 26

(art. L. 6111-1, L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 et L. 6111-6-1 [nouveaux], L. 6112-1, L. 6112-1-1 [nouveau], L. 6112-1-2 [nouveau], L. 6112-2 à L. 6112-4, L. 6112-4-1 et L. 6112-4-2 [nouveaux], L. 6112-5 et L. 6161-5 du code de la santé publique)
Refondation du service public hospitalier

Cet article vise à refonder un service public hospitalier répondant aux attentes des citoyens en matière d'accès à la santé. Il a notamment fait l'objet d'une réécriture globale à l'initiative du Gouvernement lors de son examen en première lecture par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article procède à plusieurs modifications.

- Il actualise tout d'abord les missions des établissements de santé. Il prévoit ainsi que les établissements de santé prennent en compte la singularité et les aspects psychologiques des personnes qu'ils ont en charge et qu'ils mènent des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Ils peuvent également délivrer des soins palliatifs. Enfin, le texte prévoit que les établissements de santé peuvent participer aux actions de formation, d'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé ainsi qu'au

développement professionnel continu des professionnels de santé et à la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical.

● Cet article tend également à prendre en compte la situation des personnes fragiles :

– en prévoyant la mise en place, au sein des établissements de santé, de permanences d'accès aux soins de santé, notamment en orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité dans le cadre de conventions avec l'État ;

– en prévoyant la dispensation des soins aux personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte, aux détenus, aux personnes placées en rétention de sûreté et à celles placées en centre de rétention administrative ;

– en assurant à tous les patients pris en charge en urgence les garanties relatives à l'accueil et aux tarifs prévus.

● En outre, l'article prévoit la prise en charge par l'État des dépenses des établissements pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des professionnels paramédicaux ainsi que des dépenses au titre des soins dispensés aux étrangers placés en centre de rétention administrative. S'agissant des frais liés aux centres de réception et de régulation des appels, l'article prévoit qu'ils sont couverts des contributions de l'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales.

● Mais l'apport essentiel de cet article est la rénovation de la notion de service public hospitalier (SPH) en abandonnant l'approche matérielle au profit d'une définition organique.

Il prévoit quatre conditions pour les établissements et les professionnels participant au service public hospitalier (accueil adapté dans un délai correspondant à l'état de santé, permanence d'accueil et de soins, égalité d'accès, interdiction des dépassements de tarifs et d'honoraires).

Des obligations complémentaires sont prévues pour les établissements assurant le service public hospitalier. Elles ont trait à la démocratie sanitaire (participation des usagers avec voix consultative), à la transparence (transmission annuelle du compte d'exploitation à l'agence régionale de santé), à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire (participation aux communautés professionnelles territoriales de santé, réponse aux besoins de santé de la population en cas de carence de l'offre, coopération avec les établissements de santé privés, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les centres de santé, les maisons de santé et les professionnels libéraux).

Le texte définit le champ des établissements appelés à assurer le SPH. Il s'agit des établissements publics de santé, des hôpitaux des armées et des établissements privé d'intérêt collectif.

Des sanctions sont prévues en cas de manquement constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) aux obligations liées au service public hospitalier.

Les établissements privés commerciaux peuvent être habilités à assurer le service public hospitalier après avis conforme de la conférence médicale d'établissement (CME). Les établissements privés qui ne participent pas au service public hospitalier peuvent être associés s'ils sont autorisés à prendre en charge les urgences. Dans ce cadre, aucun dépassement d'honoraires ne doit être pratiqué.

Il est enfin précisé que les autorisations d'activité ne tiennent pas compte de la participation ou non d'un établissement au service public hospitalier.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a modifié le dispositif sur des points essentiels.

Elle a entendu reconnaître le rôle des établissements privés et a rétabli, sur proposition de ses rapporteurs, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public tout en maintenant les garanties qui s'attachent actuellement pour les patients à l'exercice de ces missions, y compris les tarifs opposables.

La commission a supprimé la mention de la participation des établissements qui assurent le service public hospitalier à la formation initiale des sages-femmes, ces formations étant exercées par des écoles intégrées aux centres hospitaliers universitaires (CHU).

Elle a supprimé pour les établissements qui assurent le service public hospitalier la possibilité de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS.

Enfin, elle a adopté un amendement visant à préciser que les décisions d'autorisation ne seront pas fonction de la participation d'un établissement au service public hospitalier, de son habilitation ou de son association.

En séance publique, le Sénat a rejeté l'amendement de rétablissement de l'article présenté par le Gouvernement.

3. La position de la commission

L'article 26 propose de renouer avec la tradition française du service public par le biais d'un rétablissement d'un bloc de compétences. Depuis la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) ⁽¹⁴⁾, le service public se

caractérise par une approche matérielle résumée au travers de quatorze missions précisées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. Si l'énumération des missions de service public permet d'identifier les missions principales de service public, elle ne constitue pas une liste exhaustive des obligations qui s'imposent au secteur non lucratif. Rappelons ainsi que selon le rapport Couty ⁽¹⁵⁾, 80 % des missions des activités de soins actuellement assumées par les établissements publics de santé ne sont pas incluses dans le champ l'article L. 6112-1. La commission est donc revenue sur cette approche matérielle du service public hospitalier.

Dans cette optique elle a rétabli la mention de la participation des établissements, qui assurent service public hospitalier, à la formation initiale des sages-femmes.

La suppression de la possibilité de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS ne semble pas compatible avec les obligations afférentes au service public : cette désignation intervient en effet dans un contexte précis, celui de la carence de l'offre de soins.

En outre, la précision apportée quant aux décisions d'autorisation ne semble pas opportune. Il n'a jamais été question de lier l'autorisation à l'appartenance ou non au service public hospitalier.

Il est enfin proposé une mesure de coordination (diagnostic territorial) et de corriger une coquille.

*

La commission examine l'amendement AS347 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement propose de supprimer les alinéas réinstaurant les quatorze missions de service public.

M. Denis Jacquat. Outre le fait qu'on ne reparle pas de convergence, je voudrais savoir, madame la rapporteure, quelle est la nouvelle politique française hospitalière concernant l'articulation entre les hôpitaux publics et les hôpitaux d'instruction des armées.

Depuis la restructuration militaire, de plus en plus de conventions sont passées, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), entre les hôpitaux militaires et les hôpitaux publics. L'inquiétude est grande, même si les hôpitaux militaires dépendent du ministère des armées, car c'est l'ARS qui régule les conventions. Les personnels sont très inquiets, car ils ont l'impression d'une asphyxie des centres d'instruction des armées. Ils souhaiteraient connaître la nouvelle politique menée à cet égard.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement conduit à restaurer le texte que le Gouvernement avait fait approuver par sa majorité à l'Assemblée. Il persiste dans cette obsession dogmatique visant à donner une sorte de monopole public à l'hospitalisation. C'est une erreur profonde et nous aurons l'occasion de l'expliquer à l'occasion des amendements qui suivent. Mais l'exposé des motifs de l'amendement de la rapporteure illustre bien cette attitude partisane reposant sur des préjugés et extrêmement dangereuse, dans la mesure où la France et l'assurance maladie n'ont plus les moyens de nourrir deux systèmes qui seraient opposés.

Vous allez mettre en difficulté le secteur privé, qui va finir par disparaître. Vous aurez ensuite un monopole public qui coûtera de plus en plus cher. Il y aura inmanquablement une baisse de la qualité des soins, car l'émulation et la concurrence sont indispensables pour assurer la qualité. Sans parler des listes d'attente, car les coûts exploseront et c'est à ce niveau qu'il faudra réguler. Nous dénonçons avec force ces dispositions.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Accoyer, vous relancez un débat que nous avons eu en première lecture, qui a eu lieu au Sénat, et que nous aurons encore une fois dans l'hémicycle la semaine prochaine. Je n'y reviens donc pas.

Monsieur Jacquat, je veux bien essayer de répondre à votre question, mais je pense qu'elle s'adresse plutôt à la ministre de la santé. Je vous invite à la poser à nouveau la semaine prochaine. Je peux tout de même vous dire qu'il est prévu que les hôpitaux des armées, faisant partie du service public hospitalier (SPH), sont alignés de ce point de vue sur le même statut. Une ordonnance traite de ce point à la fin du texte. Cela étant, la ministre vous apportera sans doute une réponse plus complète.

La commission adopte l'amendement AS347.

La commission est saisie des amendements identiques AS61 de Mme Valérie Boyer, AS107 de M. Jean-Pierre Door, AS115 de M. Bernard Accoyer et AS268 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. Le Sénat a fait évoluer dans le bon sens la rédaction de l'article 26 en permettant aux établissements privés d'exercer des missions de service public. C'est le sens de mon amendement AS61, qui vise à supprimer l'alinéa 54.

En revanche, le Sénat a maintenu l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. L'alinéa 54 prévoit d'imposer aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins. Or le droit laisse le médecin libre de fixer et de contrôler ses dépassements, qu'il doit appliquer avec « tact et mesure ». C'est prévu dans la convention. Mais les tarifs prévus par la sécurité sociale n'ont pas évolué depuis plusieurs années. C'est la raison pour laquelle nous sommes dans cette situation. Outre l'expression « tact et mesure » contenue dans le code de déontologie, les dispositifs issus de la convention sont là pour limiter les dépassements d'honoraires.

Je propose de supprimer l'alinéa 54 afin de permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme cela est prévu dans la nouvelle rédaction de cet article, et surtout pour mettre fin à cette opposition stérile entre public et privé. Les établissements publics, comme les établissements privés, exercent leur activité avec de l'argent public et répondent souvent aux mêmes missions. Arrêtons de les dresser les uns contre les autres et permettons aux établissements privés de fonctionner comme je le propose.

Aujourd'hui, la loi limite déjà le droit du médecin à pratiquer des dépassements d'honoraires dans certains cas précis : urgence, permanence des soins. Cette quatrième obligation, fixée dans l'alinéa 54, doit être supprimée, car elle n'a pas lieu d'exister.

M. Jean-Pierre Door. L'alinéa 54 illustre la volonté du Gouvernement de contrecarrer les dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Dans l'article 26, qui traite du service public hospitalier, vous aviez totalement mis de côté les établissements privés. Le Sénat a fait évoluer l'article dans le bon sens en rétablissant, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public. En revanche, il a oublié l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. C'est une mesure tout à fait inégalitaire. Les médecins des établissements privés exerçant librement ne peuvent pas se voir imposer par la direction d'un établissement privé de se mettre en secteur 1 ou secteur 2 ; en revanche, dans les hôpitaux publics, il y a des médecins de secteur 2. Vous allez donc instaurer une inégalité dans le secteur public hospitalier avec, d'un côté, des établissements privés soumis à l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires, de l'autre, des établissements publics libres de le faire. Notre amendement propose de supprimer l'alinéa 54, qui montre cette différence de traitement. Cela étant, je le sais, c'est la philosophie de la gauche que d'être contre le secteur privé dans le monde médical.

M. Bernard Accoyer. L'intitulé même « service public hospitalier » montre que vous voulez tourner le dos à ce qui a prévalu jusqu'à présent : le service public de l'hospitalisation, qui recouvrait plusieurs catégories d'établissements, l'hôpital public, mais également les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif.

En tournant le dos à cette définition, vous montrez une position de parti pris éminemment dangereuse par son dogmatisme et par ses conséquences. En interdisant aux établissements qui accueillent les urgences tout dépassement d'honoraires, vous refusez d'admettre une réalité pourtant reconnue par tous : l'inadaptation de la nomenclature au coût des prestations et des charges. En effet, l'assurance maladie n'a pas fait évoluer la nomenclature et, compte tenu de leur coût, les nouvelles technologies ne sont pas couvertes. Par conséquent, les dépassements sont indispensables pour l'équilibre de cet exercice, même si, bien entendu, le tact et la mesure doivent s'imposer partout.

Dans ces conditions, de nombreuses spécialités, notamment chirurgicales ne peuvent plus être exercées normalement en secteur 1. Mais le Gouvernement, par principe, est totalement opposé au secteur 2 et multiplie toutes les mesures pour l'étouffer et le faire disparaître. Ayez au moins le courage de le dire !

Sans tenir compte de l'évolution des charges qui pèsent sur les établissements et sur les praticiens, en particulier les charges assurantielles, mais aussi les charges technologiques – matériels à usage unique, matériels toujours plus coûteux –, vous êtes en train de charger la barque du public. Un jour, l'assurance maladie ne pourra plus la porter, et ce que vous dénoncez avec véhémence, le risque d'une médecine à plusieurs vitesses, sera, par votre faute, devenu réalité en France.

En outre, votre projet de tarifs dégressifs et le maintien de l'autorisation des dépassements d'honoraires dans les établissements publics posent un problème d'égalité. C'est même un problème constitutionnel, que nous ne manquerons pas de soulever lorsque nous saisissons la juridiction constitutionnelle.

M. Bernard Perrut. Je profite de cette occasion pour rappeler notre attachement à la pluralité de nos systèmes de santé. Le Sénat a fait évoluer la rédaction de cet article dans le bon sens puisqu'il a rétabli pour les établissements privés la possibilité d'exercer des missions de service public. Mais il impose aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins, alors qu'elles n'ont aucun droit de contrôle sur les honoraires des médecins libéraux, tout en ne touchant pas à la possibilité qui existe pour les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public de pratiquer des dépassements d'honoraires, ce qui concerne près de 5 000 praticiens. C'est une disposition incohérente.

Nous proposons donc de supprimer l'alinéa 54 pour permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme le prévoit la nouvelle rédaction de l'article.

Les cliniques privées ont toute leur place dans notre système de santé. Avec seulement 17 % des financements dits hospitaliers, les établissements privés prennent en charge 34 % des patients hospitalisés. Le côté exemplaire de l'hospitalisation privée doit être également montré en matière d'efficacité médico-économique. C'est un acteur économique et social important, avec des emplois non délocalisables, qui maille les territoires français avec des prestataires. 71 000 salariés et 32 000 médecins libéraux y travaillent. Enfin, n'oublions pas

que l'hospitalisation privée paie chaque année 600 millions d'euros d'impôts. Nous devons donc respecter la place des hôpitaux privés dans notre système de santé.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Vous ne serez pas surpris de m'entendre donner un avis défavorable à ces amendements...

Nous avons déjà eu ce débat en première lecture et nous l'aurons sans doute encore la semaine prochaine. Vous voulez supprimer une disposition essentielle à nos yeux, qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements qui participent au service public hospitalier. Je ne peux que vous dire à nouveau notre désaccord sur ce point.

Le Sénat a rétabli une disposition, qui me semble d'ailleurs contradictoire par rapport à celles qu'il a également réintroduites, et que nous venons de supprimer. S'il y avait déséquilibre, il était plutôt dans la rédaction de l'article 26 retenue par le Sénat.

M. Arnaud Robinet. L'article 26 illustre parfaitement à quel point nos deux visions sont radicalement différentes.

Notre système de santé repose sur deux piliers : le service public, d'un côté, le système privé ou libéral, de l'autre. L'option choisie par le Gouvernement vise à amplifier l'hospitalo-centrisme alors que notre pays devrait s'engager dans la voie de la déshospitalisation de la France : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les hôpitaux publics devraient retrouver leur véritable mission, c'est-à-dire l'excellence, la recherche et l'innovation.

Avec l'article 26, vous renforcez cet hospitalo-centrisme en déséquilibrant totalement notre système de santé. Le Gouvernement confirme, par la voix de la ministre et de la rapporteure, l'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires pour que les établissements puissent entrer dans le SPH, ce qui revient à en exclure de fait les cliniques privées.

Bernard Perrut a rappelé l'importance des établissements privés dans le système de santé français, en matière de santé, mais aussi en matière économique. La mesure que vous proposez est d'autant plus inégalitaire que les médecins des établissements publics de santé peuvent de leur côté pratiquer des dépassements d'honoraires sans que l'appartenance des établissements publics au SPH soit remise en cause.

Il y a là un vrai problème d'égalité entre établissements et entre professionnels de santé. Vous confirmez votre choix délibéré de déséquilibrer notre système de santé en renforçant l'hospitalo-centrisme, alors que les établissements publics devraient aujourd'hui retrouver leur véritable mission.

M. Gérard Sebaoun. Je suis favorable au maintien de cet alinéa pour les raisons suivantes.

Vous faites un amalgame qui n'a pas lieu d'être. Vous dites que le secteur privé doit participer au service public hospitalier. Nous sommes d'accord. Si c'est un choix, les règles doivent être les mêmes. Par contre, il n'y est pas obligé.

Prenons l'exemple d'un patient qui arrive aux urgences dans une clinique privée participant au service public hospitalier. Il est normal que celui-ci se voie appliquer les mêmes règles qu'à l'hôpital. Et ne me dites pas qu'à l'hôpital, les dépassements d'honoraires sont appliqués lorsqu'on reçoit un patient aux urgences : c'est absolument faux. Vous faites volontairement l'amalgame entre l'hôpital et la clinique pour ce qui relève de l'hospitalisation programmée et ce qui relève de l'urgence.

Si les cliniques veulent continuer à vivre en dehors du service public hospitalier, avec des praticiens qui, par convention en secteur 2, peuvent exiger des dépassements d'honoraires, elles le peuvent. Si elles rentrent dans le service public hospitalier, elles doivent se soumettre à ses règles, qui sont des règles d'équité pour les patients qui les fréquentent.

M. Élie Aboud. À ceci près qu'un patient qui entre dans un système hospitalier est immédiatement réorienté dans tel ou tel secteur où il peut rencontrer des praticiens hospitaliers qui peuvent pratiquer leurs propres tarifs.

Que la puissance publique, de droite ou de gauche, donne un signal pour encourager l'hôpital, personne n'est contre. Mais il faut que ce soit fondé sur la justice. Aujourd'hui, on ne peut pas accepter qu'un praticien hospitalier, qui n'a pas le souci de l'assurance de responsabilité civile ni de l'achat du matériel, soit soumis aux mêmes conditions qu'un autre praticien qui exerce le même métier. C'est profondément injuste.

J'ai commis un rapport, autrefois, sur le clinicien hospitalier, qui était une passerelle entre le privé et le public. Malheureusement, ce rapport a été enterré ; et pourtant tout le monde était d'accord à cette époque.

La commission rejette les amendements.

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door, AS269 de M. Gilles Lurton, AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.

Les amendements AS62, AS63 et AS269 sont identiques.

Les amendements AS65, AS67, AS116 et AS270 sont identiques.

Mme Valérie Boyer. Cette discussion est aberrante. On vient de constater qu'il y avait une erreur technique et on l'érige en dogme contre le privé par rapport au public. Vous faites en sorte que les établissements publics puissent avoir un secteur privé, mais vous interdisez au secteur privé de pratiquer les dépassements d'honoraires qui sont autorisés dans le public... On marche sur la tête ! Je rappelle qu'il existe les urgences et la permanence des soins, où le secteur 1 est requis. Je ne comprends pas les décisions aberrantes que vous prenez contre les établissements privés et contre les médecins. Il s'agit de spécialités rares et vous faites tout pour empêcher ces praticiens de travailler correctement.

Mon amendement AS62 propose d'améliorer l'état de santé de chacun au meilleur coût.

La maîtrise des dépenses de santé corrélée au maintien d'un niveau de prise en charge de qualité est un enjeu capital de notre système de santé. Le service public hospitalier doit prendre en considération cet enjeu majeur pour donner aux usagers du système de santé un service en rapport avec leurs besoins, tout en respectant un véritable optimum financier.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de remplacer cet alinéa par le respect du principe de l'efficacité, c'est-à-dire le meilleur soin au moindre coût. Dans un contexte économique contraint, le respect de ce principe est aussi un enjeu de responsabilité collective.

J'espère que nous allons prendre des décisions pragmatiques et non dogmatiques.

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement AS63 est défendu, mais je voudrais compléter les propos de Mme Boyer et répondre à M. Sebaoun.

Dans l'hôpital public, les professionnels de santé sont sous la responsabilité de la direction hospitalière, et donc, de l'ARS. Il y a une échelle de responsabilité des praticiens, que l'on appelle d'ailleurs des praticiens hospitaliers.

Dans un établissement privé, les professionnels de santé sont totalement libres d'exercice et libres de leur choix d'exercice. Ils ont leur propre responsabilité assurantielle et professionnelle et sont totalement indépendants.

Vous faites un amalgame entre les deux. Ou bien vous acceptez que les établissements privés fassent partie du secteur public hospitalier, ou bien vous refusez qu'ils y rentrent. Mais 100 % des établissements privés ont une diversité d'exercice professionnel en secteur 1 et secteur 2, ce qui n'est pas le cas dans le monde hospitalier.

M. Gilles Lurton. L'objectif de tout système de santé est d'améliorer l'état de santé de chacun, si possible au meilleur coût. C'est ce que propose l'amendement AS269.

Quand je lis tous les alinéas de l'article 26 sur le service public hospitalier, à aucun moment il n'est question de l'amélioration de la qualité des soins.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable à ces trois amendements.

Je ne vois pas comment ce que vous proposez peut s'insérer dans le dispositif. Il y a des garanties minimales applicables à toutes les personnes ayant recours aux services des établissements relevant du service public hospitalier : un accueil adapté, une permanence d'accueil et de prise en charge, une égalité de soins et de qualité, l'absence de dépassements d'honoraires. Dans ce cadre, il convient d'accueillir tout le monde, quel que soit l'état de santé de la personne concernée. Voilà pourquoi je ne comprends pas le sens de ces amendements tels qu'ils sont rédigés, ni comment ils s'insèrent dans le dispositif.

J'en viens aux questions qui ont été débattues par la majorité et l'opposition.

L'objectif de cette loi santé est d'éviter qu'il y ait des restes à charge importants pour le patient. On peut défendre le public, comme le privé. L'objectif est de garantir une égalité de traitement des patients, avec la meilleure prise en charge. L'ensemble du texte veille, y compris dans les articles suivants, sur la base des amendements adoptés en première lecture, à ce que les dépassements d'honoraires et les restes à charge pour le patient soient les moins lourds possible. Telle est notre logique.

Vous en défendez une autre, c'est votre droit. Nous défendons une position différente, et je vois, dans tous les articles de ce texte, une continuité et une cohérence que je ne retrouve pas dans ce qui a été voté par le Sénat. C'est la raison pour laquelle j'ai émis un avis défavorable à l'ensemble des amendements qui traitaient de ces questions pour revenir à la cohérence de la première lecture, qui me semble être celle défendue depuis 2012 par le Gouvernement.

M. Gérard Sebaoun. Dans le cadre du service public hospitalier, les établissements privés se tourneront vers les praticiens qui travaillent en leur sein pour leur rappeler les règles que vient d'énoncer Mme la rapporteure. Certes, monsieur Door, un praticien du secteur 2 peut parfaitement les refuser, mais il s'agit alors d'un problème de contrat entre lui-même et l'établissement pour lequel il travaille.

Madame Boyer, en première lecture, nous avons presque unanimement voté un amendement que j'avais porté avec Christian Paul, visant à obliger les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale – soit un peu moins

de 6 000 personnes – à être conventionnés en secteur II. Vous aviez, je crois, soutenu cette avancée. Mais si vous souhaitez aller jusqu'à la suppression du secteur privé à l'hôpital, on peut en parler !

M. Jean-Patrick Gille, président. Nous passons à la seconde série d'amendements identiques.

Mme Valérie Boyer. Monsieur Sebaoun, vous voulez en fait supprimer le secteur privé dans les établissements privés ! La discussion est invraisemblable : partant d'un oubli technique, vous en faites un dogme et vous voulez désormais obliger les établissements privés à n'avoir que du secteur 1, alors que la loi prévoit déjà que ce dernier s'impose à tous en cas d'urgence ou de permanence des soins. Je ne comprends pas votre logique !

L'amendement AS65 propose de rédiger ainsi l'alinéa 54 : « L'accessibilité des soins. Cette obligation est définie par décret en Conseil d'État. » L'accessibilité des soins est une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements de santé privés. En effet, les établissements de santé privés n'ont aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins – il est bon de le rappeler.

Enfin, chers collègues de la majorité, sachez que nous aussi souhaitons que la loi serve le patient. Il n'y a pas d'un côté ceux qui pensent au patient et de l'autre, ceux qui n'y pensent pas ; c'est précisément parce que nous y pensons que nous voulons permettre aux praticiens d'exercer leur activité comme ils le souhaitent, en toute liberté, au sein des établissements privés et dans le secteur privé des établissements publics.

M. Arnaud Robinet. Malgré les difficultés budgétaires et financières, le seul objectif du projet de loi doit évidemment être l'intérêt du patient. Aujourd'hui, nous n'avons plus les moyens d'opposer le privé au public, séparant le monde hospitalier en blanc et noir, gentils et méchants. Il nous faut nécessairement jouer sur la complémentarité entre ces deux types d'établissements. Comme vous, nous considérons que l'accessibilité des soins doit être une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé, et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements privés. On le sait, ces derniers ne fonctionnent pas de la même manière que leurs homologues publics ; ils n'ont notamment aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins. C'est pourquoi notre amendement AS67 propose de poser le principe de l'accessibilité des soins, dont les modalités de mise en œuvre seront définies par décret en Conseil d'État.

M. Bernard Accoyer. Mon amendement AS116 est identique. L'alinéa 54 exclut *de facto* les établissements privés du service public de l'hospitalisation, sans aucun fondement. Ce faisant, il fait courir un grand danger à notre système de soins : il faut savoir que le secteur privé assure 65 à 70 % des actes chirurgicaux en France. Le libre choix étant le premier droit des patients, ceux-ci doivent pouvoir se faire opérer là où ils le désirent et se sentent en confiance. En interdisant tout dépassement d'honoraires, vous menacez la survie des établissements privés, car dans un grand nombre de spécialités chirurgicales, les praticiens ne peuvent plus exercer en secteur 1 en raison de l'inertie dans l'évolution de la nomenclature, des techniques, des technologies, des matériels et de l'usage unique, qui a fait exploser les coûts non pris en charge. Dans ces conditions, cette modification législative expose tout notre système de soins à un risque énorme : si l'hospitalisation privée venait à disparaître – sans aucune raison d'ailleurs car le dépassement d'honoraires n'est pas pratiqué dans les urgences des établissements privés hospitaliers –, on verrait s'instaurer un monopole hospitalier public. Alors que les coûts du secteur public sont d'ores et déjà 30 à 40 % plus chers que ceux du privé, comment pourrait-on alors maîtriser les dépenses de l'assurance maladie ? On connaît le retard majeur de l'hospitalisation publique en matière de chirurgie ambulatoire ; la mort du privé ferait exploser les listes d'attente. Je vous en laisse la responsabilité !

M. Bernard Perrut. La satisfaction des usagers est le premier objectif des cliniques et hôpitaux privés, qui proposent une prise en charge de grande qualité. Dans l'un comme dans l'autre secteur, nos professionnels de santé font le même métier et soignent les mêmes patients. Pour répondre aux besoins de la population, les cliniques et hôpitaux privés sont implantés partout en France, dans les communes défavorisées – 20 % – comme favorisées – 19,5 %. Souvent, les patients ignorent d'ailleurs le statut de l'établissement de santé qu'ils fréquentent, le choisissant parce qu'il est proche de leur domicile ou recommandé par leur médecin. Ces établissements privés accueillent tous les patients assurés sociaux, et notamment 25 % des patients dits précaires, bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale d'État (AME). Ils disposent également de cent trente services d'urgence sur notre territoire, où les patients sont pris en charge sans dépassement d'honoraires. Nous devons respecter cette complémentarité, dès lors que les activités des établissements de santé privés sont régies par des textes définissant les normes de sécurité et de qualité des soins, que la mise en œuvre de ces règles est contrôlée par les ARS, et que les cliniques sont régulièrement évaluées. C'est le but de mon amendement AS270.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'émettrai un avis défavorable à l'ensemble de ces amendements qui n'ont qu'un seul objectif : revenir sur le débat que nous venons d'avoir.

Monsieur Perrut, l'article 26 prévoit déjà, dans son alinéa 37, que l'établissement de santé privé doit assurer « l'égal accès à des soins de qualité ». Si tel est l'objet de votre amendement, il est donc satisfait ; quant à vos autres questions, nous y avons déjà répondu.

M. Gérard Sebaoun. Il ne faudrait pas accrédi­ter l'idée que l'ensemble des spécialistes chirurgicaux pratiquent des dépassements d'honoraires ! C'est absolument faux : les dépassements se pratiquent surtout dans les grands centres et dans certains points du territoire. Nous vous fournirons tous les chiffres pour le débat dans l'hémicycle.

M. Arnaud Robinet. Vous avez parfaitement raison sur ce point !

La commission rejette successivement les amendements identiques AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door et AS269 de M. Gilles Lurton, puis les amendements identiques AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS66 de Mme Valérie Boyer, AS117 de M. Bernard Accoyer, AS214 de M. Arnaud Robinet et AS271 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. Mon amendement AS66 propose de supprimer l'alinéa 55 qui dispose : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux ». Cette disposition rend opposables les garanties du service public hospitalier à des établissements de santé qui n'y participent pas nécessairement. En effet, si un établissement habilité « service public hospitalier » adresse un patient à un établissement non habilité SPH, ce dernier doit alors respecter toutes les obligations du service public hospitalier, ce qui met en cause la libre gouvernance des sociétés et donc plus largement le droit. De plus, cet alinéa porte atteinte à la fluidité du parcours de soins des patients et au libre choix du patient, de son praticien et de sa structure de soins.

Une fois encore, cette position dogmatique ne correspond pas à la façon dont on se soigne aujourd'hui en France. Les patients ne font pas la différence entre le public et le privé ; ils suivent leur médecin et sont pris en charge et remboursés de la même façon. Revenir à ces batailles d'arrière-garde en opposant public et privé n'a aucun sens ! Alors qu'on essaie de fluidifier le parcours de soins, que les praticiens de toutes les structures ont les mêmes pratiques et une même formation, que tous les soins sont payés par l'argent public, que les médecins exercent parfois entre la ville et l'hôpital, entre les cliniques privées et les établissements hospitaliers, voilà que vous cherchez à reconstruire artificiellement des barrières préjudiciables au patient et à son parcours de santé. Vous faites une grave erreur en multipliant les contraintes là où les choses fonctionnent correctement ; ne venez pas vous plaindre ensuite des déserts médicaux et des difficultés d'accès aux soins !

M. Bernard Accoyer. Cet amendement de repli AS117 vient en réaction à des dispositions qui rappellent les nationalisations entreprises en 1981 par le gouvernement Mitterrand, décalées par rapport au devenir du monde. Ce projet de loi relatif à la santé reprend exactement la même posture et votre dogmatisme vous conduit à dire le contraire de ce que vous souhaitez. En effet, vous en venez à vous en prendre au parcours de soins dont chacun s'accorde à reconnaître l'importance. Le patient doit choisir l'établissement qui présente la meilleure performance et le meilleur rapport qualité-prix des soins ; mais vous interdisez le transfert, même temporaire, d'un malade dans un établissement où travaillerait un seul praticien pratiquant des dépassements d'honoraires. Cette construction, qui nie complètement la réalité, ne peut pas tenir. Dans votre esprit, le secteur 2 est synonyme de dépassements d'honoraires excessifs ; certes, il y en a, mais où sont-ils ? Ils sont concentrés dans les hôpitaux publics et en région parisienne ! Nous ne pouvons pas accepter votre démarche qui n'a ni queue ni tête.

M. Arnaud Robinet. Mon amendement AS214 a le même objet. Beaucoup a été dit sur la stratégie du Gouvernement, qui consiste à opposer le public et le privé pour aller vers une étatisation du système de santé français. Ce Gouvernement a clairement un problème avec les professions libérales ; on l'a vu quand il s'est agi des professions juridiques, à l'occasion de la loi Macron. Là, vous pointez du doigt toute une profession, les médecins, coupables à vos yeux de pratiquer les dépassements d'honoraires. Or ceux-ci ne représentent que quelque 5 % des honoraires sur le territoire national. Quant aux dépassements excessifs, ils sont pratiqués en secteur hospitalier public et concentrés sur deux régions : l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Vous stigmatisez toute une frange de professionnels de santé – les professions libérales et les établissements privés – et continuez à opposer, dogmatiquement, le privé au public pour mener une politique excessivement hospitalo-centrée qui met à mal le bon fonctionnement des hôpitaux publics : vous demandez tout aux CHU, concentrant les patients et le parcours de soins sur les hôpitaux ; mais ces derniers – que vous avez omis de réformer – ne sont pas aptes à assurer les missions que vous leur confiez. Seule une complémentarité entre le privé et le public peut permettre aux hôpitaux publics de retrouver leur véritable vocation.

M. Gilles Lurton. Mon amendement AS271 a également pour objet de supprimer l'alinéa 55, par lequel vous décretez : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un

autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. » Mais vous ne pouvez imposer aux établissements privés de santé, qui bénéficient d'une autonomie de gestion et d'une libre gouvernance, les conditions d'habilitation du service public hospitalier.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je veux bien entendre des arguments, pour peu qu'ils relèvent d'une logique audible... Que dit l'alinéa 55 que vous voulez supprimer ? « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. » Si l'on met le patient au cœur du dispositif et que l'on se soucie de son parcours et de ses restes à charge, comment supprimer cet alinéa 55 ? Si un patient choisit un hôpital public et qu'on lui impose un transfert – pour des raisons de complémentarité entre les établissements, de besoin technique ou d'autorisation particulière –, il est normal qu'il dispose des mêmes droits tout au long de sa prise en charge. Vous vous évertuez à instaurer une opposition artificielle. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle est saisie de l'amendement AS346 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Nous proposons de rétablir en partie la rédaction de l'article 26 adoptée par l'Assemblée nationale. Le Sénat a supprimé la possibilité pour les établissements de santé de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS, mais cette suppression ne semble pas compatible avec les obligations afférentes au service public. En effet, la désignation intervient dans un contexte de carence de l'offre de soins. L'amendement AS346 propose une nouvelle rédaction de l'alinéa 85, celle du Sénat n'étant pas opportune en matière de décisions d'autorisation. Il n'a en effet jamais été question de lier l'autorisation à l'appartenance ou non au service public hospitalier. Cet amendement procède également à une coordination s'agissant du diagnostic territorial, et à la correction d'une coquille.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 26 modifié.

e. Amendements adoptés en séance publique

Amendement n°350 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

Après l'alinéa 17, insérer l'alinéa suivant :

« Art. L. 6111-1-2-1. – Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur de l'agence régionale de santé, à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vient consolider la base légale permettant au directeur général de l'agence régionale de santé de solliciter tout établissement de santé en vue d'assurer de la permanence des soins.

Amendement n°370 présenté Mme Laclais

ARTICLE 26

À l'alinéa 23, substituer aux mots :

« au titre du »,

les mots :

« aux personnes mentionnées au ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°369 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

À l'alinéa 29, substituer au mot :

« cette »,

le mot :

« la ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°353 (Rect) présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

Après le mot :

« santé »,

rédiger ainsi la fin de l'alinéa 35 :

« . Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 sur la stratégie et la gestion de l'établissement dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Par coordination avec l'article 49, cet amendement vient préciser l'obligation de consultation des usagers dans les établissements de santé privés, habilités à assurer le service public hospitalier, ne disposant pas de conseil d'administration ou de conseil de surveillance.

Amendement n°368 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

À l'alinéa 42, après la première occurrence du mot :

« actions »

insérer les mots :

« en matière ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°354 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

Compléter l'alinéa 56 par la phrase suivante :

« L'établissement concerné ne peut alors présenter de nouvelle demande d'habilitation avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la notification du retrait. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En complément du rétablissement des dispositions relatives au service public hospitalier, cet amendement vient conforter le dispositif de sanction, en prévoyant un délai de carence pour tout établissement de santé ayant vu son habilitation retirée.

Amendement n°355 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« V. – Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux établissements mentionnés à l'article 9 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, ces établissements s'assurent de la mise en conformité avec l'article L. 6161-9 du même code des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux qui, à la date de promulgation de la présente loi, pratiquent des honoraires différents. Ces contrats sont réputés bénéficier, pendant ce délai, de l'autorisation mentionnée au même article.

« Lorsqu'un praticien refuse la mise en conformité, l'autorisation est retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant avec effet différé au terme d'une période transitoire qui ne peut excéder deux années à compter de la décision de retrait. La décision du directeur général de l'agence régionale

de santé intervient au terme d'une procédure contradictoire avec le praticien concerné et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Quelques établissements de santé privés non lucratifs fonctionnent avec des médecins libéraux titulaires d'un droit de dépassement. Cette situation est circonscrite en nombre (moins d'une dizaine) et bornée dans le temps.

Les solutions retenues jusqu'alors se sont révélées inadaptées :

- difficultés juridiques de mise en œuvre, faute de dispositions transitoires adaptées pour d'éventuelles ruptures de contrats d'exercice libéral existants ;
- durée trop restreinte de la période transitoire de mise en application.

La redéfinition du service public hospitalier et ses incidences quant à la définition des établissements de santé privés d'intérêt collectif vont permettre la mise en place d'un accompagnement permettant aux établissements concernés d'aboutir à une conformité pleine et entière et ce, dans un cadre sécurisé.

Le dispositif proposé institue une période transitoire de trois années au terme de laquelle les contrats conclus avec les médecins libéraux devront être conformes aux exigences du service public hospitalier. A défaut, une prolongation de deux années leur sera ouverte, qui faute d'accord, aboutira à la rupture des contrats d'exercice.

Amendement n°351 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 26

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« V. – Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique prend fin au 1er janvier 2017. À la même date, les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du même article L. 6112-3. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vient compléter la procédure d'habilitation de plein droit, en rappelant qu'elle n'a qu'une vocation transitoire, ce qui se matérialise par le terme temporel qui lui est donné.

f. Discussion en séance publique

Deuxième séance du 24 novembre 2015 :

(...)

Mme Bernadette Laclais : (...)

S'agissant de l'hôpital, la commission est revenue sur la rédaction issue du Sénat, qui est en totale contradiction avec l'esprit du présent projet de loi qui refonde la notion de service public hospitalier. Le Sénat avait en effet maintenu la liste non exhaustive de quatorze missions de service public susceptibles d'être assumées par tous les établissements de santé. Or 80 % des activités de soins actuellement assumées par ces établissements, en particulier publics, ne sont pas inclus dans le champ de ces quatorze missions. Pour cette raison, la rédaction de l'article 26 telle qu'issue du Sénat ne paraissait pas appropriée à la commission. Le dispositif méritant enfin d'être consolidé, j'ai déposé des amendements de coordination et de précision des dispositions
transitoires.

Pour d'autres articles, la rédaction adoptée par le Sénat remettait en question des équilibres qu'il nous est apparu souhaitable de conforter. Le projet de loi est notamment centré sur la coordination entre les acteurs du système de santé, et ce, insistons sur ce point, à leur initiative.

Le texte transcrit également les orientations du pacte territoire-santé. Le Sénat avait revu le dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé et introduit un article sur le conventionnement sélectif. L'intention de notre majorité était cohérente en ce qu'elle impliquait des mécanismes incitatifs, qui laissent le

soin aux acteurs de s'organiser librement : elle est en cela fidèle, je le crois, aux principes qui fondent notre système de santé. C'est pourquoi la commission est revenue sur la rédaction de l'article 12 *bis* et a choisi de supprimer l'article 12 *quater* A.

S'agissant de l'article 13, relatif à l'organisation en matière de santé mentale, la commission est revenue sur certaines dispositions litigieuses adoptées par le Sénat : je pense aux conseils locaux de santé mentale, lieux incontournables qui apportent beaucoup dans les territoires où ils ont été créés. La commission a également voulu conforter le dispositif en écartant les mesures jugées incompatibles avec la Constitution par le Conseil constitutionnel. Elle a enfin renforcé les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques dans le cadre des autorisations de sortie de courte durée.

À l'initiative de notre collègue Denys Robiliard, la commission a souhaité rétablir la rédaction de l'article 13 *quater*, relatif à l'encadrement des pratiques de contention et d'isolement. Ce choix est notamment motivé par la volonté d'éviter toute dérive dans leur mise en œuvre, tout en garantissant que les personnels soignants puissent accomplir leurs missions en toute sécurité.

(...)

M. Bernard Accoyer :

(...)

À l'article 26, le service public hospitalier s'en prend à l'hospitalisation privée qui, pourtant, assure la liberté de choix, mais assure aussi, à moindre coût, 54 % des interventions chirurgicales, dont près de 66 % de la chirurgie ambulatoire.

En excluant de ce service les établissements dans lesquels s'appliquent les dispositions de la convention concernant le secteur 2, vous condamnez à terme nombre d'établissements privés qui ne peuvent fonctionner sans l'activité chirurgicale, qui, elle-même, ne peut fonctionner qu'avec la soupape que représente, avec tact et mesure, l'existence du secteur 2, qui compense partiellement l'absence quasi totale d'actualisation tarifaire depuis des décennies.

Quand l'hospitalisation publique sera devenue monopolistique, c'en sera fini de la liberté de choix pour les malades, tandis que la qualité des soins et le coût, affranchis de la concurrence, deviendront des problèmes en même temps que s'installeront les files d'attente.

Première séance du vendredi 27 novembre 2015 :

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

M. Denis Jacquat. J'interviens sur l'article en défendant l'amendement n° 97.

Cet article prévoit une nouvelle définition du service public hospitalier, le SPH, qui revient sur la loi HPST, laquelle avait modernisé le cadre juridique monolithique du service public hospitalier tel que mis en place par la loi Boulin de 1970 pour la mise en place de missions de service public ouvertes à tous les acteurs du système de santé et non plus seulement aux hôpitaux publics.

Si c'est par et autour de l'hôpital public que s'est construit et organisé, pendant près de 40 ans, notre système de santé, il doit être réformé et la vision hospitalo-centrée que sous-entend cet article n'est pas compatible avec la réforme indispensable de l'organisation des soins en ville et à l'hôpital, ni avec la reconnaissance de la pluralité de notre système de santé.

Si cet article a été totalement réécrit en commission, *via* un amendement du Gouvernement, et que certaines précisions ont bien été adoptées, elles sont loin d'être suffisantes puisque les établissements privés se retrouveront toujours exclus de fait du SPH, en raison de l'interdiction qui persiste de pratiquer des dépassements d'honoraires pour y être associé – alors même que les praticiens hospitaliers sont autorisés à les pratiquer.

En l'état, il convient de supprimer cet article pour en rester à la rédaction de la loi HPST.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. J'interviens également sur l'article en défendant l'amendement n° 567.

Les établissements de santé doivent pouvoir participer à la structuration des parcours de santé et répondre aux sollicitations des pôles de santé.

Je vous propose donc, après l'alinéa 9, d'insérer l'alinéa suivant : « Ils peuvent participer à la structuration des parcours de santé sur sollicitation des pôles de santé mentionnés à l'article L. 1434-11. »

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Après l'article 18, cet article est le deuxième le plus néfaste du texte pour notre système de santé, lequel repose sur deux piliers : le service public et le système privé ou libéral.

Aujourd'hui, nous n'avons plus les moyens de les opposer. Au contraire, il faut jouer la carte de la complémentarité. C'est en tout cas ce que nous essayons de faire sur notre territoire, notamment à Reims, où le système privé est ô combien important et où le CHU a toute sa place – j'espère que, grâce à sa reconstruction, son avenir sera florissant.

Au-delà, je considère que les établissements privés doivent avoir la mission de service public hospitalier. L'argument selon lequel un établissement dans lequel un praticien pratique un dépassement d'honoraire ne pourrait pas entrer dans le service public hospitalier est aberrant.

Je le dis en tant que praticien hospitalier : ces dépassements d'honoraires sont également pratiqués dans les hôpitaux.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Très peu.

M. Arnaud Robinet. La situation est donc inégale entre établissements privés et publics.

Je le répète, on ne peut plus aujourd'hui opposer les deux systèmes. Nous avons vraiment besoin de jouer la carte de la complémentarité. C'est cela qui fait la richesse et la performance de notre système de santé : le service public d'un côté, le système privé de l'autre.

M. le président. Nous en venons aux amendements. La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement de suppression n° 97.

M. Denis Jacquat. Je l'ai donc défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a émis un avis défavorable à son adoption.

Nous avons déjà débattu de cette question en première lecture et je ne crois pas que nous parviendrons à adopter une position consensuelle sur cet article 26, lequel propose de renouer avec la tradition française du service public par le biais du rétablissement d'un bloc de compétences.

Cela ne signifie d'ailleurs pas que nous opposons les uns aux autres : réaffirmer un service public hospitalier n'exclut pas de pouvoir reconnaître la participation du secteur privé dès lors qu'il offre des garanties identiques.

Je précise que la rédaction de cet article, à l'initiative de Mme la ministre, a fait l'objet d'un groupe de travail qui a abouti au texte adopté en première lecture. La commission l'a rétablie en deuxième lecture.

Pour toutes ces raisons, je suis donc défavorable à l'adoption de cet amendement de suppression.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 97 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Guénaël Huet, pour soutenir l'amendement n° 55.

M. Guénaël Huet. L'objectif de cet amendement est d'accroître la complémentarité entre les différents acteurs de notre système de santé, l'hôpital public et le secteur privé, en y ajoutant la médecine de ville de façon à ce que le parcours de soins soit le plus complet possible.

Chacun peut constater les dysfonctionnements et les hiatus qui existent sur le terrain entre les principaux acteurs du système de santé.

Notre proposition, purement juridique, vise à introduire les médecins libéraux, les médecins de ville, dans les commissions médicales d'établissement, que ce soit au sein des hôpitaux publics ou dans les cliniques privées.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Je précise que les médecins libéraux peuvent être désignés membres d'un conseil de surveillance en tant que personnalités qualifiées.

M. Denis Jacquat. Exact.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 55 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 108 et 567, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n^o 108.

M. Arnaud Robinet. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 567.

M. Dominique Tian. Arnaud Robinet a bien dit tout à l'heure en quoi l'article 26 est scandaleux et inacceptable. Vous avez écrit et vous confirmez l'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires dans les établissements privés, alors que vous continuez à les autoriser dans l'hôpital public. C'est absolument incompréhensible.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* C'est juste que vous n'avez pas compris !

M. Dominique Tian. Cette inégalité de traitement est insupportable : les cliniques privées ont les mêmes droits que l'hôpital public. S'il fallait interdire les dépassements d'honoraires – ce que nous ne souhaitons pas – c'est à l'hôpital public qu'il faudrait le faire, et non dans les établissements privés, qui sont confrontés aux difficultés que nous savons. Ce traitement inégalitaire est absolument insupportable : c'est la raison pour laquelle l'article 26 nous paraît extrêmement néfaste.

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse.* La commission est défavorable à ces deux amendements, dont je précise qu'ils visent à ce que « les établissements de santé puissent participer à la structuration des parcours de santé et répondre aux sollicitations des communautés professionnelles territoriales de santé », ce qui est bien différent de ce que vient d'exposer M. Tian.

Aucune disposition n'interdit aujourd'hui aux communautés professionnelles territoriales de santé de laisser participer à leurs activités les établissements qui ne relèvent pas du service public hospitalier. Mais, je l'ai dit tout à l'heure à propos de l'article 12, l'initiative en revient aux professionnels de santé. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

(Les amendements n^{os} 108 et 567, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n^o 350.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse.* Cet amendement maintient la possibilité, pour les établissements de santé privés, d'assurer la permanence des soins, cette mission n'étant pas réservée aux seuls établissements relevant du service public hospitalier. Je précise qu'en 2013, sur 737 établissements assurant la permanence des soins, 276 étaient des établissements privés à but lucratif. Cet amendement a été adopté par la commission.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Cet amendement de clarification est bienvenu.

M. Dominique Tian. Très bien !

(L'amendement n^o 350 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n^o 98.

M. Arnaud Robinet. Nous laissons une chance à nos amis de la majorité, en proposant, nous aussi, avec cet amendement de repli, une manière de clarifier et de simplifier les choses.

Cet article prévoit une nouvelle définition du service public hospitalier. Il exclut donc de fait les cliniques privées des missions de service public, comme cela vient d'être dit.

Il impose à ces dernières le contrôle des honoraires des médecins – alors qu'elles n'ont aucun droit de contrôle sur les honoraires des médecins libéraux –, sans pour autant remettre en cause la possibilité qu'ont les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public de pratiquer les dépassements d'honoraires, ce qui concerne près de 5 000 praticiens. Cette disposition est donc incohérente, comme l'a souligné, il y a quelques instants, notre collègue Dominique Tian.

On le sait, les tarifs prévus par la Sécurité sociale n'ont pas été revalorisés depuis des années : c'est la raison pour laquelle des praticiens facturent des dépassements d'honoraires. D'ailleurs, des dispositifs issus de la convention existent pour limiter ces dépassements, en plus du tact et de la mesure recommandés dans le code de déontologie.

Il est donc proposé de revenir à la rédaction du Sénat, tout en supprimant l'alinéa 54, pour permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme cela est prévu dans la nouvelle rédaction de cet article.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement propose, comme l'avait fait le Sénat, de réintroduire les dispositions de la loi HPST. Nous vous proposons, quant à nous, d'en rester à la rédaction qui a été discutée, concertée et adoptée en première lecture. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 98 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 370 et 369, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour les soutenir.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ces amendements sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 370 et 369, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 78, 200 et 799.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 78.

M. Gilles Lurton. Cet amendement tend à supprimer l'alinéa 32.

Par cet alinéa, il est prévu d'imposer aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins. Or le droit laisse le médecin libre de fixer et de contrôler ses dépassements, qu'il applique généralement avec tact et mesure. De plus, la loi limite déjà le droit du médecin à pratiquer des dépassements d'honoraires dans certains cas précis. Cette quatrième obligation n'a donc pas lieu d'exister.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 200.

M. Dominique Tian. Cet amendement a été parfaitement défendu par Gilles Lurton. L'alinéa 32 est irrecevable : ce n'est pas aux cliniques privées, qui n'ont d'ailleurs aucunement la possibilité de le faire, de contrôler les honoraires et les dépassements d'honoraires des médecins.

Je ne sais même pas si le directeur d'un hôpital public peut le faire, mais en tout cas, c'est exclu dans une clinique privée. C'est le droit des médecins que d'appliquer des tarifs avec tact et mesure. Je confirme par ailleurs ce qui a été dit tout à l'heure, à savoir que les honoraires des médecins, qu'ils appliquent avec tact et mesure, sont bloqués depuis des années et ne sont pas une source de revenus suffisante. Cet alinéa 32 est incompréhensible et extrêmement dangereux.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 799.

M. Arnaud Robinet. Il est défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a émis un avis défavorable. Je précise, pour que les choses soient claires, que vous proposez, par vos amendements, de supprimer l'alinéa relatif à l'absence de dépassements d'honoraires pour les établissements participant au service public hospitalier. Vous voulez donc supprimer une disposition essentielle, qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements qui participent au service public hospitalier.

Je le répète : la réaffirmation du service public hospitalier se traduit par le respect d'exigences exorbitantes du droit commun. C'est la définition même du service public, qui a été consacrée par la jurisprudence administrative. Et cette réaffirmation n'empêche pas de pouvoir reconnaître la participation du secteur privé, dans la mesure, je le répète, où il offre des garanties identiques au service public. Avis défavorable

M. Dominique Tian. C'est incompréhensible !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je donnerai un avis défavorable, en précisant ce que vous savez sans doute fort bien, à savoir que, contrairement à ce que vous dites, le texte de la loi n'interdit pas les dépassements d'honoraires, dans les établissements privés, ou ailleurs. Le texte dispose simplement que, pour faire partie du service public hospitalier, il ne faut pas pratiquer de dépassements d'honoraires – ce qui n'est pas la même chose. Les dépassements d'honoraires ne sont pas interdits, mais, dès lors qu'un établissement les pratique, il ne peut pas faire partie du service public. *(Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains.)*

M. Arnaud Robinet. Quelle hypocrisie !

Mme Marisol Touraine, ministre. Les dépassements d'honoraires sont possibles dans le secteur privé. Dans les hôpitaux, c'est dans le cadre de leur activité privée que certains professionnels pratiquent des dépassements d'honoraires.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Nous avons souhaité, dans un autre article, limiter les dépassements d'honoraires des praticiens qui ont une activité libérale à l'hôpital. Je comprends néanmoins la lecture que l'opposition peut faire de cet alinéa.

La ministre a parfaitement répondu, mais il est vrai que ce schéma de l'activité libérale à l'hôpital permet, *de facto*, dans le cadre du service public hospitalier, une activité libérale, même si nous l'avons contrainte et ramenée à l'avenant n° 8. Il n'y a pas là, à mon sens, de distorsion, mais un fait difficilement contournable au sens strict de la lecture de la loi.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Madame la ministre, je ne sais même pas si, sur un plan réglementaire et juridique, votre système est opposable. Vous parlez du système public hospitalier : les cliniques en font partie, au même titre que les hôpitaux, voilà tout.

M. Denys Robiliard. Non !

M. Dominique Tian. Vous voulez interdire les dépassements d'honoraires dans les cliniques privées, mais, à l'hôpital public, on peut avoir une clientèle privée.

M. Guy-Michel Chauveau. Vous faites preuve de beaucoup de mauvaise foi pour ne pas comprendre, monsieur Tian !

M. Dominique Tian. Les patients doivent avoir les mêmes droits à l'hôpital et dans une clinique privée, c'est tout ! Que l'on choisisse le privé ou le public, on doit avoir les mêmes droits ! Vous êtes en train de créer une inégalité criante, et je comprends que les professionnels de santé soient vent debout. Vous êtes en train de condamner des cliniques privées, dans lesquelles exercent de bons professionnels, à la mort, ou en tout cas à des difficultés extraordinaires.

Vous savez bien que les dépassements d'honoraires sont monnaie courante dans les hôpitaux, comme dans les cliniques, puisque les honoraires n'ont pas été revalorisés depuis longtemps, et vous allez porter un coup fatal à des dizaines d'établissements. À moins que vous ne vouliez faire perdurer des pratiques que nous n'acceptons pas, des pratiques d'antan. Nous n'acceptons pas ce traitement discriminatoire.

(Les amendements identiques n°s 78, 200 et 799 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 79, 201 et 244.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 79.

M. Gilles Lurton. Cet amendement propose de rédiger ainsi l'alinéa 32 : « 4° Le respect du principe de l'efficience ». Ce doit être l'objet de toute activité médicale.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 201.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 244.

M. Arnaud Robinet. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Il est évident que l'efficience peut être considérée comme un objectif partagé par tous. Pour autant, il ne nous semble pas que ce puisse être une garantie opposable au patient.

(Les amendements identiques n°s 79, 201 et 244, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 80, 202 et 246.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 80.

M. Gilles Lurton. Cet alinéa propose d'insérer, après l'alinéa 32, l'alinéa suivant : « 5° L'accessibilité des soins. Cette obligation est définie par décret en Conseil d'État. »

De fait, l'accessibilité des soins doit être une des composantes du service public hospitalier. La mise en œuvre de cette accessibilité aux soins doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé, et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements de santé privés. Les établissements de santé privés n'ont en effet aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins.

Celle-ci dépend strictement du choix des médecins, et ce n'est pas à l'administration des établissements de santé privés de la fixer.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 202.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 246.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement a été brillamment défendu par M. Lurton.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a repoussé ces amendements, car il lui a semblé que cette rédaction était redondante avec l'alinéa 31, qui prévoit déjà l'égal accès à des « activités de prévention et de soin de qualité ».

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Ce que nous souhaitons, c'est que les médecins fixent eux-mêmes leurs honoraires, et non l'administration médicale des établissements privés, qui n'a aucune autorité sur les médecins et n'a donc aucune raison de décider de leurs honoraires.

(Les amendements identiques n°s 80, 202 et 246 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 81, 203 et 247.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 81.

M. Gilles Lurton. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 203.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 247.

M. Arnaud Robinet. Il est défendu.

(Les amendements identiques n°s 81, 203 et 247, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 204, 248 et 520.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 204.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 248.

M. Arnaud Robinet. L'article L. 6122-2 nouveau du code de la santé publique prévoit que les établissements de santé du service public hospitalier sont tenus de faire participer les représentants des usagers du système de santé à leur gouvernance.

Cette rédaction est incompatible avec la liberté d'organisation de la gouvernance des personnes morales gestionnaires des établissements de santé à but lucratif, qui sont des entreprises, et en contradiction avec le droit des sociétés.

Il convient donc de garantir l'information des usagers par le biais de l'instance qui leur est dévolue depuis la loi relative aux droits des patients de 2002 : la commission des usagers.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 520.

M. Gilles Lurton. Cet amendement a été excellemment défendu par M. Robinet.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ces amendements ont été repoussés par la commission, car ils sont en contradiction avec les dispositions de l'article 49, lequel article, je le précise, a été voté conforme par les deux assemblées. Il prévoit que, dans les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier, quel que soit leur statut, les usagers sont représentés par deux représentants issus d'associations d'usagers du système de santé, dans les conseils d'administration ou dans les conseils de surveillance, ou dans les organes qui en tiennent lieu. Cette disposition résulte des obligations du service public. Il n'y a donc aucune raison d'adopter ces amendements.

(Les amendements identiques n°s 204, 248 et 520, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 353 rectifié.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit d'un amendement de coordination avec l'article 49.

(L'amendement n° 353 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 109.

M. Arnaud Robinet. Les établissements participant au service public hospitalier doivent répondre aux sollicitations des pôles de santé en cas de carence de l'offre de services de santé.

(L'amendement n° 109, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 205 et 249.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 205.

M. Dominique Tian. Il s'agit de supprimer l'alinéa 38, qui entraînerait une superposition de la notion de service public hospitalier et des communautés professionnelles territoriales. Or seules certaines catégories d'établissements de santé sont, dans la rédaction actuelle du projet de loi, amenées à assurer le service public hospitalier. Cela pose un vrai problème.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 249.

M. Arnaud Robinet. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable. Ces amendements ont déjà été discutés en première lecture. Je l'ai déjà dit tout à l'heure et je le confirme à nouveau : aucune disposition n'interdit la participation des établissements ne relevant pas du service public hospitalier aux communautés professionnelles territoriales de santé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Madame la rapporteure, nous savons que nous sommes en nouvelle lecture – même un vendredi après-midi, nous nous souvenons de cela !

Si Mme la ministre pouvait s'exprimer et dire la même chose que Mme la rapporteure, alors cette explication aurait une valeur juridique et nous pourrions rassurer les établissements en leur montrant la déclaration de la ministre de la santé. Voilà ce qui nous intéresse ! Nous avons bien noté que Mme Laclais considère que le problème est résolu ; il s'agit maintenant que Mme la ministre nous le confirme et nous rassure.

(Les amendements identiques n°s 205 et 249 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 368.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Amendement rédactionnel, monsieur le président.

(L'amendement n° 368, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 206 et 253.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 206.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 253.

M. Dominique Tian. Il ne figure pas dans la liasse, monsieur le président !

M. le président. Monsieur Tian, nous sommes vendredi. Ne retardez pas nos travaux ! *(Sourires.)*

M. Arnaud Robinet. Nous le disons depuis quelques minutes : tel qu'il est rédigé, l'article 26 risque d'exclure les établissements de santé privés du service public hospitalier, alors que c'est la solidarité nationale qui finance ces établissements. De plus, les établissements de santé privés offrent à l'utilisateur un service rentrant parfaitement dans la définition du service public. Enfin, le patient doit rester libre de choisir son établissement de soins. Exclure les établissements privés porterait grandement atteinte au principe de libre choix du patient, auquel nous sommes très attachés.

L'amendement n° 253 vise à compléter le 3° du nouvel article L. 6112-3 du code de la santé publique en prévoyant que les établissements de santé privés soient habilités à participer au service public hospitalier à condition d'en assurer les garanties définies dans cet article. Ces garanties ont été établies sur des activités de soins particulièrement importantes pour les patients comme pour l'équilibre de l'offre de santé dans les territoires. Les établissements privés de santé respectant ces principes du service public hospitalier doivent être habilités de droit à y participer.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Elle les a repoussés. Effectivement, ces amendements visent à étendre les habilitations de droit au service public hospitalier. Or l'habilitation de droit ne concerne que les établissements privés dont l'activité actuelle est comparable à celle des établissements publics. Elle n'est pas pérenne, mais limitée dans le temps. Elle ne s'applique qu'aux établissements en activité à la date de la promulgation de la présente loi. Les amendements n°s 206 et 253 visent à donner à l'habilitation de droit un caractère pérenne, puisque chaque établissement répondant aux critères définis serait automatiquement habilité. Ce n'est pas le sens de l'article 26.

(Les amendements identiques n°s 206 et 253, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 354.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. En complément du rétablissement des dispositions relatives au service public hospitalier, cet amendement vient conforter le dispositif de sanction en prévoyant un délai de carence pour tout établissement de santé ayant vu son habilitation retirée.

(L'amendement n° 354, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 208.

M. Dominique Tian. Il vise à préciser que les décisions d'autorisation ne doivent pas dépendre du statut de l'établissement, à savoir son appartenance ou non au service public hospitalier, mais qu'elles doivent également prendre en compte son habilitation ou son association au service public hospitalier.

Par ailleurs, il est indispensable de prévoir précisément par décret les critères objectifs, basés sur la qualité et la sécurité des soins, qui présideront à la délivrance des autorisations, afin que ces dernières ne puissent pas dépendre du statut des établissements, c'est-à-dire de leur appartenance ou non au service public hospitalier.

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. L'amendement n° 208 comporte deux dispositions.

La première consiste à préciser que l'association au service public hospitalier est sans incidence sur l'application des règles relatives aux autorisations. Cette disposition, qui me semble légitime, est satisfaite par la rédaction actuelle de l'alinéa 63.

En revanche, il ne me semble pas que les règles relatives aux autorisations nécessitent d'être précisées par décret en Conseil d'État, puisque l'article L. 6122-20 du code de la santé publique donne déjà compétence au pouvoir réglementaire pour préciser le régime du droit des autorisations.

La commission a donc repoussé cet amendement.

(L'amendement n° 208, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 207 et 254.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 207.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 254.

M. Arnaud Robinet. Défendu également.

(Les amendements identiques n° 207 et 254, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 209.

M. Dominique Tian. Défendu.

(L'amendement n° 209, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 355.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. Il s'agit de tenir compte de la situation de quelques établissements de santé privés non lucratifs, qui fonctionnent avec des médecins libéraux titulaires d'un droit de dépassement. De telles situations existent en nombre limité – on en compte moins d'une dizaine – et sont bornées dans le temps.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Ce problème des dépassements d'honoraires est assez compliqué. Si j'ai bien compris, il reste une dizaine d'établissements de ce genre – je ne sais pas comment vous les avez trouvés –...

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Nous travaillons, tout simplement !

M. Dominique Tian. ...auxquels vous permettriez de conserver un droit de dépassement qu'ils détenaient déjà. C'est pire ! Nous ne comprenons pas exactement pourquoi vous autorisez ces établissements à pratiquer des dépassements. Expliquez-nous ! Vous dites par ailleurs que ces situations sont « bornées dans le temps ». Qu'est-ce que cela signifie ? Jusqu'à quand ces situations perdureront-elles ? Pourquoi ?

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Le chapitre VI du projet de loi est intitulé : « Ancrer l'hôpital dans son territoire ». Évitez les guerres de chapelles : l'objectif que nous poursuivons tous est de rapprocher le privé et le public. Il

ne s'agit pas d'opposer les uns aux autres, ni de donner à la puissance publique la capacité, en accordant telle ou telle autorisation, de tuer telle ou telle clinique privée. Tout ce qui concourt au rapprochement des uns et des autres, dans nos territoires, va plutôt dans le bon sens.

Cependant, il y a un sujet sur lequel nous sommes un peu dubitatifs : celui du contrôle des dépassements d'honoraires, qui s'exerce dans le privé mais pas à l'hôpital, alors que les médecins peuvent exercer une activité privée dans les hôpitaux publics, comme la ministre l'a dit. Tout cela n'est pas très clair pour les patients que nous sommes et pour nos compatriotes.

Je comprends le sens de cet article 26, même si je ne le voterai pas. Il y a quand même un grand flou ! Je déplore surtout la capacité donnée à la puissance publique de mettre à mal, d'une simple signature, telle ou telle activité privée. Tout à l'heure, à l'article 12, la rapporteure a déclaré que les établissements privés auraient la possibilité de s'insérer dans les communautés professionnelles territoriales de santé. Très bien, mais ils ne pourront le faire que sous couvert d'une décision administrative, sur laquelle j'aimerais avoir plus d'explications.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Tian, vous m'avez interpellée sur le fait que le dispositif prévu par l'amendement n° 355 serait borné dans le temps. Je le répète : quelques établissements de santé fonctionnent avec des médecins libéraux titulaires d'un droit de dépassement. Les solutions retenues jusqu'alors se sont révélées totalement inadaptées. Dans le cadre de la redéfinition du service public hospitalier, nous pourrions trouver une solution et mettre en place un accompagnement qui permettra aux établissements concernés d'aboutir à une conformité pleine et entière, dans un cadre sécurisé.

Le dispositif proposé par l'amendement n° 355 institue en fait une période transitoire de trois années, au terme de laquelle les contrats conclus avec les médecins libéraux devront être conformes aux exigences du service public hospitalier. À défaut, une prolongation de deux années leur sera ouverte. Faute d'accord au terme de cette prolongation, les contrats d'exercice seront rompus.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas ce qui est écrit !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Tel est l'objet de cet amendement, qui a été accepté par la commission.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. J'ai relevé dans l'amendement n° 355 une phrase relativement grave. Après s'être attaqué aux établissements de santé privés à but lucratif, on s'attaque aujourd'hui aux établissements privés à but non lucratif. D'ailleurs, ces établissements présentent un mode de fonctionnement relativement intéressant : ils permettent de s'adapter facilement aux évolutions du système de santé, puisqu'ils ne sont soumis ni aux décisions des actionnaires, ni à la rigidité de la fonction publique. Ils bénéficient d'une liberté totale qui permet cette adaptabilité à notre système.

Voici la phrase que Dominique Tian et moi avons relevée dans cet amendement et qui nous choque : « Lorsqu'un praticien refuse la mise en conformité, l'autorisation est retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé. » Qu'est-ce que c'est que cette histoire ?

M. Denys Robiliard. Cela veut bien dire ce que cela veut dire !

M. Arnaud Robinet. Ce n'est pas au directeur général de l'agence régionale de santé de retirer une autorisation !

M. Dominique Tian. Évidemment !

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement a fait l'objet de discussions...

M. Arnaud Robinet. Pour vous, tout a déjà été discuté en commission, alors qu'en commission, on renvoie le débat à la séance publique !

M. le président. Seule Mme Laclais a la parole.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je n'ai pas terminé, monsieur Robinet. Restez calme ! Il nous reste un petit peu de temps à passer ensemble : tâchons de le rendre sympathique, même un vendredi !

M. Dominique Tian. Nous avons tout le week-end !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Des discussions ont donc été menées. Dans le cadre de l'objectif poursuivi par l'article 26, l'amendement n° 355 concerne un nombre minime d'établissements, pour lesquels nous essayons de trouver une solution qui a été négociée avec leurs représentants.

M. Arnaud Robinet. Non, on ne peut pas dire cela !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Les procédures sont précisées dans l'amendement.

Vous n'êtes pas d'accord, je peux l'entendre, monsieur Robinet.

M. Arnaud Robinet. Il n'y a pas eu de concertation.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Vous avancez toujours ce même argument, mais je puis vous assurer qu'il y a eu concertation.

M. Arnaud Robinet. Nous ne devons pas rencontrer les mêmes personnes !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. J'annonce que je soutiendrai l'amendement de Mme la rapporteure. Mais de façon à éclairer l'Assemblée, pouvez-vous donner les noms de ces quelques établissements ?

M. Dominique Tian. Très bien.

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt. Voulez-vous donner les noms ?

M. Gérard Bapt. Non, je ne donne pas de noms, mais je souhaiterais savoir s'il y a d'autres établissements concernés. *(Sourires.)*

Je soutiendrai l'amendement de Mme la rapporteure, mais je voudrais savoir s'il existe des exemples de cliniques privées où il y a des dépassements d'honoraires qui pourraient demander à bénéficier du même délai d'adaptation et, ensuite, revenir dans le service public hospitalier.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. M. Robinet a tout à fait raison. Si un praticien refuse la mise en conformité, il est convoqué par le directeur de l'agence régionale de santé qui lui retire son autorisation. Le résultat, c'est que l'établissement est déconventionné. Qu'est-ce que cela veut dire ? Que le médecin soit pénalisé, soit. Mais au nom de quoi l'établissement se verrait-il retirer son autorisation ? C'est hallucinant !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Puisque vous demandez des exemples, je vous en cite un : la clinique Saint-Joseph de Marseille.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas une clinique, mais un hôpital !

Mme Marisol Touraine, ministre. L'hôpital Saint-Joseph à Marseille. C'est à vous de voir, monsieur Tian, vous faites ce que vous voulez.

(L'amendement n° 355 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 351.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le présent amendement vient compléter la procédure d'habilitation de plein droit, en rappelant qu'elle n'a qu'une vocation transitoire, ce qui se matérialise par le terme temporel qui lui est donné.

(L'amendement n° 351, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 26, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale

Article 26

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... *(le reste sans changement)*. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. » ;

2° Après l'article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 6111-1-1. – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« Art. L. 6111-1-2. – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

« 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

« Art. L. 6111-1-2-1 (nouveau). – Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Art. L. 6111-1-3. – Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

3° et 3° bis (Supprimés)

4° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-6-1. – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins aux personnes mentionnées au 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;

B. – Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Service public hospitalier

« Art. L. 6112-1. – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« Art. L. 6112-2. – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

« II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

« III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 ;

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article L. 1434-9 ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

« 5° Ils développent des actions en matière de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

« 4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

« Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu, si besoin, à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

« Art. L. 6112-4. – I. – Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

« L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5.

« II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :

« 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au cours de l'année précédente ;

« 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3. L'établissement concerné ne peut alors présenter de nouvelle demande d'habilitation avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la notification du retrait.

« Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

« *Art. L. 6112-4-1.* – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

« Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

« Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

« Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

« *Art. L. 6112-4-2.* – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2 ou qu'il y est associé en application de l'article L. 6112-4-1.

« *Art. L. 6112-5.* – Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

C. – L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5.* – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

« Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »

I bis. – (*Non modifié*)

II et III. – (*Supprimés*)

IV. – (*Non modifié*)

V (*nouveau*). – Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux établissements mentionnés à l'article 9 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, ces établissements s'assurent de la mise en conformité avec l'article L. 6161-9 du même code des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux qui, à la date de promulgation de la présente loi, pratiquent des honoraires différents. Ces contrats sont réputés bénéficier, pendant ce délai, de l'autorisation mentionnée au même article.

Lorsqu'un praticien refuse la mise en conformité, l'autorisation est retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant avec effet différé au terme d'une période transitoire qui ne peut excéder deux ans à compter de la décision de retrait. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé

intervient au terme d'une procédure contradictoire avec le praticien concerné et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire.

VI (*nouveau*). – A. – Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique est supprimé le 1^{er} janvier 2017.

B. – À la même date, les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3^o du même article L. 6112-3.

2. Sénat

a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015

Article 26

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. - Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :

1^o L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurant, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;

b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... (*le reste sans changement*). » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. » ;

2^o Après l'article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6111-1-1.* - Dans le cadre de la mise en oeuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en oeuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

« *Art. L. 6111-1-2.* - Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

« 1^o Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2^o Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

« 3^o Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

« 4^o Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

« *Art. L. 6111-1-2-1 (nouveau).* - Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« *Art. L. 6111-1-3.* - Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;

3° et 3° bis (*Supprimés*)

4° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-6-1.* - L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

« Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.

« L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins aux personnes mentionnées au 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;

B. - Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Service public hospitalier*

« *Art. L. 6112-1.* - Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« *Art. L. 6112-2.* - I. - Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

« II. - Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

« 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;

« 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

« III. - Les établissements de santé mettent également en oeuvre les actions suivantes :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 ;

« 2° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article L. 1434-9 ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

« 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

« 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

« 5° Ils développent des actions en matière de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« *Art. L. 6112-3.* - Le service public hospitalier est assuré par :

« 1° Les établissements publics de santé ;

« 2° Les hôpitaux des armées ;

« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

« 4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

« Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

« Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

« Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu, si besoin, à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

« *Art. L. 6112-4.* - I. - Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.

« L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5.

« II. - À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :

« 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au cours de l'année précédente ;

« 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3. L'établissement concerné ne peut alors présenter de nouvelle demande d'habilitation avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la notification du retrait.

« Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.

« *Art. L. 6112-4-1.* - Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

« Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

« Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

« Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.

« *Art. L. 6112-4-2.* - Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2 ou qu'il y est associé en application de l'article L. 6112-4-1.

« *Art. L. 6112-5.* - Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

C. - L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5.* - Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1^{er} du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

« Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »

I bis. - (Non modifié)

II et III. - (Supprimés)

IV. - (Non modifié)

V (nouveau). - Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux établissements mentionnés à l'article 9 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, ces établissements s'assurent de la mise en conformité avec l'article L. 6161-9 du même code des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux qui, à la date de promulgation de la présente loi, pratiquent des honoraires différents. Ces contrats sont réputés bénéficier, pendant ce délai, de l'autorisation mentionnée au même article.

Lorsqu'un praticien refuse la mise en conformité, l'autorisation est retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant avec effet différé au terme d'une période transitoire qui ne peut excéder deux ans à compter de la décision de retrait. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé intervient au terme d'une procédure contradictoire avec le praticien concerné et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire.

VI (nouveau). - A. - Le dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique est supprimé le 1^{er} janvier 2017.

B. - À la même date, les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3^o du même article L. 6112-3.

b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015

Article 26 - (art. L. 6111-1, L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 et L. 6111-6-1 [nouveaux], - L. 6112-1, L. 6112-1-1 [nouveau], L. 6112-1-2 [nouveau], L. 6112-2 à L. 6112-4, - L. 6112-4-1 et L. 6112-4-2 [nouveaux], L. 6112-5 et L. 6161-5 - du code de la santé publique) - Refondation du service public hospitalier

Objet : Cet article tend à réinscrire dans la loi la notion de service public hospitalier (SPH), et à définir son contenu et les conditions de participation des établissements de santé.

I - La position du Sénat en première lecture

Votre commission a souligné qu'elle n'est pas opposée à la mise en place du service public hospitalier, qui est vue par les établissements publics et les personnels hospitaliers comme une reconnaissance de la spécificité de leurs tâches.

Néanmoins, afin de reconnaître le rôle que les établissements privés jouent dans la réalité de l'offre de soins aux patients, votre commission a rétabli, sur proposition de ses rapporteurs, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public, tout en maintenant les garanties qui s'attachent actuellement pour les patients à l'exercice de ces missions, y compris les tarifs opposables.

A l'initiative de notre collègue Gilbert Barbier, la commission a supprimé la mention de la participation des établissements qui assurent un service public hospitalier à la formation initiale des sages-femmes, ces formations étant exercées par des écoles intégrées aux CHU.

A l'initiative de nos collègues Gilbert Barbier et Jean-Pierre Grand, elle a supprimé la possibilité de participation des établissements qui assurent le service public hospitalier aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS.

Enfin, à l'initiative de notre collègue Roger Karoutchi, la commission a précisé que les décisions d'autorisation ne seront pas fonction de la participation d'un établissement au service public hospitalier.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

A l'initiative de sa rapporteure, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté deux amendements. Le premier pour supprimer la possibilité, pour les établissements de santé privé, de continuer à effectuer des missions de service public. Le second pour rétablir la possibilité, pour l'ARS, de désigner des participants aux communautés professionnelles territoriales de santé et pour prévoir, sous forme d'une nouvelle rédaction, que les autorisations d'activité ne sont pas liées à l'exercice, ou non, du service public.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté huit amendements présentés par la rapporteure dont trois rédactionnels, les autres tendant à :

- consolider la base légale permettant au directeur général de l'ARS de solliciter tout établissement de santé en vue d'assurer la permanence des soins ;
- préciser les conditions dans lesquels les établissements de santé privés habilités à exercer le service public hospitalier organisent la consultation des usagers, lorsqu'ils ne disposent pas d'un conseil d'administration ou d'un conseil de surveillance ;
- prévoir la possibilité, pour un établissement dont l'habilitation à exercer le service public hospitalier a été retirée, de présenter une nouvelle demande dans un délai d'un an ;
- prévoir un délai de trois ans pour la mise en conformité des contrats des praticiens des établissements privés à but non lucratif autorisant les dépassements d'honoraires ;
- prévoir un terme, le 1^{er} janvier 2017, pour l'habilitation de plein droit à exercer le service public hospitalier.

Votre commission regrette la disparition des missions de service public pour les établissements privés et l'exclusion, de fait, de ces établissements du service public, alors que l'expérience de terrain montre l'importance de leur contribution à la prise en charge des besoins de soins de la population.

c. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015

Néant

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 107 de la loi Santé (ex art.27)

Groupements hospitaliers de territoire

Loi de modernisation de notre système de santé

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté..... | 4 |
| II. Consolidation | 8 |
| III. Travaux parlementaires | 20 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté..... | 4 |
| II. Consolidation | 8 |
| A. Code de la santé publique..... | 8 |
| - Article L. 6131-2 | 8 |
| - Article L. 6132-1 | 10 |
| - Article L. 6132-2 | 11 |
| - Article L. 6132-3 | 12 |
| - Article L. 6132-4 | 12 |
| - Article L. 6132-5 | 12 |
| - Article L. 6132-6 | 13 |
| - Article L. 6132-7 | 13 |
| - Article L. 6143-1 | 13 |
| - Article L. 6143-4 | 14 |
| - Article L. 6143-7 | 15 |
| - Article L. 6161-8 | 16 |
| - Article L. 6211-21 | 16 |
| B. Code de la sécurité sociale | 17 |
| - Article L. 162-22-13 | 17 |
| C. Loi n° 2000-1257 de financement de la sécurité sociale pour 2001 du 23 décembre 2000..... | 18 |
| - Article 40 | 18 |
| III. Travaux parlementaires | 20 |
| D. Première lecture | 20 |
| 1. Assemblée nationale | 20 |
| a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 20 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 20 |
| b. Amendement déposé en commission | 20 |
| Amendement N°AS970, présenté par le Gouvernement, déposé le 13 mars 2015 | 20 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 17 mars 2015 à 15h..... | 25 |
| d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015 | 27 |
| e. Discussion en séances publiques..... | 38 |
| f. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture | 45 |
| 2. Sénat..... | 49 |
| a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015..... | 49 |
| b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales | 52 |
| g. Séances publiques | 55 |
| h. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015 | 66 |
| E. Commission mixte paritaire (désaccord)..... | 69 |
| F. Nouvelle lecture | 69 |
| 1. Assemblée nationale..... | 69 |
| a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015 | 69 |
| b. Amendements adoptés en commission | 72 |
| c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 9h30, compte rendu n°14..... | 73 |
| d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015 | 76 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 80 |
| f. Discussion en séance publique..... | 82 |
| g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale..... | 85 |
| 2. Sénat..... | 88 |
| a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015..... | 88 |
| b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015 | 92 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 107 27

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *Chapitre II*

« *Groupements hospitaliers de territoire*

« *Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.*

« *II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.*

« ~~II-bis~~ *III. – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III IV de l'article L. ~~6132-4~~ L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.*

« ~~II-ter~~ *A IV. – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.*

« ~~II-ter~~ *V. – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.*

« ~~II-quater~~ *VI. – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.*

« ~~III~~ *VII. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.*

« ~~III-bis~~ *VIII. – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.*

« ~~IV et V. – (Supprimés)~~

« *Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.*

« *II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :*

« *1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;*

« *2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. ~~6132-4~~ L. 6132-3 ;*

« *3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;*

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article ~~L. 6132-6~~ L. 6132-5 ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« ~~b-bis~~ c) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« ~~e~~ d) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« ~~Art. L. 6132-3. — (Supprimé)~~

« ~~Art. L. 6132-4~~ L. 6132-3. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« ~~1° bis~~ 2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« ~~2°~~ 3° La fonction achats ;

« ~~3°~~ 4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« ~~II bis~~ III. – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

« ~~III~~ IV. – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« ~~Art. L. 6132-5~~ L. 6132-4. – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation

mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« ~~Art. L. 6132-6~~ L. 6132-5. – I. – Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1^{er} juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« ~~Art. L. 6132-6-1~~ L. 6132-6. – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

« Art. L. 6132-7. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« ~~1^o~~ 1^o La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« ~~1^o~~ 2^o Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« ~~2^o~~ 3^o Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3^o 4^o Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 4^o 5^o Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;

« ~~4^o bis~~ 6^o Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4^o du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

« ~~5^o~~ 7^o Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article ~~L. 6132-4~~ L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

~~2^o et 3^o~~ (*Supprimés*)

4^o 2^o Au 2^o de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5^o 3^o L'article L. 6131-3 est abrogé ;

6^o 4^o L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4^o, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7^o 5^o Le 2^o *bis* de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5^o de l'article L. 6143-7 ; »

8^o 6^o Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à ~~aux I à III de~~ l'article ~~L. 6132-4~~ L. 6132-3. » ;

8^o *bis* 7^o À la première phrase de l'article L. 6161-8, les mots : « une communauté hospitalière » sont remplacés par les mots : « un groupement hospitalier » ;

9° 8° À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

(AN1) II. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».

III. – Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »

(AN NL) IV. – A. – Jusqu'au 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées avant la publication de la présente loi restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B. – À compter du 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article ~~L. 6132-6~~ L. 6132-5 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI. – ~~A.~~ – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé prévu au 1° du II de l'article L. 6132-2 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

~~B.~~ – (*Supprimé*)

(AN1) VII. – L'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

(S1) VIII. – Le II de l'article ~~L. 6132-6~~ L. 6132-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2° À compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article ~~L. 6132-4~~ L. 6132-3 dudit code.

(AN1) IX. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même groupement hospitalier de territoire.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Partie législative

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre III : Examen des caractéristiques génétiques, identification par empreintes génétiques et profession de conseiller en génétique

Chapitre Ier : Coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé

- Article L. 6131-2

Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé :

- 1° De conclure une convention de coopération ;
- 2° De ~~conclure une convention de communauté hospitalière de territoire~~, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;
- 3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat.

~~Art. L. 6131-3 — Lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou qu'un déséquilibre financier important est constaté, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un ou plusieurs établissements de santé concernés de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire.~~

~~La demande du directeur général de l'agence régionale de santé est motivée.~~

~~Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention.~~

~~Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de communauté hospitalière de territoire.~~

Chapitre II : Communautés hospitalières de territoire

~~Art. L. 6132-1 — Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.~~

~~La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires.~~

~~Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.~~

~~Art. L. 6132-2~~ La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements après avis de leurs conseils de surveillance ou, dans le cas visé au 4° de l'article L. 6143-1, par les conseils de surveillance des établissements.

Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétente.

Cette double approbation entraîne création de la communauté hospitalière de territoire.

La convention de communauté hospitalière de territoire définit :

— le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires ainsi que, le cas échéant, les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;

— les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

— les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

— en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

— le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire ;

— la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention.

La désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements parties à la convention. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

~~Art. L. 6132-3~~ La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'Etat dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence ou aux agences régionales de santé compétentes.

Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

~~Art. L. 6132-4~~ Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, l'autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

~~Art. L. 6132-5~~ En application du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :

1° Un établissement public de santé qui transfère, en application d'une convention de communauté hospitalière de territoire, une activité de soins à un autre établissement peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

~~2° Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-2 du même code.~~

~~La cession ou l'échange mentionnés aux 1° et 2° du présent article, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé atteste des transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.~~

~~Art. L. 6132-6 — L'application d'une convention de communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé parties à cette convention.~~

~~Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était propriétaire des biens mis à disposition, la remise de ces biens a lieu à titre gratuit. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition assume l'ensemble des obligations du propriétaire.~~

~~L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition est substitué à l'établissement public propriétaire dans tous ses droits et obligations à l'égard de ses cocontractants, découlant notamment des contrats conclus pour l'aménagement, l'entretien et la conservation des biens remis, ainsi qu'à l'égard de tiers.~~

~~En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas précédents, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés.~~

~~Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.~~

~~Lorsque de tels transferts ont lieu, l'établissement initialement titulaire de la compétence ou de l'autorisation peut transférer, après information de son comité technique d'établissement, les emplois afférents. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusqu'alors les activités considérées et assure la responsabilité afférente aux autorisations.~~

~~Art. L. 6132-7 — La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée :~~

~~1° Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;~~

~~2° Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;~~

~~3° Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'Etat dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de non application de la convention.~~

~~Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.~~

~~Art. L. 6132-8 — Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.~~

Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire

- Article L. 6132-1

I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

III. – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est

traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

IV. – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

V. – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

VI. – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.

VII. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

VIII. – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

- Article L. 6132-2

I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 L. 6132-3 ;

3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-5 ;

b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

c) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

d) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

- Article L. 6132-3

I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

3° La fonction achats ;

4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

III. – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

IV. – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

- Article L. 6132-4

La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

- Article L. 6132-5

I. – Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1^{er} juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de

cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

- Article L. 6132-6

Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

- Article L. 6132-7

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

- 1° La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;
- 2° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;
- 3° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;
- 4° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;
- 5° Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;
- 6° Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;
- 7° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Titre IV : Etablissements publics de santé

Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire

- Article L. 6143-1

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

- 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- 2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4° ~~Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;~~
- 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- 6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- **la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire.**

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

- Article L. 6143-4

Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 et les actes du directeur mentionnés à l'article L. 6143-7 sont exécutoires sous réserve des conditions suivantes :

1° Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5°, 7° et 8° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas. Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

2° Les décisions du directeur mentionnées aux 1° à 10° et 12° à 16° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article ;

2° bis L'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7, sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

Pour les établissements de santé soumis à un plan de redressement en application de l'article L. 6143-3, l'état des prévisions de recettes et de dépenses et ses annexes ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7, sont soumis à l'approbation expresse du directeur général de l'agence régionale de santé.

Dans le cas prévu au deuxième alinéa du présent 2° bis, l'état des prévisions de recettes et de dépenses ne peut être approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé si l'évolution des effectifs est manifestement incompatible avec l'évolution de l'activité de l'établissement de santé.

Les modalités d'application des deuxième et troisième alinéas du présent 2° bis sont fixées par décret ;

Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ;

3° Les décisions du directeur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relatives au programme d'investissement et au plan global de financement pluriannuel mentionnées aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 sont réputées approuvées si le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget n'ont pas fait connaître leur opposition dans des délais déterminés par voie réglementaire, du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.

Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut l'approuver dans les conditions fixées au 2° bis du présent article, après avis conforme des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Le contrat mentionné au 1° de l'article L. 6143-7 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application du 2° bis du présent article. Il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l'agence régionale de santé prises en application des articles L. 6145-1, L. 6145-2, L. 6145-3, L. 6145-4 et L. 6145-5.

Le directeur général de l'agence régionale de santé défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article L. 6143-7, qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les motifs d'illégalité invoqués. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution.

(...)

- Article L. 6143-7

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.

Titre VI : Etablissements de santé privés

Chapitre Ier : Dispositions générales

- Article L. 6161-8

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec ~~une communauté hospitalière~~ **un groupement hospitalier** de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public. Ces accords sont conclus sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-10. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Livre II : Biologie médicale

Titre Ier : Définition et principes généraux

Chapitre Ier : Examen de biologie médicale

Section 2 : Conditions et modalités de réalisation

- Article L. 6211-21

Sous réserve des coopérations dans le domaine de la biologie médicale menées entre des établissements de santé dans le cadre de conventions, de groupements de coopération sanitaire ou de ~~communautés hospitalières~~ **groupements hospitaliers** de territoire et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif des actes de biologie médicale fixé en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale.

B. Code de la sécurité sociale

Partie législative

Livre 1 : Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 5 : Etablissements de santé

Sous-section 3 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux

- **Article L. 162-22-13**

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4^o du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la ~~création de communautés hospitalières~~ **constitution de groupements hospitaliers** de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en oeuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.

L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

C. Loi n° 2000-1257 de financement de la sécurité sociale pour 2001 du 23 décembre 2000

Titre III : Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie

Section 3 : Branche maladie

- **Article 40**

I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

II. (abrogé)

III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création ~~de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1~~ **groupements hospitaliers de territoire.**

Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.

III bis. (abrogé)

III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

III quater. (abrogé)

III quinquies.-Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique .

IV.-Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.

V.-Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret.

Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds.

Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

V bis. (abrogé)

VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI.

VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.

Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année.

IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

III. Travaux parlementaires

D. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Article 27 : l'article vise à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée avec obligation d'adhésion à un groupement hospitalier de territoire.

Ces groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui se substituent aux communautés hospitalières, sont responsables de l'élaboration d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un même territoire, dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse aux besoins de santé de la population et pas seulement de coordination de l'offre de soins. Chaque GHT demeure libre de déterminer des modalités d'organisation et de fonctionnement. Les services et établissements médico-sociaux publics peuvent également participer à ces groupements. Le texte prévoit que pour certaines spécialités les services puissent coopérer avec différents établissements dans le cadre d'un projet médical, y compris en dehors du GHT de l'établissement. Cette coopération est en effet nécessaire pour garantir la continuité de la prise en charge (par exemple en psychiatrie).

La mise en œuvre de ce projet médical unique suppose une unicité de système d'information, de gestion de l'information médicale, de la qualité et de la sécurité des soins et des achats, missions désormais confiés aux GHT. Les établissements de santé privés peuvent être associés à un groupement hospitalier de territoire pour l'élaboration du projet médical du GHT. En outre, afin de prendre en compte leur spécificité, les établissements spécialisés en psychiatrie pourront participer, le cas échéant, à plusieurs GHT.

b. Amendement déposé en commission

Amendement N°AS970, présenté par le Gouvernement, déposé le 13 mars 2015

Rédiger ainsi cet article :

« I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chapitre II

« Groupements hospitaliers de territoire

« *Art. L. 6132-1.* – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge du patient commune et graduée dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

« III. – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

« IV. – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupements auxquels ils ne sont pas parties.

« V. – Les établissements assurant une activité d’hospitalisation à domicile sont associés à l’élaboration du projet médical des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d’autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.

« VI. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé, un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu’à un seul groupement hospitalier de territoire.

« VII. – Les établissements privés peuvent être partenaires d’un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d’une convention de partenariat prévue à l’article L. 6134-1.

« *Art. L. 6132-2.* – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l’agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d’implantation des autorisations mentionnées à l’article L. 6122-1.

« II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° Un projet médical partagé de l’ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire ;

« 2° Les délégations éventuelles d’activités, mentionnées au II de l’article L. 6132-3 ;

« 3° Les transferts éventuels d’activités de soins ou d’équipements de matériels lourds entre établissements du groupement ;

« 4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;

« 5° Les modalités d’organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) la désignation de l’établissement support chargé d’assurer, pour le compte des autres établissements du groupement, les compétences et activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements du groupement, à la majorité des deux tiers. A défaut, l’établissement support est désigné par le Directeur Général de l’agence régionale de santé concernée ;

« b) la composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d’établissements, les présidents des commissions médicales d’établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers et rééducation médico-techniques de l’ensemble des établissements du groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint à qui il délègue tout ou partie de sa compétence.

« *Art. L. 6132-3.* – I. – L’établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La gestion d’un système d’information. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l’article L. 1110-4. L’établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d’information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique et aux libertés, et notamment par son article 34 ;

« 2° La gestion d’un département de l’information médicale de territoire. Par dérogation aux dispositions de l’article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l’analyse de l’activité au médecin responsable de l’information médicale du groupement ;

« 3° La fonction achats ;

« 4° La coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

« II. – L’établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements du groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« III. – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l’alinéa 2 de l’article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d’enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect des dispositions de l’article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« Art. L. 6132-4. - La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement.

« Art. L. 6132-5. – I. – Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer.

« II. – L'attribution des dotations de financement de l'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6. – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

« Art. L. 6132-7. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre et notamment :

« 1° La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 2° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 3° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 5° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1, et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire, sont modifiées ;

« 6° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire. »

« 2° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

« 3° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une communauté hospitalière de territoire » sont supprimés ;

« 4° Au début du 4° de l'article L. 6143-1 les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

« 5° Après le quatrième alinéa du 2°bis de l'article L. 6143-4 est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7. »

« 6° Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7 est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-3. »

« 7° À l'article L. 6211-21, les mots : « une communauté hospitalière de territoire » sont remplacés par les mots : « un groupement hospitalier de territoire ».

« II. – Au premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « la création de communautés hospitalières de territoire » sont remplacés par les mots : « la constitution de groupements hospitaliers de territoire ».

« III. – Au III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, les mots : « communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1 » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers de territoire ».

« IV. – I. – Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par les dispositions du chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

« II – À compter du 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucunes des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, conformément au I de l'article L. 6132-2, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

« V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-5 est arrêtée avant le 1^{er} janvier 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert

de référence pour l'appréciation de la conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu de l'article L. 6132-2.

« VI. – I. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} janvier 2016.

« II. – Par dérogation, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire peut être arrêté dans un délai d'un an après la conclusion de la convention constitutive, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

« VII. – Les dispositions de l'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques sont applicables aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

« VIII. – Les dispositions du II de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique dans leur rédaction issue de la présente loi sont applicables :

« 1° À compter du 1^{er} janvier 2016 aux établissements publics de santé qui ne sont pas parties à un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

« 2° À compter du 1^{er} janvier 2018 aux établissements publics de santé qui, bien que parties à un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-3 du même code.

« IX. – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de mettre en place une trésorerie commune entre les établissements publics parties d'un même groupement hospitalier de territoire.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les modifications proposées par cet amendement sont issues des préconisations de la mission conduite par le Dr. Frédéric Martineau (radiologue et Président de la conférence des Présidents de Commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers) et Jacqueline Hubert (DG du CHU de Grenoble). J'ai en effet voulu que deux professionnels reconnus puissent échanger avec l'ensemble des parties prenantes pour porter cette réforme importante que constitue la création des groupements hospitaliers de territoire. De ces échanges sont ressortis plusieurs demandes de précisions ou d'évolution dont je souhaite tenir compte.

En premier lieu, il est apparu nécessaire de réaffirmer que c'est bien le projet médical et donc le service rendu au patient qui doit guider à la création de ces groupements. Force est de constater que les patients demeurent inégaux face à la maladie (inégalités sociales, territoriales, financières). Ce projet médical sera commun et non plus partagé. Commun car c'est l'association des professionnels qui fera la force de ces groupement.

Il s'agira ensuite de faire en sorte que ce projet médical permette de faire évoluer l'organisation territoriale des soins. C'est la raison pour laquelle le projet médical commun comprendra obligatoirement un volet proximité, tout autant qu'un volet recours. Il ne s'agira pas de fermer les hôpitaux de proximité mais d'organiser les soins sur un territoire.

Pour y parvenir, un délai de 6 mois supplémentaires est prévu pour prendre le temps de concerter et d'élaborer un projet qui ait du sens pour les établissements qui constitueront les groupements. Cette concertation devra associer tous les acteurs locaux, au delà de la seule communauté hospitalière.

Cet amendement doit également permettre de prendre en compte la spécificité de certains établissements :

- celle des établissements spécialisés en santé mentale, en leur permettant d'être associés à d'autres GHT compte tenu de la sectorisation ;
- celle des établissements d'hospitalisation à domicile, en leur permettant d'être associés à plusieurs GHT ;
- celle des CHU, pour reconnaître leur spécificité territoriale et garantir l'association des tous les GHT à un CHU pour les missions hospitalo-universitaires ;
- celle des établissements privés, en leur octroyant un statut de partenaire distinct du statut d'associé prévu pour les établissements publics de santé et médico-sociaux ;
- enfin, celle de l'AP-HP, des HCL, de l'AP-HM, qui se caractérisent par une implantation multi-site dans des territoires d'une très grande hétérogénéité.

Sous-amendement n°AS1700 à l'amendement n°AS/970 du Gouvernement présenté par Mme Laclais, rapporteure

Compléter l'alinéa 12 par la phrase suivante :

« Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement hospitalier de territoire. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de prévoir l'articulation du projet médical des établissements privés associés avec celui du groupement hospitalier de territoire dans l'optique d'une continuité des soins sans rupture de parcours.

Sous-amendement n°AS1733 présenté par M. Cordery à l'amendement n°AS/970 du Gouvernement

Compléter l'alinéa 12, par la phrase suivante :

« Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans le pays voisin peuvent être associés par voie conventionnelle. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Pour répondre au mieux aux besoins de la population des régions frontalières, cet amendement vise à assurer que les établissements de santé situés de l'autre côté de la frontière puissent être associés aux groupements hospitaliers de territoire.

Les structures de soins du pays voisin pourraient recevoir un agrément, être soumis aux procédures de l'HAS ou équivalents, utiliser les canaux informatiques permettant la télétransmission des données nécessaires aux organismes de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire... De la sorte, l'évaluation des flux et des pratiques, dans les espaces frontaliers, s'effectuerait avec précision et efficacité.

Sous-amendement n°AS1699 présenté par Mme Laclais, rapporteure, à l'amendement n)AS/970 du Gouvernement

I. Compléter la dernière phrase de l'alinéa 20 par les mots :

« après avis du comité territorial des élus ; »

II. En conséquence, après l'alinéa 23, insérer l'alinéa suivant :

« - le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. »

III. En conséquence, compléter l'alinéa 34 par la phrase suivante :

« La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement. »

IV. En conséquence, après l'alinéa 46, insérer l'alinéa suivant :

« 4° bis - Après le douzième alinéa de l'article L. 6143-1 est inséré l'alinéa suivant : « la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de préciser le rôle des élus locaux dans la constitution des GHT et dans leur gouvernance.

Il s'agit tout d'abord de permettre aux élus de s'exprimer sur les périmètres et composition du GHT.

Il s'agit ensuite de confirmer le rôle des élus siégeant dans les conseils de surveillance des établissements dans la désignation de l'établissement support.

Il s'agit enfin de mettre en place un comité territorial des élus, garant de l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Sous-amendement n°AS1698 présenté par Mme Laclais, rapporteure, à l'amendement n°AS/970 du Gouvernement

Rédiger ainsi la première phrase de l'alinéa 23:

« La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements du groupement. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de préciser les mutualisations en termes de systèmes d'information. Il s'agit de préciser la finalité de ces mutualisations qui ont vocation à se mettre en œuvre de façon progressive.

Sous-amendement n°AS1701 présenté par mme Laclais, rapporteure à l'amendement n°AS/970 du Gouvernement

Compléter l'alinéa 34 par la phrase suivante :

« Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de s'assurer que l'appréciation de la certification par la HAS se fasse établissement par établissement.

c. Examen du texte au cours de la réunion du 17 mars 2015 à 15h

Article 27 (art. L. 1434-7, L. 6211-21, L. 6131-2, L. 6131-3, L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6132-3, L. 6132-4, L. 6132-5, L. 6132-6, L. 6132-7, L. 6143-1 et L. 6161-8 du code de la santé publique, art. L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) : *Création des groupements hospitaliers de territoire*

La Commission est saisie de l'amendement AS970 du Gouvernement, qui fait l'objet des sous-amendements AS1732 de M. Philip Cordery, AS1700 de la rapporteure, AS1733 de M. Philip Cordery, AS1699, AS1698 et AS1701 de la rapporteure.

Mme la ministre. L'article 27 vise à créer les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Sans doute cet article ne retient-il pas l'attention du grand public et de ceux qui ne sont pas spécialistes de notre système de santé. C'est pourtant l'une des mesures les plus structurantes de ce texte pour l'avenir de notre système de santé.

Avec l'article 12, qui restructure l'offre de soins primaires, et l'article 27, nous tournons une page : celle de la période au cours de laquelle les établissements hospitaliers se livraient parfois une compétition pour prendre les patients en charge. Nous proposons en effet de coordonner les établissements publics de santé d'un même territoire autour d'une prise en charge commune et graduée des patients. Il s'agit de permettre l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins – d'abord les hôpitaux de proximité, puis les centres hospitaliers plus importants, voire les centres hospitaliers universitaires (CHU). Les GHT permettront également d'optimiser des fonctions transversales qui doivent pouvoir être communes à plusieurs établissements d'un même territoire.

La création des GHT a été envisagée il y a plusieurs mois. Sans attendre la loi, j'avais confié une mission à deux personnalités, Frédéric Martineau, président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers, et Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble. Ils ont engagé une très large concertation qui a abouti à préciser l'article tel qu'il était rédigé initialement. Je veux saluer le remarquable travail qu'ils ont accompli. Ils ont permis d'entraîner un mouvement d'adhésion collectif des professionnels et des directeurs à la mise en place des GHT.

Nous proposons de parler désormais de projet médical « partagé » et non pas « commun », pour bien traduire l'idée d'un rassemblement des professionnels autour d'un projet fédérateur. Ensuite, il s'agit de mieux préciser l'objet des groupements hospitaliers de territoire en introduisant la notion d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. La notion de proximité est également intégrée. C'est une manière de dire très clairement que les groupements hospitaliers de territoire ne doivent pas conduire à la fermeture des petits

hôpitaux. Au contraire, c'est le moyen d'organiser un maillage territorial pertinent et de préserver, grâce à ces coopérations, des établissements parfois fragiles.

Le texte apporte par ailleurs des précisions sur l'articulation de certains établissements avec les GHT. Tous les GHT seront associés à un CHU pour les activités d'enseignement, de recherche et de démographie médicale.

La place des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et des établissements d'hospitalisation à domicile est précisée. Ils pourront être associés au projet médical d'un autre GHT que celui duquel ils sont membres. En effet, les hôpitaux spécialisés en psychiatrie ou en hospitalisation à domicile peuvent être amenés à intervenir sur un territoire beaucoup plus large.

L'amendement apporte une précision sur la place des établissements privés et clarifie le vocable pour éviter toute confusion. Ils pourront être partenaires d'un GHT.

Il est précisé par ailleurs que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon et l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille verront les dispositions les concernant précisées par décret, puisque ce sont des établissements de taille très particulière.

L'amendement vous propose également de préciser la gouvernance avec la désignation d'un établissement support au sein du GHT et la mise en place d'un comité stratégique. Il sera possible de mettre en place des équipes médicales de territoire et des pôles inter-établissements.

Enfin, l'article précise le calendrier de mise en œuvre, le délai d'élaboration du projet médical partagé, qui va jusqu'au 1^{er} juillet 2016.

Il s'agit de dispositions très techniques, mais extrêmement structurantes et qui ont vocation à remodeler de façon durable et en profondeur le visage de notre système hospitalier et de notre système de soins.

M. Jean-Pierre Door. Le Gouvernement nous propose une nouvelle rédaction de l'article 27, qui, concernant la restructuration hospitalière publique et privée, est fondamental.

Les communautés hospitalières de territoire (CHT), qui constituaient un avant-signe de rapprochement, deviennent les groupements hospitaliers de territoire. J'avais créé une telle structure dans mon territoire : elle regroupe trois hôpitaux et fonctionne si bien que nous envisageons de l'étendre à deux régions différentes. Cela permet de partager l'information, la télétransmission, la gestion, les achats et même des partenariats de technologie médicale, de manière à éviter les doublons.

Cependant, je comprends mal quelle est, dans votre projet, la position des établissements privés. Nous avons déjà préparé les groupements de coopération sanitaire (GCS), associés aux CHT : il s'agissait de partenariats public-privé prévoyant des partages dans le domaine des spécialités médico-chirurgicales et médico-sociales, ou dans les technologies modernes.

L'article 27 constitue donc une nouvelle évolution. Nous ferons des observations complémentaires lors de son examen en séance publique après l'avoir étudié en détail.

M. Élie Aboud. Cet article est en effet le plus important du projet de loi, en tout cas celui qui conditionnera le fonctionnement des soignants sur le territoire. Il y est question de « pôles inter-établissements » et de la constitution d'équipes médicales et paramédicales. Cela impliquera-t-il mécaniquement une mobilité du corps médical et du corps paramédical ?

Mme la ministre. Monsieur Aboud, il n'y a pas d'obligation, c'est seulement une possibilité qui est ouverte.

Monsieur Door, l'appartenance à un groupement hospitalier de territoire est obligatoire, ce qui constitue une nouveauté fondamentale. À l'intérieur de cette structure, il y aura un établissement pivot, ce qui veut dire qu'une force entraînant et structurante est identifiée.

M. Jean-Pierre Door. Vous parlez d'établissement pivot. Est-ce l'équivalent de ce que l'on appelait le pôle référent dans la communauté hospitalière de territoire, et qui était par exemple le CHR ou le CHU ?

Mme la ministre. Il y aura un établissement pivot qui sera identifié comme tel, qui ne sera pas nécessairement un CHU ou un CHR, et à partir duquel se structurera un projet médical pour un territoire.

M. Philip Cordery. Il existe depuis longtemps des coopérations entre établissements français et étrangers, par exemple entre Tourcoing et Mouscron dans le domaine de l'imagerie, et entre Forbach et Völklingen dans le domaine cardiaque. Plus récemment, c'est un hôpital transfrontalier qui a été créé à Puigcerdà à la frontière franco-espagnole. Pour ne pas pénaliser ces coopérations qui prennent en compte la proximité, le sous-amendement AS1732 vise à permettre une dérogation à l'obligation d'adhérer à un GHT en cas de réalité transfrontalière.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je suggère le retrait de ce sous-amendement. C'est au décret et non à la loi de cibler les situations transfrontalières.

Le sous-amendement AS1732 est retiré.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1700 a pour objet de prévoir l'articulation du projet médical des établissements privés associés avec celui du groupement hospitalier de territoire.

M. Philip Cordery. Le sous-amendement AS1733 est fondamental pour la coopération transfrontalière : il propose d'associer des établissements étrangers à des GHT.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis favorable.

Monsieur Door, vous avez raison, les coopérations peuvent fonctionner. J'ajouterai que la place et le rôle des élus sont souvent fondamentaux.

Le sous-amendement AS1699 vise à préciser le rôle des élus locaux dans la constitution des GHT pour le choix de l'établissement support en l'absence d'accord des conseils de surveillance. Il prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ne pourra pas prendre de décision sans consulter les élus et que les élus seront informés par le comité stratégique. Je propose donc la constitution d'un comité territorial des élus.

Quant au sous-amendement AS1698, il vise à préciser la finalité des mutualisations en termes de systèmes d'information et d'optimiser l'architecture existante en rendant dans un premier temps les systèmes interopérables.

Le sous-amendement AS1701, enfin, précise que la certification doit faire l'objet d'une appréciation de la Haute Autorité de santé (HAS), établissement par établissement.

La Commission adopte successivement les sous-amendements AS1700, AS1733, AS1699, AS1698 et AS1701.

Puis elle adopte l'amendement AS970 ainsi sous-amendé.

En conséquence, l'article 27 est ainsi rédigé et tous les autres amendements déposés sur l'article 27 tombent.

M. Arnaud Richard. Je demande une suspension de séance pour réunir mon groupe.

La séance, suspendue à seize heures quarante, est reprise à seize heures quarante-cinq.

d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015

Article 27

(art. L. 1434-7, L. 6211-21, L. 6131-2, L. 6131-3, L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6132-3, L. 6132-4, L. 6132-5, L. 6132-6, L. 6132-7, L. 6143-1 et L. 6161-8 du code de la santé publique, L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, et art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)

Création des groupements hospitaliers de territoire

Cet article institue les groupements hospitaliers de territoire en lieu et place des actuelles communautés hospitalières de territoire.

I. LES ACTUELS OUTILS DE LA COOPÉRATION INTER HOSPITALIÈRE

A. LE RÔLE D'IMPULSION DES ARS

Les agences régionales de santé (ARS) sont chargées par le code de la santé publique, aux termes de l'article L. 1431-2, de réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé au niveau régional. À ce titre, elles mettent en place le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui précise « *les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations* » (Article. L. 1434-7 du code de la santé publique).

À cet effet, les ARS disposent d'outils incitatifs et coercitifs.

Aux termes des articles L. 6131-1 et L. 6131-2, le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de l'adapter aux besoins de la population, de garantir la qualité et la sécurité des soins, encore d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins ou de valoriser la recherche.

À cette fin, il peut demander à un établissement public de santé de conclure une convention de coopération, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public. Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance des établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations MIGAC (*Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé.*), pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire.

Plusieurs dispositifs de coopérations inter hospitalières coexistent. Ils peuvent être classés selon deux catégories distinctes :

- les coopérations conventionnelles ;
- les coopérations institutionnelles ou organiques ;

B. LES COOPÉRATIONS CONVENTIONNELLES

Les coopérations mises en œuvre sur la base d'une convention regroupent les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les fédérations médicales inter-hospitalières.

1. La communauté hospitalière de territoire

Introduite par la loi HPST (*Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*), l'objet de la CHT vise à rechercher une meilleure allocation des ressources associée à une plus grande complémentarité entre les acteurs. Elle est composée d'établissements publics de santé qui désignent l'un d'eux comme siège de la CHT.

Prévue par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8, la CHT ne dispose pas de la personnalité morale et repose sur le libre accord des établissements membres qui conservent leur indépendance et leur autonomie. Elle est organisée en fonction d'un mécanisme conventionnel d'utilisation très souple. Ainsi, le dispositif juridique de la CHT permet d'organiser le transfert de moyens ou d'activités entre établissements publics de santé membres, autour d'un projet médical commun.

Ce modèle présente toutefois quelques limites : absence de budget spécifique, de patrimoine, de personnels ou de transfert d'autorisations.

2. La fédération médicale inter hospitalière

La possibilité de constituer une fédération médicale inter hospitalière est prévue par l'article L. 6135-1 du code de la santé publique. En vue du rapprochement d'activités médicales, les centres hospitaliers, des établissements publics de santé, peuvent par décision conjointe décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en fédérations médicales inter hospitalières.

C. LES FORMES DE COOPÉRATION INSTITUTIONNELLES

Il existe plusieurs catégories de coopérations institutionnelles qui permettent de créer des organismes dotés de la personnalité morale en vue de l'exercice de missions communes. Les principales formes de coopération institutionnelles regroupent les groupements de coopération sanitaire et les groupements d'intérêt public.

1. Le groupement de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) est l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital.

Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé.

La loi HPST a refondu le cadre juridique des groupements de coopération sanitaire. On distingue désormais, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

- le GCS de moyens ;
- le GCS-établissement de santé.

Selon l'article L. 6133-1, Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

● Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

- organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun en étant, le cas échéant, titulaire de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;
- permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

Ce groupement poursuit un but non lucratif.

● Le GCS-établissement de santé a été présenté comme étant l'innovation majeure de la loi HPST dont il était attendu une recomposition de l'offre de soins sur un territoire. Dans ce groupement, le patient est hospitalisé directement par la structure de coopération qui est responsable de l'intégralité de sa prise en charge.

Aux termes de l'article L. 6133-7, lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents.

Afin de mettre fin aux situations où le GCS exploitait une autorisation d'activités de soins qui restait détenue par ses membres, la loi HPST a prévu que le CGS constitué pour mettre en œuvre des activités de soins doit être titulaire de l'autorisation d'activité afférente et être érigé à ce titre en établissement de santé. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

2. Le groupement d'intérêt public

Doté de la personnalité morale de droit public, le groupement d'intérêt public s'adresse à des personnes morales, de droit public ou de droit privé. Permettant notamment de gérer des équipements ou des activités d'intérêt commun, il peut détenir une autorisation d'équipements matériels lourds mais pas d'autorisation d'activités de soins. Il existe des GIP spécifiques au domaine de l'action sanitaire et sociale, par exemple pour la gestion en commun d'activités supports telles que la fonction linge ou la fonction restauration.

D. LES LIMITES DE LA DÉMARCHE COOPÉRATIVE

1. La répartition des formes de coopérations

Selon les informations transmises à votre rapporteure, la répartition de la coopération entre les établissements de santé est la suivante :

- 903 (Recensement du nombre d'établissements référencés en FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux), avec retraitement des données avec les données DGFIP, au 10 décembre 2014.) établissements publics de santé en France, dont 402 (Donnée au 10 décembre 2014.) n'étaient ni en direction commune, ni dans une communauté hospitalière de territoire ;
- 276 directions communes couvrant 399 établissements publics de santé ;
- en moyenne 5 à 6 fusions par an sur les 17 dernières années (*116 fusions entre 1995 et 2012.*) ;
- 53 CHT créées au 17 février 2015, dont 6 supportées par un GCS ;
- 525 des 626 GCS référencés comptent au moins 1 établissement public de santé ;
- 238 établissements ont déclaré en 2012 participer à une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Pour l'année 2013, 1 200 fédérations médicales inter-hospitalières sont référencées dans la SAE pour l'année 2013 ;
- En 2013, 67 GIP étaient recensés dans le secteur de la santé, dont 11 étaient d'envergure inter-régionale.

2. Des dispositifs bornés

Plusieurs limites afférentes à la démarche coopérative ont été relevées.

Les GCS de moyens initiés dès 1996 ont permis un grand nombre de coopérations entre offreurs publics et privés de santé, mais ne peuvent porter au-delà de mises en commun de moyens. Les GCS établissements de santé sont quant à eux d'une trop grande lourdeur qui rend difficile l'expansion de ce type d'établissement, et explique son faible développement au cours des 6 dernières années.

Interrogés par votre rapporteure, les services du ministère de la santé soulignent que si les GCS de moyens offrent une forme souple de mutualisation, ils ne peuvent toutefois pas porter une autorisation d'activités de soins au nom de leurs membres, puisqu'ils ne jouissent pas de la qualité d'établissement de santé. De ce premier constat découlent des constats pratiques de difficultés de refacturation entre les membres et de limite de l'utilisation de l'outil dans une perspective de restructuration de l'offre de soins.

Concernant les GCS-ES, la difficulté réside en l'empilement de personnes morales et en leur multiplication, puisque la création d'un GCS-ES ne fait pas disparaître les établissements membres du GCS. Ce dispositif entraîne par ailleurs des lourdeurs de gestion du fait d'une duplication des instances de gouvernance pour les offreurs de soins.

Le ministère chargé de la santé note également que les groupements de coopération se caractérisent par d'autres inconvénients :

- duplication des budgets et donc des comptabilités et flux financiers ;
- duplication des organes de décision et donc dilution des responsabilités et multiplication des instances.

Quant aux communautés hospitalières de territoire, l'aspect facultatif des coopérations n'aurait pas permis d'insuffler la dynamique nécessaire à la recomposition de l'offre de soins publique. L'efficacité de la coopération s'est heurtée aux limites d'un dispositif n'ayant intégré ni les leviers, ni l'harmonisation des outils de travail pour la construction d'une stratégie médicale.

● En outre, les structures de coopération se recoupent fréquemment. En effet, les outils de coopération n'ont pas tous la même finalité, ce qui explique qu'un même établissement puisse utiliser différents dispositifs.

Ainsi, les communautés hospitalières sont des conventions public-public structurées autour d'un projet médical, et s'appuient fréquemment sur une convention de direction commune dans leur déploiement.

● Dans son rapport portant sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011, la Cour des comptes a par ailleurs consacré un chapitre à l'évaluation de la coopération hospitalière (*Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, « Chapitre IX : les coopérations hospitalières » *Cour des comptes Sécurité sociale 2011 – septembre 2011*).

Elle relève ainsi que les coopérations hospitalières emportent des effets positifs tels que le rapprochement de l'offre de soins vers le patient, la complémentarité dans le cadre de projet médical commun ou l'optimisation de l'emploi des ressources médicales. Ces coopérations n'en restent pas moins marquées par plusieurs inconvénients.

S'agissant des conventions, leur signature ne garantit pas l'effectivité des coopérations tant le degré de mise en œuvre est variable. Au surplus, il a été constaté dans la plupart des établissements interrogés une absence de suivi ou d'évaluation de la mise en œuvre ou des résultats. Surtout, elles présentent un inconvénient du fait de leur caractère peu contraignant : le droit de retrait de chacun des partenaires.

Dans nombre de coopérations qui lient un hôpital public à un acteur de santé privé, la part du risque économique ou financier assumée par le centre hospitalier est la plus importante. La Cour relève ainsi, que pour un cas de co-utilisation d'équipements lourds par l'établissement public de santé détenteur du matériel et des médecins libéraux, les conventions font reposer le risque de non-réalisation des objectifs d'activité sur l'hôpital public alors qu'il n'est assigné aucun seuil de rentabilité aux partenaires privés, ou qu'il n'est prévu aucune pénalité particulière.

Enfin, les coopérations peuvent s'avérer contraires à la rationalisation de l'offre lorsqu'elles sont motivées par des intérêts défensifs au lieu d'être envisagées à des fins de réorganisation. La dynamique de coopération n'est pas utilisée à des fins de stratégie couvrant à la fois le devenir des établissements ou l'offre globale de soins (faciliter la trajectoire des patients, articulation de la chaîne des soins entre l'hôpital et la médecine de ville...).

II. LA CRÉATION DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

Le I créé au sein du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique un chapitre II consacré aux groupements hospitaliers de territoire.

A. UNE COOPÉRATION CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE

Le GHT constitue une nouvelle forme de coopération conventionnelle fondée sur une adhésion obligatoire des établissements publics de santé.

Au terme de l'article L. 6132-1, les établissements publics sont tenus d'adhérer à un GHT sauf dérogation tenant à la spécificité des établissements dans l'offre de soins régionale.

L'apport majeur de ce dispositif réside ainsi dans ce caractère obligatoire.

Il convient de préciser que le groupement n'est pas doté de la personnalité morale. Selon l'étude d'impact, l'objectif consiste à procéder à une recomposition de l'offre publique et non à multiplier les structures, à travers l'encouragement des convergences.

La démarche coopérative a également montré que les dynamiques de convergence les plus fortes entre établissements de santé ne passent pas par la création de personnalité morale mais plutôt par la mise en place de directions communes. C'est en partie pour cette raison que le choix a été fait de ne pas faire évoluer les dispositifs intégrés existants, tels que les GCS établissements de santé (GCS-ES). Comme le précise l'étude d'impact, trois autres arguments ont conduit à écarter ce scénario :

- les GCS couvrant aussi le secteur privé, il aurait été pour le moins délicat de réduire l'obligation pour une partie des acteurs ;
- le transfert d'activités, tel que pratiqué dans les GCS établissements de santé, ne déclenche pas d'effet d'entraînement vers une intégration progressive des autres activités ;
- l'objet des GCS-ES ne porte pas sur les mutualisations des fonctions supports (administratives, techniques, logistiques et médico-techniques) mais sur les activités de soins alors que l'enjeu consiste principalement en la rationalisation des doublons existant dans les fonctions supports.

L'outil juridique « GCS » sera toutefois maintenu compte tenu de son utilité avérée dans le cadre de coopérations entre établissements, publics ou privés, y compris autour d'équipements lourds d'imagerie ou de radiothérapie, ou de coopérations entre établissements de santé et praticiens libéraux.

Le dispositif prévoit cependant une dérogation tenant à la spécificité des établissements dans l'offre de soins régionale.

Cette disposition doit être reliée avec le rôle dévolu aux ARS dans l'approbation de la convention constitutive conformément à l'article L. 6132-2 (*cf. ci-après*). Cette appréciation est estimée au regard des objectifs du

projet régional de santé refondé par l'article 38 du projet de loi ou de la mise en œuvre de la stratégie régionale en matière hospitalière.

Selon l'étude d'impact, la dérogation vise les établissements dont la taille (centre hospitalier universitaire - CHU), la localisation (établissements isolés) ou la spécialisation (établissements spécialisés en psychiatrie) ne rend pas pertinente l'intégration et la mutualisation des fonctions.

À défaut, les établissements concernés seront sanctionnés financièrement comme le prévoit l'article L. 6132-6 (*cf. ci-après*).

Le II reprend, tout en la modifiant, la rédaction du premier alinéa de l'article L. 6132-1 dans sa rédaction actuelle.

L'objet principal de la coopération consiste à définir une stratégie commune. Elle vise également à rationaliser les modes de gestion soit par une mise en commun de fonctions, soit par des transferts d'activités entre établissements. Les modes de gestion s'entendent ainsi de plusieurs manières, la gestion de l'offre de soins d'une part, en réponse aux besoins des patients, et la gestion des outils supports d'autre part, permettant une amélioration des modalités de travail.

Enfin, il est précisé, à la différence de la rédaction actuelle, que chaque groupement élabore un projet médical commun. Il s'agit d'un ajout tendant à faire prévaloir l'intérêt d'une approche médicale partagée. L'objectif des GHT est de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Pour ce faire, il convient de construire des stratégies de prises en charges territoriales organisant une gradation des soins entre établissements de santé. Ce projet médical aura vocation à assurer la cohérence des projets médicaux des différents établissements, voire à être adopté comme projet médical par chacun des établissements dans les cas d'intégration les plus poussés. L'objectif recherché est de permettre des gains de performance par le biais de la mutualisation de certains équipements, activités et organisations médicales ou soignantes.

Le III précise les modalités d'association des autres acteurs. Les établissements et services médico-sociaux publics peuvent devenir membres d'un GHT par signature de la convention constitutive. Il s'agit des structures mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le III élargit aussi la coopération aux établissements privés. Ils peuvent être associés aux GHT par voie conventionnelle et bénéficient du statut d'établissements partenaires. D'après les informations transmises à votre rapporteure, le statut d'établissement partenaire est conféré par la conclusion d'une convention entre l'établissement support agissant pour le compte du groupement hospitalier de territoire et le ou les établissement(s) privé(s) concerné(s), et désireux de s'inscrire dans la dynamique de construction d'un projet médical orienté parcours patient.

Le IV renforce la cohésion des GHT et dispose qu'un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être membre que d'un groupement hospitalier, les établissements n'ayant pas vocation à mutualiser plusieurs fois leurs compétences. À l'inverse, les accords d'association, qui concernent les établissements privés, peuvent être pluriels et porter sur des objets différents. Ainsi, un établissement privé peut être partenaire de plusieurs GHT.

Le V dispose que les centres hospitaliers régionaux, les établissements de santé ayant la psychiatrie pour principale activité et tout autre établissement de santé public ou privé désignés par les ARS concernés peuvent être associés au projet médical de GHT dont ils ne sont ni membres ni partenaires.

L'association des centres hospitaliers régionaux à différents GHT se justifie par l'organisation de la gradation de l'offre de soins sur le territoire : les centres hospitaliers régionaux sont à la fois centres hospitaliers de proximité et centres hospitaliers de référence. Le premier aspect justifie qu'ils soient concernés par l'obligation d'adhérer à un GHT, tandis que le second nécessite qu'ils puissent être associés aux projets médicaux des GHT dont ils ne sont pas membres afin d'organiser l'offre de recours en lien avec les GHT concernés, et ainsi permettre l'accès aux soins des patients.

Par ailleurs, certains établissements ont des zones de recrutement et exercent des missions dans des territoires qui peuvent concerner différents GHT. Ainsi en est-il des établissements publics ayant la psychiatrie pour principale activité, ou des établissements publics d'hospitalisation à domicile.

B. LA CONVENTION CONSTITUTIVE

1. La mise en place de la convention

L'article L. 6132-2 dispose que les GHT sont constitués par voie de convention approuvée par l'ARS ou les ARS compétentes. Comme dans le dispositif des communautés hospitalières de territoire, les ARS apprécient la compatibilité de la convention avec le projet régional de santé (*Dans le cas des CHT, il s'agit plus précisément du schéma régional d'organisation des soins.*) et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité. Le dispositif est toutefois complété pour donner aux

ARS un véritable pouvoir d'approbation de la convention initialement établie, de sa modification ou de son renouvellement.

L'article 38 propose de renforcer le caractère stratégique et l'opérationnel de la programmation régionale en simplifiant et en assouplissant le dispositif des projets régionaux de santé (PRS). La nouvelle architecture du PRS comprendra dorénavant deux documents : le cadre d'orientation stratégique (COS) traduisant la vision stratégique de l'ARS à dix ans et un schéma régional de santé (SRS) établi pour cinq ans.

Le schéma prévoit l'évolution de l'offre sur l'ensemble du champ de compétence des ARS, établit des objectifs pour améliorer la qualité, la sécurité, et la préparation à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Il vise à favoriser et développer les coordinations entre structures et professionnels pour faciliter les parcours et maîtriser les dépenses de santé. Il devra aussi organiser de nouvelles formes de prises en charges plus globales et mieux articulées.

Il est enfin précisé que l'approbation de la convention constitutive vaut confirmation de la modification des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, relatives aux activités de soins et aux équipements matériels lourds. Il s'agit, en effet, de permettre la mise en œuvre du projet médical commun qui repose sur l'exploitation de ces autorisations.

2. L'objet de la convention

L'article L. 6132-3 précise les éléments que doivent inclure les conventions constitutives. Il s'agit :

- du projet médical commun à l'ensemble des membres du GHT mais aussi aux établissements associés en vertu du V de l'article L. 6132-1 ;
- des modalités d'organisation et de fonctionnement du GHT. Il s'agit notamment de la désignation de l'établissement support des compétences et activités transférées mentionnées à l'article L. 6132-4. Selon l'étude d'impact, il pourra s'agir de n'importe quel établissement public de santé membre du groupement ;
- des transferts d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements membres ;
- des délégations de fonction mentionnées au II de l'article L. 6132-4, c'est-à-dire la gestion des activités administratives, techniques et médico-techniques et des activités de recherche ou d'enseignement.

C. LES TRANSFERTS DE COMPÉTENCES

L'article L. 6132-4 précise, en son I, les fonctions faisant l'objet d'un transfert obligatoire de compétences au profit de l'établissement support.

● Il s'agit en premier lieu de la gestion d'un système d'information hospitalier et d'un département d'information médicale (DIM) unique.

L'établissement support sera chargé du suivi des informations relatives à la prise en charge des personnes au titre d'un établissement public de santé membre du GHT.

La centralisation des données est liée au déploiement d'un système d'information unique. Il s'agit notamment de mettre en place des « *bases patients mutualisées* ». Cette étape consiste à mettre en place une « *identité patient communautaire* » et le rapprochement des « *identités patients* » des différents établissements, dans un objectif d'identito-vigilance.

L'objectif est de faciliter le partage de l'information médicale afin notamment, de faciliter l'accès aux données médicales par :

- un même médecin qui peut être amené à changer de site d'exercice au cours d'une même semaine dans le cadre d'un GHT ;
- des médecins d'une même équipe de prise en charge d'un patient.

Selon les informations transmises à votre rapporteure, la centralisation de ces données pourrait être effectuée *via* un serveur commun, par exemple, qui pourrait être hébergé au sein de l'établissement support. Ces données, seront transmises par les différents praticiens des établissements du groupement, au profit du département de l'information médicale unique, et traitées pour analyse et facturation de l'activité de chacun des établissements du groupement.

L'objectif consiste à définir un schéma directeur des systèmes d'information unique qui prendra notamment appui sur le projet médical du GHT. Il n'est pas question de renouveler *hic et nunc* l'ensemble des systèmes d'information pour constituer un système unique mais plutôt de tracer la trajectoire de sa mise en place pour chaque GHT en fonction de la maturité des applicatifs et du degré de convergence des applicatifs de chacun des établissements.

Le transfert de compétences est effectué dans les conditions prévues par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique tel que modifié par l'article 25 du projet de loi (droit au respect de la vie privée et du secret des

informations concernant le patient, échange et partage de données de santé entre professionnels notamment entre sanitaire et médico-social, droit d'opposition à l'échange et au partage d'informations).

L'analyse et la facturation de l'activité sont placées sous la responsabilité de l'administrateur du département informatique de l'établissement support. Actuellement, l'article L. 6113-7 dispose que les praticiens exerçant dans les établissements de santé transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale de leur établissement. À l'avenir et à titre dérogatoire, ces informations seront directement transmises au correspondant de l'établissement support.

Enfin, cette collecte d'information doit s'effectuer dans le respect des exigences requises par l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Le responsable du traitement est ainsi tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès.

- La mutualisation de la politique d'achats constitue la deuxième activité transférée au profit de l'établissement support.

Tous les achats sont concernés par la politique d'achat commune du GHT en termes de gouvernance, de pilotage, d'organisation.

Concernant la passation des marchés, il a été précisé que certains marchés pourront être passés par le GHT pour ses membres ou partie de ses membres. Il s'agira des achats anciennement passés au niveau des établissements (hors mutualisation), principalement des investissements et certains services particuliers. Les autres achats du GHT seront réalisés *via* les groupements de commande territoriaux ou nationaux, le GHT adhérant aux groupements de commande existants.

- Enfin, le dernier axe concerne la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels du groupement et de la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du groupement.

Cette mutualisation des politiques de formation répond à un double enjeu :

- d'une part, garantir une offre de formation équivalente dans le cadre d'un GHT à tous les professionnels pouvant être amenés à travailler dans le cadre d'équipes communes ;
- d'autre part, mutualiser les efforts et coûts de gestion.

Le II de l'article L. 6132-7 prévoit la possibilité de transférer au profit d'un établissement membre du GHT des fonctions administratives, techniques et logistiques.

L'étude d'impact relève que les activités administratives et logistiques d'une part et activités d'enseignement et de recherche d'autre part, sous réserve de retour sur investissement et sous réserve des mutualisations déjà mises en œuvre, pourront également être transférées à l'un des établissements du GHT qui les exercera pour le compte des autres membres.

Conformément à l'article L. 6132-2, les autorisations d'activités de soins pourront être transférées d'un établissement à l'autre, en fonction de ce que déterminera la convention constitutive.

Les conditions seront précisées par le décret d'application mentionné l'article L. 6132-7.

D. LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES D'UN GHT

L'article L. 6132-5 précise les modalités de la certification des établissements de santé membres d'un même GHT.

La certification des établissements de santé est prévue par l'article L. 6113-3 et vise à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette procédure, conduite par la Haute autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

L'article L. 6132-5 prévoit que la certification est engagée de manière conjointe par les établissements publics de santé membres du GHT.

E. LA MISE EN PLACE DES GHT

L'article L. 6132-6 précise les conditions dans lesquelles les GHT sont constituées par les ARS.

Son I prévoit que les ARS arrêtent la liste des groupements en tenant compte du schéma régional de santé, refondé à l'article 38 du projet de loi.

Le schéma régional de santé, qui constitue un volet du projet régional de santé, fixe, selon un zonage, la répartition des activités et équipements nécessaires à la réalisation des objectifs de l'offre de soins. Il prévoit également les créations et suppressions d'implantations ainsi que les transformations, regroupements et coopérations entre les établissements de santé, incluant de fait la constitution des GHT.

Afin de favoriser l'éclosion des GHT, les ARS disposeront du levier des financements des dotations d'aide à la contractualisation. Ainsi, le II subordonne l'attribution des dotations de financements à l'aide à la contractualisation prévue par l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, au regroupement au sein d'un GHT.

Toutefois, cette exigence ne s'applique pas aux établissements bénéficiant de la dérogation prévue par le premier alinéa de l'article L. 6132-1 précité. Rappelons à cet égard que l'association d'un établissement à un GHT n'est pas obligatoire si l'établissement de santé relève d'une situation spécifique au regard de l'offre de soins régionale.

L'existence de dotations destinées au financement de missions d'intérêt général est indissociable du modèle de tarification à l'activité tel qu'il a été pensé dès l'origine. En effet, les activités des établissements de santé ne peuvent toutes être liées à un volume d'actes pratiqués et mesurables par un système d'information.

Les dotations MIGAC sont actuellement destinées à financer les engagements relatifs aux missions de service public des établissements de santé, ceux relatifs à la mise en œuvre du schéma régional d'organisation des soins (SROS) ou visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités locales ou nationales, que ce soit en matière de politique sanitaire, d'innovation médicale ou de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Le montant de la dotation est fixé à 6 139,7 millions d'euros pour l'année 2014 (*Arrêté du 24 février 2014 portant détermination pour l'année 2014 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.*).

La dotation MIGAC couvre trois sous-ensembles :

- les MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), qui représentent environ 34 % de la dotation ;
- les MIG (missions d'intérêt général autres que les MERRI), qui concernent la permanence des soins en établissement de santé, l'aide médicale urgente, la prévention, l'éducation pour la santé ou encore et la prise en charge de populations spécifiques (notamment les détenus et les patients en situation de précarité). Elles concentrent 37 % de la dotation en 2010 ;
- les AC (aides à la contractualisation), destinées « à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour la mise en œuvre des adaptations de l'offre de soins, ainsi que pour l'accompagnement de la montée en charge du modèle de financement de la T2A », et qui représentent environ 29 % de la dotation en 2010.

F. LES TEXTES D'APPLICATION

L'article L. 6132-7 du code de la santé publique prévoit la publication d'un décret en Conseil d'État portant application des articles L. 6132-1 à L. 6132-6.

Ce décret devrait préciser plusieurs points :

- la définition du projet médical partagé prévu à l'article L. 6132-3 ;
- les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;
- les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;
- les éléments devant être inscrits dans la convention constitutive, notamment les schémas directeurs de mutualisation des activités mentionnées au L. 6132-4 ;
- les conditions de mutualisation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire ;
- les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires des groupements hospitaliers de territoire ;
- les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1, et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire, sont modifiées ;
- les conditions de résiliation de la convention constitutive ;
- les dispositions transitoires pour les établissements appartenant à des communautés hospitalières de territoire ;
- le régime de la mise à disposition des biens mobiliers et immobiliers ;
- les modalités d'articulation des compétences pour la mise en œuvre de la convention constitutive, dans le respect des attributions des instances des établissements de santé.

III. LES MESURES DE COORDINATION ET DE TRANSITION

A. LES MESURES DE COORDINATION

Les 2° à 5° du I procèdent à diverses mesures de coordination, le GHT ayant vocation à se substituer à la communauté hospitalière de territoire.

Le 2° modifie le 4° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique. Cet article traite des compétences du conseil de surveillance des établissements publics de santé. Il dispose notamment que le conseil de surveillance délibère sur l'avenir sur la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante. À l'avenir, cette délibération portera sur la participation à un GHT.

Le 2° modifie également l'article L. 6161-8 au terme duquel les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure, entre autres, avec une communauté hospitalière de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public.

Le 3° tire les conséquences de la création du GHT pour les articles L. 1434-7, relatif au schéma régional de l'organisation des soins, et L. 6211-21, relatif à la facturation des actes de biologie médicale. La modification de l'article L. 1434-7 ne semble pas utile à votre rapporteure, compte tenu, de la refonte du schéma régional d'organisation des soins opérée par l'article 38. L'article L. 1434-7 fait ainsi l'objet d'une rédaction globale.

La création d'un GHT étant obligatoire, le dispositif de l'article L. 6131-2 prévoyant la possibilité pour le directeur général de l'ARS de demander aux établissements publics de conclure une communauté hospitalière de territoire n'est pas transposable. Le 4° procède à sa suppression.

Pour les mêmes raisons, le 5° vise à abroger l'article L. 6131-3 relatif à la constitution d'une communauté hospitalière de territoire à la demande de l'ARS.

Les **II** et **III**, modifient par coordination, le premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, relatif à l'attribution des dotations MIGAC, et le III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, relatif au financement des groupements hospitaliers par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

B. LES MESURES DE TRANSITION

Les **IV** à **VI** prévoient le dispositif transitoire applicable aux futurs GHT.

Le **IV** dispose que le régime des actuelles communautés de territoire demeure applicable jusqu'au 1^{er} janvier 2016.

Le **V** prévoit que, dans le temps imparti, sera établie la liste des GHT en conformité avec le schéma régional applicable. Il dispose en outre que ce schéma régional doit servir référence pour l'appréciation de la convention constitutive du GHT. Pour mémoire, l'article 38 prévoit la mise en place progressive des nouveaux schémas régionaux et ce, au plus tard, le 1^{er} janvier 2018.

Le **VI** prévoit l'obligation pour chaque établissement public de santé d'adhérer au GHT avant le 1^{er} janvier 2016 sauf dérogation prévue par le I de l'article L. 6132-1.

Il prévoit également les modalités d'application des nouvelles conditions de versements de la dotation MIGAC prévue par le II de l'article L. 6132-4 :

– jusqu'au 31 décembre 2015, la dotation MIGAC sera maintenue pour les établissements non membres d'un GHT et qui ne relèvent pas du régime dérogatoire. Il s'agit principalement des établissements privés qui ne percevront plus de dotations à compter du 1^{er} janvier 2016 ;

– jusqu'au 31 décembre 2018, la dotation MIGAC sera maintenue pour les établissements membres d'un GHT mais ne répondant pas aux exigences de mutualisation formulées par l'article L. 6132-4. À compter du 1^{er} janvier 2018, elle ne sera plus versée si les conditions ne sont pas remplies. Selon les informations transmises à votre rapporteure, la conformité aux exigences s'appréciera notamment en fonction de l'adoption par les membres du GHT des schémas directeurs permettant l'effectivité de la mutualisation des systèmes d'informations, département d'information médicale et politique d'achats. Ces éléments sont prévus par le décret.

*

Le dispositif proposé a nourri quelques craintes et s'est traduit par le dépôt d'un amendement gouvernemental de rédaction globale de l'article qui a été adopté par la Commission. S'il ne remet pas en question le cœur même du dispositif (convention, caractère obligatoire pour les établissements publics, projet médical partagé), l'amendement précise le dispositif en plusieurs points :

– la place spécifique des centres hospitaliers universitaires (CHU) : tous les GHT seront associés à un CHU (pour les activités hospitalo-universitaires que sont l'enseignement, la recherche, la prospective en matière de démographie médicale et le recours). Parallèlement, le CHU pourra être partie à un GHT à raison des soins de

proximité qu'il assure (80 % de l'activité d'un CHU consiste en effet à assurer une prise en charge de proximité) ;

– la place spécifique des centres hospitaliers spécialisés en leur accordant la possibilité d'être associés à d'autres GHT ;

– la spécificité territoriale des établissements et services d'hospitalisation à domicile en leur permettant d'être associés à d'autres GHT compte tenu du principe d'exclusivité territoriale qui les caractérisent ;

– la clarification de la place des établissements privés en leur octroyant un statut de partenaire distinct du statut prévu pour les établissements publics de santé et médico-sociaux ;

– la mise en place de dispositions spécifiques pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les hospices civils de Lyon, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, qui se caractérisent par une implantation multi-site dans des territoires d'une très grande hétérogénéité ;

– la mise en place d'une gouvernance des GHT via un comité stratégique ;

– l'introduction d'une démarche conjointe de certification des comptes (comme c'est déjà prévu pour la certification HAS).

L'amendement déposé par le Gouvernement a fait l'objet d'améliorations substantielles, notamment à l'initiative de la rapporteure.

Un premier sous-amendement vise à préciser la nécessaire articulation du projet médical des établissements privés partenaires du SPH avec celui du GHT.

Pour répondre aux besoins des populations situés dans les zones transfrontalières, la commission a adopté un sous-amendement visant à associer au GHT les établissements situés dans les pays frontaliers.

Un troisième sous-amendement a complété la gouvernance du GHT en réservant une place particulière aux élus au sein d'un comité territorial. Composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au GHT, il a pour vocation de s'exprimer sur les périmètre et composition des GHT. Il est également chargé d'évaluer les actions mises en œuvre à ce titre. Il peut émettre des propositions en ce sens et est informé des suites qui y ont été données.

Un quatrième sous-amendement précise la mise en place du système d'information médicale du GHT. Il permet d'engager un schéma directeur des systèmes d'information visant l'interopérabilité des systèmes existants et leur remplacement à raison de l'obsolescence. L'objectif à terme vise à constituer progressivement un système unique pour l'ensemble du GHT.

Un dernier sous-amendement précise le dispositif de certification conjointe des établissements partis au GHT. Il indique que l'appréciation portée par HAS doit faire l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS970 du Gouvernement, qui fait l'objet des sous-amendements AS1732 de M. Philip Cordery, AS1700 de la rapporteure, AS1733 de M. Philip Cordery, AS1699, AS1698 et AS1701 de la rapporteure.

Mme la ministre. L'article 27 vise à créer les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Sans doute cet article ne retient-il pas l'attention du grand public et de ceux qui ne sont pas spécialistes de notre système de santé. C'est pourtant l'une des mesures les plus structurantes de ce texte pour l'avenir de notre système de santé.

Avec l'article 12, qui restructure l'offre de soins primaires, et l'article 27, nous tournons une page : celle de la période au cours de laquelle les établissements hospitaliers se livraient parfois une compétition pour prendre les patients en charge. Nous proposons en effet de coordonner les établissements publics de santé d'un même territoire autour d'une prise en charge commune et graduée des patients. Il s'agit de permettre l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins – d'abord les hôpitaux de proximité, puis les centres hospitaliers plus importants, voire les centres hospitaliers universitaires (CHU). Les GHT permettront également d'optimiser des fonctions transversales qui doivent pouvoir être communes à plusieurs établissements d'un même territoire.

La création des GHT a été envisagée il y a plusieurs mois. Sans attendre la loi, j'avais confié une mission à deux personnalités, Frédéric Martineau, président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers, et Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble. Ils ont engagé une très large concertation qui a abouti à préciser l'article tel qu'il était rédigé initialement. Je veux saluer le remarquable travail qu'ils ont accompli. Ils ont permis d'entraîner un mouvement d'adhésion collectif des professionnels et des directeurs à la mise en place des GHT.

Nous proposons de parler désormais de projet médical « partagé » et non pas « commun », pour bien traduire l'idée d'un rassemblement des professionnels autour d'un projet fédérateur. Ensuite, il s'agit de mieux préciser l'objet des groupements hospitaliers de territoire en introduisant la notion d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. La notion de proximité est également intégrée. C'est une manière de dire très clairement que les groupements hospitaliers de territoire ne doivent pas conduire à la fermeture des petits hôpitaux. Au contraire, c'est le moyen d'organiser un maillage territorial pertinent et de préserver, grâce à ces coopérations, des établissements parfois fragiles.

Le texte apporte par ailleurs des précisions sur l'articulation de certains établissements avec les GHT. Tous les GHT seront associés à un CHU pour les activités d'enseignement, de recherche et de démographie médicale.

La place des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et des établissements d'hospitalisation à domicile est précisée. Ils pourront être associés au projet médical d'un autre GHT que celui duquel ils sont membres. En effet, les hôpitaux spécialisés en psychiatrie ou en hospitalisation à domicile peuvent être amenés à intervenir sur un territoire beaucoup plus large.

L'amendement apporte une précision sur la place des établissements privés et clarifie le vocable pour éviter toute confusion. Ils pourront être partenaires d'un GHT.

Il est précisé par ailleurs que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon et l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille verront les dispositions les concernant précisées par décret, puisque ce sont des établissements de taille très particulière.

L'amendement vous propose également de préciser la gouvernance avec la désignation d'un établissement support au sein du GHT et la mise en place d'un comité stratégique. Il sera possible de mettre en place des équipes médicales de territoire et des pôles inter-établissements.

Enfin, l'article précise le calendrier de mise en œuvre, le délai d'élaboration du projet médical partagé, qui va jusqu'au 1^{er} juillet 2016.

Il s'agit de dispositions très techniques, mais extrêmement structurantes et qui ont vocation à remodeler de façon durable et en profondeur le visage de notre système hospitalier et de notre système de soins.

M. Jean-Pierre Door. Le Gouvernement nous propose une nouvelle rédaction de l'article 27, qui, concernant la restructuration hospitalière publique et privée, est fondamental.

Les communautés hospitalières de territoire (CHT), qui constituaient un avant-signes de rapprochement, deviennent les groupements hospitaliers de territoire. J'avais créé une telle structure dans mon territoire : elle regroupe trois hôpitaux et fonctionne si bien que nous envisageons de l'étendre à deux régions différentes. Cela permet de partager l'information, la télétransmission, la gestion, les achats et même des partenariats de technologie médicale, de manière à éviter les doublons.

Cependant, je comprends mal quelle est, dans votre projet, la position des établissements privés. Nous avons déjà préparé les groupements de coopération sanitaire (GCS), associés aux CHT : il s'agissait de partenariats public-privé prévoyant des partages dans le domaine des spécialités médico-chirurgicales et médico-sociales, ou dans les technologies modernes.

L'article 27 constitue donc une nouvelle évolution. Nous ferons des observations complémentaires lors de son examen en séance publique après l'avoir étudié en détail.

M. Élie Aboud. Cet article est en effet le plus important du projet de loi, en tout cas celui qui conditionnera le fonctionnement des soignants sur le territoire. Il y est question de « pôles inter-établissements » et de la constitution d'équipes médicales et paramédicales. Cela impliquera-t-il mécaniquement une mobilité du corps médical et du corps paramédical ?

Mme la ministre. Monsieur Aboud, il n'y a pas d'obligation, c'est seulement une possibilité qui est ouverte.

Monsieur Door, l'appartenance à un groupement hospitalier de territoire est obligatoire, ce qui constitue une nouveauté fondamentale. À l'intérieur de cette structure, il y aura un établissement pivot, ce qui veut dire qu'une force entraînant et structurante est identifiée.

M. Jean-Pierre Door. Vous parlez d'établissement pivot. Est-ce l'équivalent de ce que l'on appelait le pôle référent dans la communauté hospitalière de territoire, et qui était par exemple le CHR ou le CHU ?

Mme la ministre. Il y aura un établissement pivot qui sera identifié comme tel, qui ne sera pas nécessairement un CHU ou un CHR, et à partir duquel se structurera un projet médical pour un territoire.

M. Philip Cordery. Il existe depuis longtemps des coopérations entre établissements français et étrangers, par exemple entre Tourcoing et Mouscron dans le domaine de l'imagerie, et entre Forbach et Völklingen dans le domaine cardiaque. Plus récemment, c'est un hôpital transfrontalier qui a été créé à Puigcerdà à la frontière franco-espagnole. Pour ne pas pénaliser ces coopérations qui prennent en compte la proximité, le sous-amendement AS1732 vise à permettre une dérogation à l'obligation d'adhérer à un GHT en cas de réalité transfrontalière.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je suggère le retrait de ce sous-amendement. C'est au décret et non à la loi de cibler les situations transfrontalières.

Le sous-amendement AS1732 est retiré.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1700 a pour objet de prévoir l'articulation du projet médical des établissements privés associés avec celui du groupement hospitalier de territoire.

M. Philip Cordery. Le sous-amendement AS1733 est fondamental pour la coopération transfrontalière : il propose d'associer des établissements étrangers à des GHT.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis favorable.

Monsieur Door, vous avez raison, les coopérations peuvent fonctionner. J'ajouterai que la place et le rôle des élus sont souvent fondamentaux.

Le sous-amendement AS1699 vise à préciser le rôle des élus locaux dans la constitution des GHT pour le choix de l'établissement support en l'absence d'accord des conseils de surveillance. Il prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ne pourra pas prendre de décision sans consulter les élus et que les élus seront informés par le comité stratégique. Je propose donc la constitution d'un comité territorial des élus.

Quant au sous-amendement AS1698, il vise à préciser la finalité des mutualisations en termes de systèmes d'information et d'optimiser l'architecture existante en rendant dans un premier temps les systèmes interopérables.

Le sous-amendement AS1701, enfin, précise que la certification doit faire l'objet d'une appréciation de la Haute Autorité de santé (HAS), établissement par établissement.

La Commission **adopte** successivement les sous-amendements AS1700, AS1733, AS1699, AS1698 et AS1701.

Puis elle **adopte** l'amendement AS970 ainsi **sous-amendé**.

En conséquence, l'article 27 est **ainsi rédigé** et tous les autres amendements déposés sur l'article 27 **tombent**.

e. Discussion en séances publiques

Deuxième séance du jeudi 9 avril 2015

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 27.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'article 27 suscite de nombreuses interrogations dans les cliniques privées. En particulier, les établissements de santé privés souhaitent que les actuelles coopérations public-privé soient prises en compte dans la définition des projets médicaux des futurs groupements hospitaliers de territoire. Plus largement, ils comptent sur la transparence garantie par la publication systématique des conventions. Dans le cadre de la mise en œuvre des projets médicaux communs des GHT une fois ces derniers constitués, les éventuels transferts d'activité et leur incidence sur l'offre territoriale de soins existante devront nécessairement respecter le droit des autorisations et ne pas échapper au droit commun de la publication d'activités.

D'autre part, un amendement gouvernemental évoquant les bénéfices excessifs des cliniques inquiète beaucoup de nombreux professionnels. Quand on sait que 30 % de la profession des cliniques privées est économiquement morte par disparition ou regroupement, que la moyenne des bénéfices des cliniques privées tourne autour de 2 % et que la plupart sont dans un équilibre précaire, on se demande où chercher des bénéfices excessifs ! Il faudrait donc que les établissements ayant le malheur de ne pas être déficitaires rendent l'argent à on ne sait qui ! Si l'on se penche sur les hôpitaux publics de notre territoire, on constate que trente-et-un d'entre eux n'ont pas certifié leurs comptes cette année, ce qui suscite couramment des reproches de la Cour des comptes. Il faudrait commencer par s'appliquer les règles que l'on prétend imposer aux autres ! Je ne rappellerai pas l'état calamiteux de l'Assistance publique de Marseille, qui cumule une dette de 1 milliard d'euros. Peut-être faut-il faire des efforts de gestion dans certains établissements ! L'article 27 suscite donc une forte inquiétude dans le monde de la santé, en particulier dans les cliniques privées.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je vais vous étonner, madame la ministre, et même vous surprendre pour la deuxième fois ce soir après l'examen de l'article 25 relatif au dossier médical personnel !

M. Gérard Sebaoun. Tout est possible !

M. Jean-Pierre Door. L'article 27 me semble très intéressant car il est susceptible de solutionner le problème du maillage territorial hospitalier. Les communautés hospitalières de territoire changent certes de nom et deviennent les groupements hospitaliers de territoire, ce qui n'est pas grave, et les groupements de coopération sanitaire, les GCS sont maintenus. Adhérer à un GHT relève de la même stratégie que celle ayant conduit à la mise en place de la soixantaine de CHT que compte notre territoire, ce qui n'est pas assez. J'approuve le caractère obligatoire de l'adhésion, car il est impératif de mailler notre territoire en regroupant hôpitaux, établissements privés et sites d'hospitalisation à domicile, à condition, bien entendu, qu'il existe un projet médical et que l'impératif du service rendu aux patients soit partagé.

Vous avez diligenté une mission confiée à des personnes de haut niveau, grâce à laquelle l'article 27 a été réécrit. Je constate surtout le caractère obligatoire du volet relatif à la proximité. Le rattachement à un centre hospitalier de référence, un CHU ou un centre hospitalier régional, est important. Il faudra néanmoins préciser le rôle des élus locaux dans la constitution et la gouvernance des GHT car il faut définir leur périmètre d'action. Des problèmes de kilométrage et d'éloignement des petits hôpitaux se posent. En outre, la réforme territoriale en cours modifiera les régions, donc la définition des ARS et des CHU. Il faudra travailler à des compositions intra-départementales mais également extra-départementales en faisant aux élus toute leur place dans ce débat. Je ne présenterai aucun amendement à l'article 27, qui est un bon article, peut-être l'un des seuls du projet de loi.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. L'article 27 relatif aux GHT est en effet très pertinent en raison de la rareté de la ressource, qui oblige à la meilleure efficacité possible. Il importe que la configuration des GHT s'inscrive dans une dynamique locale en intégrant le secteur médico-social. Les textes doivent présenter une grande souplesse car nous vivrons bientôt dans des régions agrandies dans lesquelles il importera d'encourager une dynamique de territoire et surtout d'être attentifs à ne pas déshabiller certains territoires afin que les GHT reposent vraiment sur une dynamique locale de territoire.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne partage pas l'enthousiasme de mes collègues ! L'article 27 traite des GHT mis en place par la droite en 2009 dans le cadre de la loi HPST.

M. Jean-Frédéric Poisson. C'est donc ça !

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons alors dénoncé d'emblée les ARS comme des instruments autoritaires de réduction des moyens imposée aux territoires, ce qui s'est hélas confirmé partout depuis. L'article 27 rend les GHT obligatoires alors qu'ils étaient facultatifs, ce qui renforce les pouvoirs déjà exorbitants des ARS. Certes, le texte prévoit la mise en place d'un comité stratégique chargé de discuter du projet médical partagé et d'un comité territorial des élus chargé d'évaluer les actions des GHT, mais l'expérience de terrain me permet d'affirmer que ces contre-pouvoirs sont très insuffisants. Ainsi, pour l'hôpital de Nanterre, que je connais bien, comment l'injonction de regroupement se traduit-elle concrètement ? Par des fermetures de services pourtant utiles à la population, par des suppressions de postes massives et leurs conséquences sur les conditions de travail comme sur la prise en charge des patients et par des réductions budgétaires drastiques.

À Nanterre, au prix de réels efforts consentis par tous, le déficit de l'hôpital a été réduit de près de la moitié en deux ans, soit une économie de près de 7 millions d'euros. Qu'en dit l'ARS ? Que ce n'est pas suffisant et qu'elle exige 3 millions d'euros d'économies supplémentaires ! Et c'est ainsi partout ! Mon collègue M. Charroux déplore un comportement identique de l'ARS de sa région à l'égard de l'hôpital de Martignes. C'est donc clair : l'objectif n'est pas d'aider les hôpitaux à être plus efficaces en évaluant et en soutenant les efforts accomplis mais de diminuer sans cesse les moyens alloués aux hôpitaux, et ce par l'intermédiaire des ARS, véritable bras armé du Gouvernement, pour obtenir coûte que coûte l'économie annoncée de 10 milliards d'euros dans le domaine de la santé dont 3 milliards pour les seuls hôpitaux ! Il s'agit pour mon groupe d'un point essentiel sur lequel je tiens à insister. L'article 27 est absolument irrecevable. Il vient gâcher l'ensemble du texte, et particulièrement les dispositions positives que nous avons soutenues et contribué à améliorer.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. En ce qui me concerne, j'approuve tout à fait les propos tenus par mon collègue Jean-Pierre Door, d'autant plus que je suis élu de Bretagne, où, entre deux départements, celui des Côtes-d'Armor et celui d'Ille-et-Vilaine, entre l'hôpital de Saint-Malo et celui de Dinan et tous les centres hospitaliers annexes de Dinard, Cancale, Saint-Malo et Dinan, une communauté hospitalière de territoire a été créée il y a maintenant

à peu près quatre ans. Elle a permis de réaliser des économies d'échelle importantes et d'améliorer le fonctionnement des deux hôpitaux. En bref, elle a permis de sauver deux hôpitaux qui n'étaient pas dans une situation facile lorsqu'elle a été créée.

Je partage néanmoins l'avis de Mme Fraysse sur un point, le pouvoir des ARS. Il faut en effet bien définir les compétences de chacun dans le cadre des GHT. En particulier, le conseil de surveillance du GHT doit conserver le pouvoir de décision. Trop souvent, l'ARS a tendance à imposer une décision au conseil de surveillance. L'article 27 devra bien définir le rôle de chacun.

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* L'Association des régions de France a appelé mon attention cet après-midi sur le contenu des alinéas 24 à 28, que je tiens à clarifier. Sont successivement évoqués « l'établissement support », qui peut être un CHU comme l'a dit M. Door, « la stratégie », « la gestion d'un département de l'information médicale de territoire », « la fonction achats » et enfin « la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement ». L'ARF, en tout cas la région Midi-Pyrénées, dont les services m'ont appelée, s'inquiète et se demande si cela changera quelque chose au rôle que jouent les régions dans la gestion des instituts et des écoles de formation des professions paramédicales et, plus largement, des auxiliaires médicaux. Telle est la question que je pose, très simple et très courte.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Je dirai quelques mots sur cet article, qui est en effet un article important. Comme j'ai eu l'occasion de le dire en commission, il n'attire pas l'attention du grand public car il paraît technique à bien des égards. Il s'agit de faire entrer l'hôpital dans une organisation nouvelle définie en termes territoriaux. À l'avenir, nos hôpitaux devront coopérer, impérativement, à la fois pour promouvoir un projet médical sur l'ensemble d'un territoire et pour garantir à chacun l'accès à des soins hospitaliers. De ce point de vue, les groupements hospitaliers de territoire sont une coopération territorialisée et la garantie d'un hôpital de proximité partout sur le territoire national. Nous évoquions hier la désertification médicale à l'occasion des débats sur le pacte territoire santé. Les groupements hospitaliers de territoire sont un instrument très puissant de lutte contre la désertification médicale.

Seule la coopération entre hôpitaux de proximité et hôpitaux de référence plus importants est susceptible de garantir durablement le maintien des structures de proximité qui se trouveront fragilisées sans cet appui. J'insiste vraiment sur ce point. Il s'agit de mettre en place une mesure visant à faire émerger un projet médical de territoire.

Bien entendu, si des hôpitaux partagent un projet médical, il est permis de penser que la mutualisation de certaines fonctions support aura lieu, ce qui permettra de rationaliser les organisations et de faire des économies. Mais je dis très clairement à Mme Fraysse que l'objectif des GHT n'est pas de faire des économies mais vraiment de promouvoir des projets territoriaux.

Franchement, je ne peux pas laisser dire qu'on réduit les moyens des hôpitaux, quand 1,5 milliard d'euros de plus iront à nos hôpitaux cette année et que près de 30 000 postes y ont été créés en presque trois ans. Les mots ont un sens, les faits aussi, et les chiffres sont là. Lorsque nous maîtrisons les dépenses de santé, dont la dépense hospitalière, cela signifie simplement que nous ralentissons leur rythme d'augmentation – j'insiste sur ce point.

Par ailleurs, je veux rassurer la présidente de la commission, et à travers elle les régions de France : la répartition des compétences entre les établissements de santé des hôpitaux et les conseils régionaux en ce qui concerne la formation des professions paramédicales n'est en rien remise en cause par le texte. Il n'y a aucun changement par rapport à ce qui se fait aujourd'hui. La situation sera plutôt améliorée pour les régions, qui auront un interlocuteur unique dans leurs démarches, mais les responsabilités, le financement et les prérogatives des régions ne sont en aucun cas modifiés.

M. le président. Nous en venons aux amendements. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 262.

M. Dominique Tian. Il vise à compléter l'alinéa 5 pour prévoir que le groupement « n'a pas vocation à coordonner l'offre de soins des établissements de santé privés. »

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. Avis défavorable. Compte tenu de ce qui a été dit par M. Door, je suis un peu troublée par cet amendement. Les GHT sont avant tout une coopération conventionnelle, obligatoire pour les établissements publics. Ils ont vocation à promouvoir un projet médical partagé – c’est le terme qui a été retenu – et une mutualisation des moyens. Je suis convaincue que vous pouvez souscrire à cette perspective. L’objectif, c’est l’optimisation des ressources des hôpitaux publics dans l’intérêt général. Les établissements privés peuvent être partenaires d’un GHT au moyen d’une convention. Bien entendu, ces partenariats restent facultatifs : aucune disposition ne permet de les imposer aux établissements concernés. C’est en tout cas le sens de l’article 27.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Comme Mme la rapporteure, je m’interroge sur le sens de cet amendement. Peut-être nos collègues de l’UMP craignent-ils que les établissements de santé privés ne subissent les restrictions de moyens exigées par les ARS dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire ? Pour ma part, c’est l’absence de volonté claire du Gouvernement de remettre en cause la philosophie qui a présidé à l’adoption de la loi HPST qui me préoccupe, et pire encore, la confirmation et le renforcement de l’activité autoritaire des ARS dans le cadre d’une austérité majeure, compte tenu des restrictions budgétaires annoncées.

Ainsi, pendant que nos hôpitaux publics se débattent avec des restrictions budgétaires intenable qui les mettent dans l’incapacité de fonctionner correctement, de s’organiser et de se structurer pour affronter les enjeux de l’avenir – je pense notamment aux soins ambulatoires, que le Gouvernement entend avec raison promouvoir –, les établissements de santé privés auront, grâce à ce projet de loi, toutes les cartes en main pour se positionner sur les activités les plus porteuses et les plus rentables. Ces dispositions ne vont vraiment pas dans le sens d’un meilleur accès aux soins pour tous. De surcroît, elles viennent décrédibiliser la perspective de la mise en œuvre concrète des dispositions positives du texte.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Permettez-moi de poser une question à Mme la ministre. L’amendement de M. Tian évoquait les établissements de santé privés. Mme la rapporteure a répondu qu’ils pouvaient passer une convention de partenariat avec un GHT. Je pensais que les groupements de coopération sanitaire ou GCS, contrats de coopération entre le public et le privé, subsistaient. Est-ce bien le cas, ou sont-ils supprimés pour être remplacés par des contrats de partenariat ? Il est important de le savoir, dans la mesure où des GCS se sont déjà constitués.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Les groupements de coopération sanitaire continuent d’exister. Ils sont un instrument de coopération entre les établissements privés et le secteur public, lequel est désormais structuré en groupements hospitaliers de territoire.

M. Dominique Tian. C’est une bonne nouvelle.

(L’amendement n° 262 n’est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l’amendement n° 22.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L’amendement n° 22, repoussé par la commission et par le Gouvernement, n’est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l’amendement n° 286.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteure*. Il est rédactionnel, monsieur le président.

(L’amendement n° 286, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l’amendement n° 21.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L’amendement n° 21, repoussé par la commission et par le Gouvernement, n’est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d’un amendement n° 2006 qui fait l’objet de deux sous-amendements de Mme la rapporteure.

La parole est à M. Denys Robiliard, pour soutenir l’amendement.

M. Denys Robiliard. Cet amendement vise à adapter aux établissements publics de santé mentale – EPSM – la réglementation adoptée en ce qui concerne les groupements hospitaliers de territoire. Il s’agit de faire en sorte que l’appartenance d’un EPSM à un groupement hospitalier de territoire puisse s’accompagner – avec l’accord de l’ARS – de la participation de cet établissement aux projets d’autres groupements, afin d’assurer

une bonne coordination. Je n'entends pas remettre en cause le secteur, mais celui-ci peut être à cheval sur plusieurs hôpitaux. Il faut donc que l'EPSM puisse travailler avec chacun d'eux. Par ailleurs, il y a des dispositifs qui ne sont pas sécurisés, d'où la nécessité d'associer l'établissement à plusieurs projets.

M. le président. Je suis saisi de deux sous-amendements, n^{os} 2473 et 2474, pouvant faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour les soutenir et donner l'avis de la commission sur l'amendement.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission est favorable à l'amendement de M. Robiliard sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements, qui sont rédactionnels. Cet amendement s'inscrit bien dans le cadre que nous avons défini à l'article 13.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable à l'amendement et aux deux sous-amendements. Il s'agit d'une organisation dont j'avais annoncé le principe lors de l'examen de l'article 13.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Je vous prie de m'excuser de prendre la parole, monsieur le Président, mais je viens d'apprendre une nouvelle qui concerne le compte pénibilité, sur lequel j'ai beaucoup travaillé avec nombre de mes collègues. Les déclarations de la Fédération française du bâtiment dont je viens de prendre connaissance, alors même que le rapport confié à Christophe Sirugue et à un entrepreneur n'a pas encore été remis, donnent à penser que ce compte pénibilité perdrait aujourd'hui de la crédibilité et de la consistance que nous avons voulu lui donner dans la réforme des retraites. J'aimerais donc vous entendre à ce sujet, madame la ministre : j'ai besoin que l'on m'explique ce qui est en train de se passer sur le compte pénibilité.

M. Dominique Tian. Elle n'est pas ministre du travail !

M. Gérard Sebaoun. C'est elle qui a porté la réforme des retraites.

M. le président. Avant de donner la parole à Mme la ministre pour vous répondre, je vais mettre aux voix les deux sous-amendements et l'amendement qui viennent d'être défendus.

(Les sous-amendements n^{os} 2473 et 2474, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'amendement n^o 2006, sous-amendé, est adopté et les amendements n^{os} 1395, 1474 et 1761 tombent.)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vais répondre à M. Sebaoun, car c'est dans le cadre de la réforme des retraites qu'a été décidée, à l'initiative de M. Issindou, la mise en place du compte pénibilité. Ce compte pénibilité, auquel je vous sais très attachés, marque une grande avancée sociale – et je veux le redire ici, puisque vous m'interrogez. Des missions ont été confiées à des parlementaires, ainsi qu'à M. de Virville. Il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause les critères de la pénibilité, ni la mise en place du compte pénibilité, mais seulement de faire en sorte qu'il soit plus simple. Si des propos ont pu laisser penser qu'il pourrait être remis en cause, c'est sans doute le fait d'une mauvaise interprétation. En tout cas, il n'y a aucune volonté de la part du Gouvernement de remettre en cause le principe et les modalités de mise en œuvre de ce compte. Il doit se mettre en place de manière simple, mais les critères de la pénibilité ont été identifiés et les missions suivent leur cours. Je tiens donc à vous rassurer, monsieur le député : le compte pénibilité est un acquis social si important qu'il est prévu de l'intégrer au compte personnel d'activité dont le Président de la République a annoncé l'instauration.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n^o 287.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il est rédactionnel, monsieur le président.

(L'amendement n^o 287, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 263.

M. Dominique Tian. Je vais plutôt vous parler du compte pénibilité, puisque le débat est venu sur ce terrain. Je dirais que c'est plutôt une bonne nouvelle, monsieur Sebaoun : le compte pénibilité est totalement inapplicable, comme l'a reconnu le Premier ministre. Songez que nous en étions à faire la distinction entre les moments où un chauffeur de bus coupe la climatisation, considérés comme entrant dans le cadre du compte pénibilité, et ceux où il la remettait en route ! Tout le monde avait compris, notamment dans le secteur du bâtiment, que ce compte pénibilité était absurde, inapplicable. Tant mieux si le Gouvernement fait enfin preuve d'un peu de réalisme ! Nous ne pouvons que vous encourager à poursuivre dans cette voie, madame la ministre. C'est plutôt une bonne nouvelle pour l'économie de notre pays.

M. le président. Vous étiez supposé soutenir un amendement, monsieur Tian. Je vais considérer qu'il a été défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. Défavorable, car l'amendement est satisfait.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

(L'amendement n° 263 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, n°s 288, 289, 290 et 291, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour les soutenir.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. Ils sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 288, 289, 290 et 291, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 1447.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. Il s'agit, par cet amendement, de vous proposer que, compte tenu du caractère central du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, on garantisse la participation des commissions médicales des établissements concernés à son élaboration. Il est également proposé de permettre la mise en place d'instances complémentaires.

(L'amendement n° 1447, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 264.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. Nous avons déjà eu ce débat. Les publications figurent au recueil des actes administratifs. Vous avez précédemment adopté un amendement ayant pour objet la publication sur le site internet. Je n'y vois pas d'inconvénient. Avis favorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Par cohérence avec l'avis favorable que j'avais donné hier à un amendement de même nature de l'opposition, je redonne un avis favorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Frédéric Poisson.

M. Jean-Frédéric Poisson. Je remercie madame la ministre de son avis favorable à cet amendement. Monsieur le président, je voulais vous signaler que vous aviez omis d'appeler mon amendement n° 1761 après l'alinéa 8. Je le regrette d'autant plus qu'il allait dans le sens de celui qui était défendu par notre collègue Robiliard sur le décloisonnement de la médecine somatique et de la médecine mentale. À présent, c'est trop tard ; ce sera sans doute pour Noël ou la Trinité, nul ne sait. En attendant, monsieur le président, je vous remercie de noter que j'étais en séance pour le défendre.

M. le président. Si vous aviez été attentif, monsieur Poisson, vous eussiez entendu que j'avais annoncé que cet amendement était tombé.

M. Jean-Frédéric Poisson. Je ne suis pas sûr de l'avoir entendu !

M. le président. Pour ma part, je suis sûr de vous l'avoir dit ! Le compte rendu en fera foi.

(L'amendement n° 264 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 292.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteuse*. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 292, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Troisième séance du jeudi 9 avril 2015

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n° 2104.

M. Jean-Louis Touraine, *rapporteur de la commission des affaires sociales*. La discipline médicale de l'imagerie diagnostique et interventionnelle est aujourd'hui en difficulté dans le secteur public. Elle doit être pérennisée au sein des établissements publics de santé. À cette fin, l'amendement proposé vise à rendre obligatoire la mise en œuvre de plateformes d'imagerie au sein des futurs groupements hospitaliers de territoire.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Défavorable.

(L'amendement n° 2104 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine pour soutenir l'amendement n° 2169.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Cet amendement vise à ce qu'un laboratoire de biologie unique soit constitué au sein des groupements hospitaliers de territoire. En effet, les enjeux médicaux, démographiques, technologiques, économiques et sociaux de la biologie médicale nécessitent une réflexion structurée dans chaque territoire afin de relever le défi de la qualité au meilleur coût.

Cette disposition permet également de procéder à une seule accréditation, ce qui facilite le déploiement d'un dossier biologique unique.

(L'amendement n° 2169, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Martine Pinville, pour soutenir l'amendement n° 1267 rectifié.

Mme Martine Pinville. Je le retire, monsieur le président.

(L'amendement n° 1267 rectifié est retiré.)

M. le président. L'amendement n° 293 de Mme Bernadette Laclais, rapporteure, est rédactionnel.

(L'amendement n° 293, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1987.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement vise à apporter une précision technique.

(L'amendement n° 1987, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Joël Giraud, pour soutenir l'amendement n° 2236.

M. Joël Giraud. Cet amendement a pour but d'appeler l'attention sur une catégorie d'hôpitaux très peu nombreux sur le territoire français et extrêmement isolés car situés à plus d'une heure de route d'un centre hospitalier disposant d'un service de réanimation.

Il conviendrait de circonscrire la catégorie des hôpitaux très isolés afin de permettre à de tels établissements d'être dotés de moyens spécifiques, notamment en matière de réanimation. Les soins continus sont en effet insuffisants pour permettre la prise en charge des malades en cas d'accident grave ou de défaillance viscérale aiguë sans qu'il soit nécessaire de recourir à un transfert.

J'appelle votre attention sur le fait que les hôpitaux concernés sont souvent situés en zone de montagne et que les temps de parcours réels vers les hôpitaux disposant d'un service de réanimation sont souvent plus longs que ceux qui sont officiellement affichés en raison des chutes de neige ou de l'aérologie, qui interdisent le recours à des moyens hélicoptérés. Il me paraît nécessaire d'inscrire dans la loi une définition des hôpitaux très isolés de façon qu'ils jouissent d'un statut spécial, notamment dans le domaine de la réanimation.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'avis de la commission est défavorable, monsieur le député, mais je partage votre inquiétude et suis mue de la même volonté que vous d'avancer sur ce sujet.

Il y a en effet dans les zones de montagne de véritables spécificités territoriales liées au climat, à l'accessibilité de fond de vallée et aux pics saisonniers, l'afflux de population pouvant créer des difficultés.

L'article 27 ne traite cependant pas du tout de ce sujet, puisqu'il concerne les groupements hospitaliers de territoire, c'est pourquoi l'avis est défavorable. Sachez toutefois qu'un amendement adopté en commission a introduit l'article 26 A, qui souligne que l'agence régionale de santé doit tenir compte des spécificités territoriales dans l'élaboration du schéma régional de santé. Il a également été inséré à l'article 1^{er}, par voie d'amendement, une disposition sur l'équité territoriale.

En outre, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 prévoit une réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé en permettant un financement dérogatoire partiel pour les établissements situés dans des zones peu denses ou isolées et la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 comporte des mesures relatives aux hôpitaux de proximité.

Si l'avis est défavorable, donc, vous conviendrez que votre rapporteure porte une attention toute particulière à ce sujet.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour ma part, monsieur le député, je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement.

En effet, il n'est pas souhaitable d'introduire à cet endroit du texte les éléments de définitions visant à prendre en compte les situations que vous évoquez et auxquelles je puis vous assurer que je suis particulièrement attentive.

Je ne reprendrai pas l'ensemble des éléments que Mme la rapporteure a mentionnés à l'instant. Des dispositions pour les établissements isolés figurent dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015. L'objectif d'équité territoriale a été introduit à l'article 1^{er} voilà quelques jours : désormais, la politique de santé y concourt. À cet effet, sa déclinaison dans le cadre des projets régionaux de santé tient compte des enjeux de santé, des caractéristiques de l'offre de santé ainsi que des spécificités sociales, géographiques et saisonnières propres à chaque territoire.

L'objectif que vous fixez peut ainsi être atteint par d'autres moyens.

Vous avez cependant évoqué en particulier la réanimation, et je sais que cette question vous préoccupe depuis longtemps. Si vous vous souciez de votre territoire, de votre hôpital, cette préoccupation s'inscrit également dans une réflexion d'ensemble, que je trouve extrêmement intéressante. C'est au fond ce qui, à une époque, avait abouti à créer différentes catégories de maternités.

Une réflexion sur l'articulation entre services de réanimation et unités de surveillance continue me paraît nécessaire ; elle débouchera sur des mesures d'ordre réglementaire. Je vous invite donc à retirer votre amendement.

M. Michel Issindou. Faites un beau geste, monsieur Giraud !

M. le président. La parole est à M. Joël Giraud.

M. Joël Giraud. Madame la rapporteure, madame la ministre, je suis très sensible à vos propos. Je le suis en particulier au sujet de la réanimation de premier niveau, madame la ministre, puisque c'est bien de cela qu'il s'agit. L'objectif est non pas de disposer de plateaux complets de réanimation dans des hôpitaux isolés mais de faire en sorte que les patients puissent survivre en cas de défaillance viscérale aiguë.

Compte tenu de l'engagement que vous venez d'énoncer et des différentes mesures prises dans les textes précédents et rappelées par la rapporteure, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 2236 est retiré.)

(L'article 27, amendé, est adopté.)

f. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 27

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *Chapitre II*

« ***Groupements hospitaliers de territoire***

« *Art. L. 6132-1. – I. –* Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« *II. –* Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

« *II bis (nouveau).* – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans

une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

« II *ter* (nouveau). – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« II *quater* (nouveau). – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

« III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« III *bis* (nouveau). – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement hospitalier de territoire. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

« IV et V. – (*Supprimés*)

« Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« II (nouveau). – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire ;

« 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements du groupement, à la majorité des deux tiers. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis d'un comité territorial des élus locaux ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) (nouveau) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. – (*Supprimé*)

« Art. L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° *bis (nouveau)* La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

« II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« III (*nouveau*). – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« *Art. L. 6132-5.* – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« *Art. L. 6132-6.* – I. – Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« *Art. L. 6132-6-1 (nouveau).* – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

« *Art. L. 6132-7.* – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1° A (*nouveau*) La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont modifiées ;

« 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° et 3° (*Supprimés*)

4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

6° (*nouveau*) L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7° (*nouveau*) Le 2° *bis* de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

8° (*nouveau*) Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;

9° (*nouveau*) À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».

III. – Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »

IV. – A. – Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B (*nouveau*). – À compter du 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} janvier 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI. – A. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} janvier 2016.

B (*nouveau*). – Par dérogation, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire peut être arrêté dans un délai d'un an après la conclusion de la convention constitutive, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

VII (*nouveau*). – L'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

VIII (*nouveau*). – Le II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1° À compter du 1^{er} janvier 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2° À compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 dudit code.

IX (*nouveau*). – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même groupement hospitalier de territoire.

2. Sénat

a. Projet de loi n° 406 transmis au Sénat le 15 avril 2015

Article 27

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *Chapitre II*

« *Groupements hospitaliers de territoire*

« *Art. L. 6132-1.* – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

« *II bis (nouveau).* – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

« *II ter (nouveau).* – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« *II quater (nouveau).* – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

« III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« *III bis (nouveau).* – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement hospitalier de territoire. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

« IV et V. – (*Supprimés*)

« *Art. L. 6132-2.* – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« II (*nouveau*). – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire ;

« 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements du groupement, à la majorité des deux tiers. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis d'un comité territorial des élus locaux ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) (*nouveau*) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. – (*Supprimé*)

« Art. L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° bis) (*nouveau*) La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

« II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« III) (*nouveau*). – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« Art. L. 6132-5. – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6. – I. – Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. – L’attribution des dotations régionales de financement des missions d’intérêt général et d’aide à la contractualisation mentionnées à l’article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu’il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l’article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d’une convention de groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6-1 (nouveau). – Les modalités d’application du présent chapitre à l’Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l’Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d’État mentionné à l’article L. 6132-7.

« Art. L. 6132-7. – Un décret en Conseil d’État détermine les conditions d’application du présent chapitre, notamment :

« 1° A (nouveau) La définition du projet médical partagé prévu au II de l’article L. 6132-2 ;

« 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l’article L. 6132-1 ;

« 2° Les conditions d’élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d’hospitalisation peuvent être partenaires d’un groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l’article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont modifiées ;

« 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l’article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° et 3° (Supprimés)

4° Au 2° de l’article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5° L’article L. 6131-3 est abrogé ;

6° (nouveau) L’article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l’établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu’un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la participation de l’établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7° (nouveau) Le 2° bis de l’article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l’agence régionale de santé prend en compte l’ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l’état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l’article L. 6143-7 ; »

8° (nouveau) Après le cinquième alinéa de l’article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l’établissement support du groupement exerce ces compétences pour l’ensemble des activités mentionnées aux I à III de l’article L. 6132-4. » ;

9° (nouveau) À l’article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l’article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».

III. – Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l’article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »

IV. – A. – Jusqu’au 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B (nouveau). – À compter du 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n’a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, en application du I de l’article L. 6132-2 du code de la santé publique, au directeur général de l’agence régionale de santé pour approbation.

V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} janvier 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI. – A. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} janvier 2016.

B (*nouveau*). – Par dérogation, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire peut être arrêté dans un délai d'un an après la conclusion de la convention constitutive, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

VII (*nouveau*). – L'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

VIII (*nouveau*). – Le II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1° À compter du 1^{er} janvier 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2° À compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 dudit code.

IX (*nouveau*). – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même groupement hospitalier de territoire.

b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales

Article 27

(art. L. 6131-2, L. 6131-3, L. 6132-1 à L. 6132-7, L. 6143-1, L. 6143-4, L. 6143-7 et L. 6211-21 du code de la santé publique ; art. L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ; art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2000 ; art. 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques)
Groupements hospitaliers de territoire

Objet : Cet article propose de substituer aux communautés hospitalières de territoire des groupements hospitaliers de territoire chargés d'assurer la coordination entre les établissements publics de santé d'un même territoire.

I - Le dispositif proposé

Cet article a fait l'objet d'une réécriture globale par un amendement du Gouvernement, adopté en commission à l'Assemblée nationale.

Il se compose de neuf parties.

Le **I** remplace le chapitre consacré aux communautés hospitalières de territoire par un nouveau chapitre consacré aux groupements hospitaliers de territoire (GHT).

La rédaction proposée pour l'article **L. 6132-1** prévoit l'obligation pour un établissement public de santé d'être partie à une convention de GHT sauf dérogation tenant à la spécificité de l'établissement dans l'offre régionale.

Les objectifs des GHT sont :

la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient ;

la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou le transfert d'activités entre établissements.

Un projet médical partagé élaboré par les établissements doit garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. Les notions d'offre de référence et de recours sont utilisées dans les plans régionaux de santé et dans les projets médicaux mais souvent de manière synonyme. Elles recouvrent des formes de prises en charge spécialisées qui sont spécifiques à certains établissements. On peut penser que la

notion d'« offre de référence » peut plutôt viser la capacité à procurer un conseil aux équipes en charge de l'offre de proximité tandis que l'« offre de recours » vise plutôt la prise en charge directe des patients.

Le projet médical est « partagé », suite à l'amendement de réécriture du Gouvernement adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, et non plus « commun » comme dans le texte initial, pour insister sur la nécessité de l'adhésion des équipes soignantes à ce projet.

Trois types d'établissements publics font l'objet de dispositions spécifiques au sein de l'article L. 6132-1 : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les établissements autorisés en psychiatrie et les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD).

Les GHT doivent s'associer à un CHU « *au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4* ». Ces activités consistent à coordonner :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- les missions de recherche ;
- les missions de gestion de la démographie médicale ;
- les missions de référence et de recours.

Cette association doit être prise en compte dans deux documents, le projet médical partagé et la convention entre le CHU et l'établissement support du GHT.

Les établissements publics autorisés en psychiatrie sont pour leur part autorisés à être associés à l'élaboration du projet médical partagé des « *communautés psychiatriques de territoires définies à l'article L. 3221-2* ». Ces communautés sont susceptibles de réunir les établissements de service public hospitaliers signataires d'un même contrat territorial de santé mentale. Un établissement public autorisé en psychiatrie peut appartenir à un GHT mais à plusieurs contrats territoriaux de santé mentale et doit donc pouvoir participer à l'élaboration de chaque projet médical partagé.

Les établissements d'HAD sont associés à l'élaboration du projet médical partagé de l'ensemble des GHT sur leur aire géographique d'autorisation.

Le III de l'article L. 6132-1 prévoit la **possibilité**, et non l'obligation, pour les établissements sociaux et médico-sociaux publics d'être partie à un GHT.

Le III *bis* prévoit la possibilité pour les établissements privés d'être associés sous la forme d'un partenariat à un GHT et la possibilité pour les établissements d'un Etat étranger d'être associés par voie conventionnelle au GHT de territoires frontaliers.

Le texte proposé pour l'article **L. 6132-2** détermine le rôle des agences régionales de santé (ARS) et le contenu de la convention constitutive du GHT.

Le I de cet article prévoit que la convention constitutive est soumise pour approbation aux directeurs généraux des agences territorialement compétentes. A l'occasion de l'examen préalable à l'approbation, les directeurs généraux contrôlent la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander des modifications à la convention pour assurer cette conformité. Le renouvellement et la modification de la convention sont également soumis à approbation. On peut donc en déduire que les conventions sont conclues pour une durée déterminée. L'approbation vaut validation des changements d'implantation des activités de soins et de matériels lourds contenus dans la convention.

Le II de cet article fixe le contenu de la convention. Celle-ci comporte :

le projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties au GHT ;

les délégations d'activité à l'établissement support ;

s'il y a lieu, les transferts d'activités de soins ou de matériels lourds entre établissements ;

les modalités de constitution des équipes médicales communes éventuelles intégrées à des pôles inter-établissements ;

les modalités d'organisation et de fonctionnement par la création de nouvelles instances ou l'articulation d'instances existantes.

Les instances créées par la convention sont :

- **L'établissement support** qui assumera les fonctions déléguées par les autres établissements. Cet établissement est soit désigné à la majorité des deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la convention, soit désigné par le directeur général de l'ARS. La question se pose donc de savoir comment sera désigné l'établissement dans le cas où un GHT relève de plusieurs régions. Dans le cas où la désignation est faite par le directeur général de l'ARS, un comité territorial des élus locaux est consulté pour avis. Il convient sans doute de penser que ce comité est le même que celui dont le rôle doit être défini par la convention constitutive et dont la composition est fixée par l'article L. 6132-6 dans la rédaction proposée par le projet de loi.

- Le **comité stratégique** qui doit se prononcer, à intervalles réguliers on l'imagine, sur la mise en oeuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend *a minima* les directeurs d'établissements et les présidents des commissions médicales d'établissement (CME) et des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'ensemble des établissements. Il peut constituer un bureau auquel il délègue tout ou partie de ses tâches.

La convention doit enfin définir le rôle du **comité territorial des élus**, qui sera sans doute le même que celui chargé de donner un avis en cas de désignation de l'établissement support par le directeur général de l'ARS. Le texte du projet de loi prévoit déjà qu'il sera chargé d'évaluer les actions mises en oeuvre par le GHT pour assurer l'accès à des soins sûrs et de qualité sur l'ensemble du territoire. Il pourra formuler des propositions et sera informé de leur suivi.

Il est enfin prévu une publication de la convention constitutive du GHT sur le site internet de l'ARS au moment de son entrée en vigueur.

Le texte proposé pour l'article **L. 6132-4** détermine le rôle de l'établissement support au sein de la GHT précisant les fonctions qui lui sont obligatoirement déléguées. Il fixe également le rôle des CHU dans les GHT.

Les fonctions obligatoirement assumées par l'établissement support sont :

- la mise en place et la gestion d'un système d'information hospitalier sinon unique du moins convergent, permettant notamment la mise en place d'un dossier patient suivi dans l'ensemble des établissements ;
- la gestion de l'information médicale du territoire ;
- les achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et des plans de développement professionnel continu (DPC) des personnels.

L'établissement support **peut** gérer pour les établissements l'ensemble des activités autres que de soins.

Les CHU jouent également un rôle de coordination au sein des GHT auxquels ils appartiennent sur quatre points :

- la formation initiale des professions médicales ;
- les missions de recherche ;
- la gestion de la démographie médicale ;
- les missions de référence et de recours.

L'article **L. 6132-5** prévoit que la certification des établissements est commune pour les membres d'un GHT mais que les appréciations portées par la Haute Autorité de santé (HAS) sont publiées pour chaque établissement.

L'article **L. 6132-6** précise que c'est l'ARS qui détermine la liste des GHT et des établissements qui les composent. Dès lors que cette liste est arrêtée, les représentants des élus au conseil de surveillance des établissements concernés sont réunis au sein d'un comité territorial des élus.

Le versement aux établissements des dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac) est soumis à leur participation à un GHT.

L'article L. 6132-6-1 prévoit que des modalités spécifiques de mise en oeuvre des GHT sont définies par décret en Conseil d'Etat pour l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

L'article L. 6132-7 prévoit que c'est par décret en Conseil d'Etat qu'est défini le projet médical partagé, que sont définies les conditions relatives à la spécificité de l'offre régionale permettant à un établissement public de ne pas participer à un GHT, les conditions d'élaboration de la convention constitutive du GHT, les conditions de participation des établissements privés, les conditions de modification des autorisations et de délégation de fonction au sein du GHT.

Le I de l'article 27 comporte ensuite des coordinations de même que le **II** et le **III**.

Les paragraphes **IV** à **VI** de l'article prévoient la transition entre les communautés hospitalières de territoire et les GHT.

Les paragraphes **VII** à **IX** prévoient les conséquences budgétaires et comptables de la création des GHT et habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures définissant les relations budgétaires et comptables entre établissements d'un GHT.

II - La position de la commission

La rédaction actuelle de cet article est issue d'un amendement de réécriture du Gouvernement, qui fait suite aux préconisations de la mission conduite par le Dr Frédéric Martineau (radiologue et président de la

conférence des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers) et Jacqueline Hubert (directrice générale du CHU de Grenoble).

Votre commission constate que cette nouvelle rédaction recueille l'assentiment des praticiens hospitaliers et prévoit une ouverture nécessaire sur les prises en charge à domicile et médico-sociales.

Elle considère que les groupements hospitaliers de territoire peuvent être un moyen d'assurer une meilleure efficacité des établissements publics sur le territoire.

Afin de garantir cette efficacité et d'éviter toute mise en place purement administrative elle a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, un amendement qui :

- garantit que le projet médical élaboré par les établissements souhaitant former une GHT précède la définition des GHT par l'ARS ;
- prévoit que les activités de radiologie seront organisées en commun de même que les activités de biologie médicale ;
- donne une place plus grande aux élus en faisant une place aux présidents des conseils de surveillance dans le comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en oeuvre de la convention et du projet médical partagé (**amendement COM-393**).

A l'initiative de notre collègue Daniel Chasseing, elle prévoit que la convention qui liera un établissement privé à un GHT devra prévoir la représentation de celui-ci au sein du GHT (**amendement COM-122**).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

g. Séances publiques

Séance du 14 septembre 2015

M. Alain Milon :

(...)

Les groupements hospitaliers de territoire prévus par l'article 27 – les fameux GHT – nous paraissent susceptibles d'offrir aux hôpitaux publics le moyen de s'adapter plus aisément aux besoins des territoires et de favoriser l'accès de tous et en toute sécurité à des soins de qualité. Cependant, compte tenu des remontées de terrain, la commission a jugé nécessaire de s'assurer que les équipes soignantes seraient à l'origine du projet médical des GHT et que ces derniers ne dépendraient pas d'une décision unilatérale des ARS. Nous estimons également important que les élus ne soient pas de simples spectateurs du fonctionnement des GHT et qu'ils puissent participer activement à la définition de leur stratégie.

Séance du 18 septembre 2015 :

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. L'article 27 rend obligatoire la création de groupements hospitaliers de territoire, ou GHT, en remplacement des communautés hospitalières de territoire, issues de la loi HPST et jusqu'alors facultatives. Nous pourrions partager les objectifs de maillage territorial, de projet médical partagé et de prise en charge graduée pour une égalité d'accès à des soins hospitaliers sécurisés et de qualité qui le sous-tendent. Madame la ministre, j'ai bien entendu vos arguments : vous avez présenté les GHT comme un outil de lutte contre la désertification médicale et comme étant la garantie d'un hôpital de proximité partout sur le territoire national.

Toutefois, la création des GHT soulève un problème. Demain, une centaine d'entre eux verront le jour regroupant 1 200 à 1 300 hôpitaux. Ces fusions d'établissements et ces directions communes ne peuvent garantir un meilleur accès aux soins ni un recul des inégalités sociales et territoriales. Trois milliards d'euros d'économies devant être réalisés dans le domaine hospitalier, la création de nombre de GHT servira, en réalité, à fermer des services, des établissements et des lits, sous la houlette des ARS.

Ce sont les conventions qui détermineront le contour des nouvelles structures sanitaires et médico-sociales, ainsi que des activités transférées. Elles préciseront aussi les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, la composition du comité stratégique et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes. La désignation de l'établissement support devra être approuvée par les conseils de surveillance à la majorité des deux tiers ou, à défaut, par le directeur général de l'ARS, après avis du comité territorial des élus. Il s'agit donc d'une centralisation considérable.

Cela étant, Annie David m'a demandé de vous relater, mes chers collègues, la situation de la clinique de Saint-Charles de Roussillon, exemple qui illustrera mon propos. L'ARS mène un projet de regroupement d'établissements rejeté à l'unanimité tant par les élus du territoire que par les personnels, car il prévoit de mettre en place un service de chirurgie entièrement ambulatoire et d'envoyer ailleurs les patients ayant besoin d'être hospitalisés.

La situation de cette clinique est un cas d'école en matière de non-respect de la démocratie sanitaire par les ARS et de regroupement à marche forcée, sans prise en compte des réalités locales. En effet, alors qu'un précédent projet faisait l'unanimité parmi les équipes soignantes et les élus locaux, la directrice de l'ARS a opté pour un projet tout autre, qui disperse les activités de soins et les patients entre plusieurs établissements.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous souhaitons la suppression de l'article 27.

M. le président. L'amendement n° 760, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Nous sommes opposés aux GHT, dont la finalité est de regrouper les structures de santé pour accompagner les réductions de moyens de la sécurité sociale après le vote d'un ONDAM, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, à 2 % pour 2015.

La logique de regroupements hospitaliers mise en place par le plan Hôpital 2007 et la loi HPST de 2009 est donc poursuivie par le gouvernement de François Hollande, et nous le regrettons profondément, d'autant que les personnels des hôpitaux rencontrent au quotidien des difficultés de plus en plus grandes. Aussi aurions-nous pu espérer que dans un projet de loi de modernisation de la santé des réponses positives leur soient apportées. Les GHT ne seront pas de nature à les rassurer et à améliorer leur quotidien ; ils auront, au contraire, des conséquences désastreuses sur l'accès aux soins.

Je prendrai l'exemple de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, situé dans le 18^e arrondissement de Paris. Créé dans les années soixante-dix, cet hôpital moderne a été délaissé depuis des années ; il se trouve aujourd'hui dans une situation catastrophique. Grâce aux GHT, le Gouvernement pourra regrouper des services des hôpitaux Bichat-Claude Bernard, Beaujon et Lariboisière au sein d'un grand établissement installé au nord de Paris, en dehors de la capitale : les terrains envisagés pour la construction de ce nouveau « mégahôpital » se situent sur la commune de Saint-Ouen.

Au prétexte d'un regroupement nécessaire des services, certaines spécialités disparaîtront de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, et les urgences seront scindées en deux selon l'importance des soins. Les conséquences sont donc importantes : perte de services reconnue et des urgences de proximité pour l'ensemble des habitants du 18^e arrondissement et des alentours, et, *in fine* pour l'hôpital, la disparition de 400 lits.

Les GHT permettront à l'État de continuer à réduire les capacités d'accueil de nos hôpitaux, ce qui augmentera nécessairement les délais en termes de soins, renforcera les difficultés rencontrées par les personnels et abîmera l'hôpital public.

Pour toutes ces raisons et afin d'éviter que l'ensemble des hôpitaux de notre pays ne subissent le même sort que l'hôpital Bichat-Claude Bernard, nous demandons la suppression de l'article 27 créant les GHT.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Les GHT répondent à une logique de meilleure adaptation des moyens publics aux besoins des populations, à laquelle la commission souscrit.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Bien que cet article soit important, je serai brève en raison de l'heure tardive. Comme je l'ai déjà souligné à plusieurs reprises, l'instauration des GHT est une mesure non pas « grand public », mais structurante en termes médical et territorial. Il s'agit de réorganiser nos hôpitaux, de leur donner les moyens de faire face aux défis en matière de santé auxquels sont confrontés nos territoires, en développant des projets médicaux par territoire auxquels les communautés médicales adhèrent.

Madame Cohen, il est tout de même piquant de vous entendre contester les GHT en prenant pour exemple le regroupement de cliniques. Cela n'a rien à voir avec les GHT, ceux-ci concernant uniquement les établissements publics. La recomposition ou le maintien des établissements privés en l'état constituent un sujet tout à fait différent, et je ne me prononcerai pas sur la situation locale que vous évoquez.

Madame Gonthier-Maurin, il ne suffit pas de décliner des slogans idéologiques sur la fin supposée de l'hôpital public pour avoir raison !

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Vous direz cela aux gens qui font la queue dans les hôpitaux pour se faire soigner !

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la sénatrice, que vous parliez de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, soit ! Mais puisque vous avez étudié la question, vous devriez le savoir, par principe, aucun GHT ne sera créé à l'AP-HP, ce qui montre qu'il existe des situations spécifiques. Tout l'enjeu est de répondre aux défis territoriaux, de préserver les hôpitaux de proximité et de permettre aux établissements les plus importants de rayonner sur des territoires et de relever les défis du virage de la médecine ambulatoire.

De ce fait, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. J'accepte que les exemples que nous citons soient contestés, mais on ne peut nier la réalité hospitalière, que l'on peut constater en se rendant sur place !

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Oui, 400 lits supprimés !

Mme Laurence Cohen. Trois milliards d'euros d'économies faites sur le dos des hôpitaux, des lits supprimés, un personnel épuisé.

Nous ne sommes pas opposés au virage ambulatoire, mais il existe un véritable problème à cet égard. En effet, qui dit soins ambulatoires, dit accès pour tous et, par voie de conséquence, une famille qui prend le relais. Or ce n'est pas toujours possible dans les différents milieux sociaux.

Madame la ministre, oui, des défis doivent être relevés, mais nous devons les relever ensemble, faire preuve de courage et disposer d'un budget important. Et l'argent existe, mais on refuse de le prendre là où il est. On propose des solutions qui n'en sont pas.

La création des GHT permettra certainement d'éviter à des hôpitaux de fermer par le regroupement de services, mais elle fera reculer aussi la proximité. Or en crève ! Regardez toutes les maternités qui ont fermé ! Et ne me dites pas que la situation s'améliore ! Un rapport publié par la Cour des comptes atteste du contraire : les temps d'attente sont interminables, les urgences sont saturées. On est en train de tout casser, on bricole ! Nous demandons un moratoire sur les fermetures ? Ce n'est pas le moment ! Et les exemples que nous citons ne seraient pas judicieux... Ce n'est plus possible !

Les solutions retenues sont mauvaises : la casse du service public de santé continue, les hôpitaux sont asphyxiés. Telle est la réalité, celle dont on nous parle dans les luttes, celle que nous constatons dans nos territoires !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 760.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Madame la ministre, mes chers collègues, il est minuit. Je vous propose de poursuivre nos débats jusqu'à zéro heure trente, afin de continuer la discussion des articles jusqu'au titre III. (Assentiment.)

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1136 rectifié, présenté par MM. Amiel, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Guérini, Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5, première phrase

a) Après les mots :

offre de soins

insérer les mots :

territoriale ou

b) Après le mot :

régionale

insérer les mots :

ou tenant à la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux,

II. – Au début de l'alinéa 8

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, constituer un groupement hospitalier de territoire relatif à la psychiatrie et santé mentale selon des modalités précisées par décret.

III. – Après l'alinéa 8

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ... – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement

hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupement auxquels ils ne sont pas parties.

« ... – Les établissements publics de santé n'ayant pas la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire de psychiatrie et de santé mentale, être associés à l'élaboration du projet médical de ce même groupe hospitalier de territoire.

IV. – Alinéa 12

Rétablir le IV de l'article L. 6132-1 dans la rédaction suivante :

« IV. – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent constituer un groupement hospitalier de territoire dédié à cette discipline en vue de permettre une stratégie de prise en charge commune et coordonnée du patient.

« Les établissements publics de santé disposant d'un secteur de psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de la santé, être associés à l'élaboration du projet médical de ce même groupement.

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Par cet amendement, nous proposons la mise en place de groupements hospitaliers de territoire relatifs à la psychiatrie et à la santé mentale.

Le GHT doit constituer une réelle opportunité d'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la sécurisation des parcours de soins et de santé sur l'ensemble du territoire national, notamment en cas de carence du maillage territorial, tout en évitant un risque de dilution de la discipline préjudiciable à terme aux patients.

M. le président. L'amendement n° 474, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 5, première phrase

Après les mots :

dans l'offre de soins

insérer les mots :

territoriale ou

II. - Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, constituer un groupement hospitalier de territoire relatif à la psychiatrie et la santé mentale selon des modalités précisées par décret.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Nous n'avons pas la même approche que nos collègues du groupe CRC concernant la mise en place des GHT. Ceux-ci succèdent aux communautés hospitalières de territoire, et quand les choses ne se passent pas trop mal, il faut savoir le dire.

Vouloir mutualiser au nom de l'excellence, au nom de l'exigence de qualité de l'offre de soins, c'est positif.

Permettez-moi de prendre un exemple. Dans le Nord-Pas-de-Calais, une communauté hospitalière de territoire s'était constituée de façon informelle en cardiologie. Dans un bassin de vie, celui d'Arras-Lens-Douai-Béthune, qui compte un million d'habitants, la cardiologie est présente dans chacun des quatre hôpitaux, le plateau technique – avec une prise en charge interventionnelle ou non – se trouvant lui au centre hospitalier de Lens. Les cardiologues de ces quatre hôpitaux interviennent à la fois dans leur propre service et sur le plateau technique. On est donc capable de faire preuve d'imagination tout en ayant, bien évidemment, l'exigence de la qualité de l'offre de soins.

Madame Cohen, vous avez évoqué des problèmes réels, tel l'encombrement des hôpitaux. L'objet du texte que nous examinons, c'est en particulier de redonner toute sa place à la médecine ambulatoire, ce afin de désengorger notamment les services d'urgence et de créer un parcours de soins du malade, de sortir tant soit peu de l'« hospitalo-centrisme » que nous subissons. Et c'est une hospitalière qui vous le dit !

Cela étant, le présent amendement est très proche de celui que vient de présenter Guillaume Arnell. Il vise à mettre en place des groupements hospitaliers de territoire relatifs à la psychiatrie.

Nous avons rencontré les psychiatres, qui souhaitent, quand le service dans lequel ils travaillent est situé au sein d'un hôpital général, que celui-ci soit rattaché au GHT.

Ils considèrent aussi – et cela peut se discuter – que la psychiatrie est un sujet à part entière. Toujours dans le Nord-Pas-de-Calais, il existe de très grands hôpitaux psychiatriques qui montrent à quel point la psychiatrie doit être considérée en tant que telle.

M. le président. L'amendement n° 310 rectifié *bis*, présenté par MM. Cambon, César, Charon, Chatillon, Commines, Malhuret, J. Gautier, Saugey, Mouiller et de Nicolaÿ, Mmes Procaccia, Primas et Deromedi et MM. Gournac et Houpert, n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 1136 rectifié et 474 ?

M. Alain Milon, corapporteur. Les amendements n°s 1136 rectifié et 474 visent à offrir la possibilité de créer des GHT en psychiatrie.

Madame Génisson, vous avez évoqué la cardiologie dans le bassin de vie d'Arras-Lens-Douai-Béthune. Vous avez également rappelé que nous avons rencontré les psychiatres. D'après ce que j'ai entendu au cours de ces auditions auxquelles vous avez participé, l'idée de créer des GHT en psychiatrie divise beaucoup ces professionnels. Cependant, j'ai le sentiment qu'une très grande majorité d'entre eux est favorable au dispositif prévu par l'article 27 qui permet aux services de psychiatrie des hôpitaux généraux de participer au GHT et, surtout, au secteur de continuer d'exister. Les psychiatres y tiennent beaucoup.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

Si les hôpitaux psychiatriques souhaitent participer aux GHT, pourquoi pas, mais avec d'autres établissements publics de médecine.

Ce que j'ai dit tout à l'heure reste vrai : il s'agit toujours d'une médecine globale. Ces GHT permettront certainement aux personnes atteintes de troubles psychiatriques d'avoir accès à d'autres types de médecines quand elles en auront besoin ; elles pourront ainsi enfin jouir d'une espérance de vie identique à celle de nos concitoyens qui ne sont pas atteints de tels troubles.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement sollicite le retrait de ces deux amendements, qu'il estime satisfaits.

Lors de mon intervention à l'hôpital Sainte-Anne, le 24 septembre 2014, j'ai indiqué que les spécificités de la psychiatrie devaient être prises en compte dans le cadre des GHT.

Qu'il n'y ait pas d'ambiguïté à propos du présent projet de loi.

Les établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie doivent être membres d'un GHT, sauf exception tenant à leur spécificité dans l'offre de soins territoriale. Pour autant, le projet de loi n'interdit pas la constitution de GHT dédiés à la psychiatrie – ce n'est pas parce que ce n'est pas imposé et systématisé que c'est interdit – lorsque le diagnostic territorial, conduit en lien avec l'agence régionale de santé, le justifie.

Par ailleurs, dans le cadre de l'examen des amendements déposés en première lecture par le Gouvernement à l'Assemblée nationale à l'article 13 et à l'article 27 du présent texte, j'ai souhaité compléter et enrichir les modalités de coopération existantes par la création de communautés psychiatriques de territoire. Celles-ci sont destinées à permettre à plusieurs établissements exerçant une activité de psychiatrie et qui ne seraient pas membre d'un même GHT de construire un projet médical commun pour cette discipline.

Aussi, l'ensemble des établissements exerçant une telle activité inscrits dans une dynamique territoriale hospitalière polyvalente dans le cadre des GHT pourront préserver des partenariats spécifiques nécessaires au parcours de soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques grâce à ces communautés psychiatriques de territoire.

M. le président. Monsieur Arnell, l'amendement n° 1136 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1136 rectifié est retiré.

Madame Génisson, l'amendement n° 474 est-il maintenu ?

Mme Catherine Génisson. Loin de moi l'idée de vouloir séquestrer les psychiatres dans une enceinte fermée... (Sourires.) Pour connaître un hôpital général qui accueille plusieurs services de psychiatrie, je puis attester que les liens entre ceux-ci et l'ensemble des services de l'hôpital sont évidemment une bonne chose.

Pour autant, vous l'avez dit, madame la ministre, il existe une spécificité particulière dans l'exercice de cette spécialité, et il semble nécessaire qu'elle puisse être reconnue.

Vous avez donné des assurances en la matière ; aussi, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 474 est retiré.

L'amendement n° 671, présenté par Mme Perol-Dumont et M. Labazée, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 761, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 6, deuxième phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, je ne sais pas s'il est nécessaire que nous terminions ce soir l'examen de tous les amendements qui figurent sur le dérouleur. En tout cas, à observer nos travées, on peut parler de désert non pas médical, mais parlementaire... Ce ne sont pas de bonnes conditions de travail !

Cela dit, nous sommes opposés à la logique de rationalisation des modes de gestion qui n'est en réalité qu'un prétexte pour faire des économies dans les hôpitaux au détriment de la qualité du service public de santé.

Dans l'étude d'impact, le Gouvernement estime que cette réforme se traduira par environ 400 millions d'euros d'économies sur trois ans : 270 millions d'euros au titre de la réduction du coût des fonctions techniques, administratives et logistiques, 50 millions d'euros au titre de la baisse de 10 % du recours à l'intérim médical d'ici à 2017 et 38 millions d'euros au titre de la diminution de 5 % du nombre de gardes et d'astreintes.

Le but est bien la recherche d'économies, au détriment, selon nous, d'un projet médical répondant aux besoins des patients et aux enjeux du XXI^e siècle. C'est la raison pour laquelle nous présentons cet amendement.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 761.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1140, présenté par M. Pellevat, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 428, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 55 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Malhuret, Charon et Calvet, Mmes Deromedi et Mélot et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 545, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à rendre possible l'intégration des hôpitaux des armées au sein des GHT.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 545.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 369 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Kennel, Laménie, D. Laurent, Lemoyne, Morisset, Mouiller, Nougein, Requier et Bouvard, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 548, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée,

Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 11, troisième phrase

Supprimer les mots :

la représentation des établissements privés dans le groupement hospitalier de territoire et

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Il est défendu.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Nous avons été alertés par l'un des deux membres du groupe de travail sur les difficultés que poserait la représentation des établissements privés dans les GHT. Il faudra sans doute voir à l'usage comment ces établissements y seront associés. En attendant, eu égard aux difficultés pratiques et juridiques que poserait une telle représentation, la commission émet un avis favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 548.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 565, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union des démocrates et indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les professionnels de santé libéraux et les professionnels de santé exerçant dans un service de santé au travail, de santé scolaire et universitaire ou de protection maternelle et infantile peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire dans des conditions définies par décret.

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Cet amendement a pour objet de permettre aux professionnels de santé libéraux et aux professionnels de santé exerçant dans un service de santé au travail, de santé scolaire et universitaire ou de protection maternelle et infantile d'être associés à un groupement hospitalier de territoire.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission sollicite le retrait de votre amendement, mon cher collègue, car les GHT sont conçus pour les établissements de santé. Prévoir un partenariat avec des services de santé n'est pas nécessaire ; cela pourra se faire en pratique.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, l'amendement n° 565 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 565 est retiré.

L'amendement n° 56 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Deseyne, MM. Grand et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 287 rectifié, présenté par MM. de Nicolaÿ et Lemoyne, Mme Loisier, MM. Longuet, Calvet, de Legge, Bonhomme, Cigolotti, Delattre, Chaize et Chatillon, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Primas et MM. Raison, Morisset, Gournac, Bonnecarrère, Médevielle et Maurey, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1217, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

II. – Après l'alinéa 47

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties à la

convention du groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le présent amendement a pour objet de faciliter la constitution des équipes médicales de territoire dans le cadre de la création des groupements hospitaliers de territoire.

J'ai eu l'occasion de le dire, ces GHT doivent s'appuyer sur un projet médical partagé solide et cohérent. Néanmoins, il faut évidemment s'assurer que les médecins, qui continueront d'être les premiers acteurs de cette démarche ambitieuse, puissent se projeter dans la mise en œuvre de ce projet collectif.

La manière dont ils seront associés à l'élaboration du projet médical sera importante. De même, la façon dont ils pourront ensuite s'impliquer dans le processus de réorganisation des activités et dans la mise en œuvre – non pas simplement dans sa conception – du projet médical sera également déterminante.

Les médecins hospitaliers se sont exprimés et j'ai entendu leurs attentes fortes vis-à-vis des groupements hospitaliers de territoire. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité que le présent article soit complété de dispositions à la fois intégrant la description de l'organisation des activités médicales comme une composante de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire et posant les bases d'une procédure claire et adaptée, qui permettra aux personnels médicaux exerçant dans les établissements parties à la convention du groupement de se porter candidats aux postes qui seront ouverts dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement, qui vise à la publicité des postes au sein du GHT, ayant été déposé cet après-midi, la commission n'a pas pu l'examiner. Elle s'en remet néanmoins à la sagesse de la Haute Assemblée.

Madame la ministre, je souhaite vous poser une question, que vous jugerez sûrement perfide. Vous évoquez un projet médical partagé. Mais où est le projet psychologique ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1217.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 762, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 20, première phrase

Après le mot :

groupement

insérer les mots :

et la majorité des organisations représentatives du personnel

II. – Alinéa 21, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ainsi que les représentants des organisations représentatives du personnel et des collectivités territoriales concernées

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Nous considérons la démocratie comme un élément clé de la politique sanitaire dans notre pays. Or le système de santé actuel souffre d'un manque de démocratie et d'une prise en considération réelle des représentants du personnel ainsi que des élus des collectivités territoriales. Cet amendement a pour objet de tenter de remédier à cette situation.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Défavorable, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Également défavorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 762.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1211, présenté par M. Milon et Mmes Deroche et Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 31

Après les mots :

parties au groupement

insérer les mots :

des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de conséquence. Dès lors que les équipes médicales communes et la mise en place de pôles inter-établissements sont possibles dans la convention constitutive du groupement, il convient que l'établissement support puisse en assurer la gestion commune.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1211.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 801, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 52

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Au premier alinéa, les mots : « se prononce sur » sont remplacés par le mot : « arrête » ;

...) Au début du 3°, sont insérés les mots : « Le budget prévisionnel, » ;

II. – Après l'alinéa 53

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le dixième alinéa est supprimé ;

La parole est à Mme Éliane Assassi.

Mme Éliane Assassi. Tout d'abord, je souscris aux propos de Laurence Cohen relatifs non seulement aux GHT, mais aussi à notre ambition en matière de santé, particulièrement de santé publique, ambition que ne reflète pas votre texte, madame la ministre.

Par ailleurs, tout comme ma collègue, je trouve déplorable que l'hémicycle soit presque vide ce soir, alors que nous examinons un sujet important, qui a mobilisé de nombreuses énergies afin d'imaginer d'autres solutions pour notre modèle de santé.

Certes, nous ne sommes pas encore soumis au futur règlement, et toutes les caméras ne sont pas branchées pour assurer la retransmission de nos travaux. J'espère que la situation va s'améliorer, mais j'en doute !

J'en viens à l'amendement n° 801. La démocratie est un mal nécessaire, y compris pour l'hôpital public. Il importe donc d'assurer sa pleine expression dans la gestion de nos établissements de santé.

Le fonctionnement des hôpitaux publics dépend assez étroitement des dotations de la sécurité sociale, de l'apport propre des assurés, notamment lorsque ceux-ci doivent s'acquitter du forfait hospitalier, et assez souvent de l'appui des collectivités territoriales, singulièrement en matière d'investissements, de politiques foncières.

De la même manière, un établissement ne peut développer son activité qu'avec une équipe de personnels – soignants et autres – pluridisciplinaire, motivée et largement responsabilisée. Il est par conséquent légitime que ce soit la communauté constituée par les personnels, les assurés sociaux, les collectivités territoriales qui se trouve aux commandes des établissements hospitaliers. Dans le cadre actuel particulièrement dirigiste et quelque peu illégitime, le conseil de surveillance ne dispose que du droit de constater l'exécution budgétaire de l'établissement.

Nous n'avons aucune prévention à l'égard des regards extérieurs, mais le schéma actuellement applicable aux établissements hospitaliers reviendrait, s'il était transposé en d'autres domaines, à limiter les pouvoirs du Parlement au vote des lois de règlement et ceux de l'assemblée délibérante d'une collectivité territoriale à l'adoption, après examen, du compte administratif.

Il est grand temps de rendre aux acteurs de la communauté hospitalière la pleine maîtrise de leur établissement et du devenir de celui-ci.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Permettez-moi, tout d'abord, monsieur le président, de préciser à Mme Assassi que les caméras fonctionnent...

Mme Éliane Assassi. Vous savez très bien auxquelles je pense !

M. Alain Milon, corapporteur. ... et que la séance est retransmise sur le site du Sénat.

Par ailleurs, nombre de nos collègues étaient présents toute la semaine dans cet hémicycle, y compris des sénateurs du groupe CRC ! Mais vous, madame Assassi, je ne vous ai pas beaucoup vue...

Mme Éliane Assassi. Il faudrait que vous vous retourniez plus souvent !

M. Alain Milon, corapporteur. Je le fais fréquemment !

Pour ce qui concerne l'amendement n° 801, le vote du budget par le conseil de surveillance du GHT crée un transfert de pouvoir important vers ledit comité. Il paraît préférable de conserver le vote du budget au sein de chaque établissement, faute de quoi il faudrait donner une personnalité morale au GHT, ce qui n'a pas été, pour l'instant, le choix du Gouvernement ni de la commission.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Également défavorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 801.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 286 rectifié, présenté par MM. de Nicolaÿ et Lemoyne, Mme Loisier, MM. Longuet, Calvet, de Legge, Bonhomme, Cigolotti, Delattre, Chaize et Chatillon, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Primas et MM. Raison, Morisset, Gournac, B. Fournier, P. Leroy et Médevielle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 804 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 57

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 6143-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans un délai de cinq ans suivant leur démission ou à la fin de leur contrat, les personnes ayant été membre du conseil ne peuvent exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé qui entre en concurrence directe avec l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment. Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret. » ;

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le code de la santé publique comporte un certain nombre de règles déontologiques quant au parcours propre aux personnes destinées ou susceptibles de faire partie du conseil de surveillance des établissements hospitaliers.

Ces règles, précisées au sein de l'article L. 6143-6 du code précité, permettent d'éviter ce que l'on appelle en d'autres domaines des « conflits d'intérêts ».

Cet amendement vise à faire en sorte que tout membre des organes de direction d'un établissement public ne puisse immédiatement exercer de fonctions équivalentes dans un établissement privé situé sur le même territoire.

Cette sorte de clause de non-concurrence – le terme « concurrence » n'est pas forcément le plus adéquat, l'hôpital public n'ayant pas vocation à dégager la moindre marge commerciale – est une nécessité, en quelque sorte une protection.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis également défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 804 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1212, présenté par M. Milon et Mmes Deroche et Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 59

Après les mots :

ces compétences pour

insérer les mots :

le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1212.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 547, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéas 63, 64 et 70

Remplacer la date :

1^{er} janvier 2016

par la date :

1^{er} juillet 2016

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Le remplacement de date proposé tend à ce que le projet médical et psychologique des communautés hospitalières de territoire soit mis en œuvre dans les meilleures conditions et partagé par l'ensemble de la communauté soignante.

En effet, selon les témoignages de divers acteurs des hôpitaux publics, des démarches plus qu'incitatives sont actuellement menées par un certain nombre de directeurs d'agences régionales de santé, anticipant de fait les dispositions d'un texte qui n'est pas encore adopté.

Pour assurer une création sereine des GHT, le changement de date est opportun.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 547.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 423 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, Mme Billon et MM. Cadic, Namy, Delahaye, Roche et Cigolotti, est ainsi libellé :

Alinéa 64, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, sur approbation du directeur général de l'agence régionale de santé

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Aux termes de l'alinéa 64 de l'article 27, « les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. »

Le présent amendement a pour objet de soumettre immédiatement à l'approbation de l'ARS cette transformation, sans attendre, comme cela est prévu, la convention constitutive, qui est ultérieure.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Il n'est pas sûr que cette mesure soit utile, car le directeur général de l'ARS devra, même si c'est *a posteriori*, contrôler la convention constitutive du nouveau GHT.

Par conséquent, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement demande également le retrait de cet amendement, car l'article 27 prévoit déjà l'intervention des ARS.

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, l'amendement n° 423 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Au travers de mon amendement, je souhaitais poser une question. Comme j'ai obtenu une réponse, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 423 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 27, modifié.
(L'article 27 est adopté.)

h. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 27

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Groupements hospitaliers de territoire*

« *Art. L. 6132-1. - I. -* Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« *II. -* Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

« *II bis. -* Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

« *II ter A (nouveau). -* Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

« *II ter. -* Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« *II quater. -* Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

« *III. -* Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« *III bis. -* Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

« *IV et V. - (Supprimés)*

« *Art. L. 6132-2. - I. -* La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« *II. -* La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire comprend :

« 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

« 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-6 ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en oeuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement, les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et les présidents des conseils de surveillance de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en oeuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. - (Supprimé)

« Art. L. 6132-4. - I. - L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en oeuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° bis La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

« II. - L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« II bis (nouveau). - Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun dans les mêmes conditions les activités de biologie médicale.

« III. - Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« Art. L. 6132-5. - La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6. - I. - Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. - L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6-1. - Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

« Art. L. 6132-7. - Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1° A La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont modifiées ;

« 4° *bis (nouveau)* Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties à la convention du groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en oeuvre du projet médical ;

« 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° et 3° (*Supprimés*)

4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

6° L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7° Le 2° *bis* de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

8° Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;

9° À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II et III. - (*Non modifiés*)

IV. - A. - Jusqu'au 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B. - À compter du 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. - (*Non modifié*)

VI. - A. - Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé.

B. - (*Supprimé*)

VII. - (*Non modifié*)

VIII. - Le II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2° À compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en oeuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 dudit code.

IX. - (*Non modifié*)

E. Commission mixte paritaire (désaccord)

F. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 27

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *Chapitre II*

« *Groupements hospitaliers de territoire*

« *Art. L. 6132-1. – I. –* Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« *II. –* Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

« *II bis. –* Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

« *II ter A (nouveau). –* Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

« II *ter.* – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« II *quater.* – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

« III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« III *bis.* – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

« IV et V. – (*Supprimés*)

« Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire comprend :

« 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

« 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-6 ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement, les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et les présidents des conseils de surveillance de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. – (*Supprimé*)

« Art. L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° *bis* La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

« II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« II *bis* (nouveau). – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun dans les mêmes conditions les activités de biologie médicale.

« III. – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« *Art. L. 6132-5.* – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« *Art. L. 6132-6.* – I. – Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« *Art. L. 6132-6-1.* – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

« *Art. L. 6132-7.* – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1° A La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont modifiées ;

« 4° *bis* (nouveau) Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties à la convention du groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

« 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° et 3° (*Supprimés*)

4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

6° L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7° Le 2° *bis* de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

8° Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;

9° À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II et III. – (*Non modifiés*)

IV. – A. – Jusqu'au 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B. – À compter du 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. – (*Non modifié*)

VI. – A. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé.

B. – (*Supprimé*)

VII. – (*Non modifié*)

VIII. – Le II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2° À compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 dudit code.

IX. – (*Non modifié*)

b. Amendements adoptés en commission

Amendement n°AS349 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

I. – À la deuxième phrase de l’alinéa 22, supprimer les mots :

« et les présidents des conseils de surveillance ».

II. – Rédiger ainsi la première phrase de l’alinéa 40 :

« Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d’un groupement hospitalier de territoire ou, en cas d’absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1er juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l’article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. ».

III. – À l’alinéa 64, après le mot : « approuvées », insérer les mots : « avant la publication de la présente loi ».

IV. – Rédiger ainsi la première phrase de l’alinéa 65 :

« À compter du 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n’a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeur général de l’agence régionale de santé concernée. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La présence des présidents de conseil de surveillance au sein du comité stratégique ne lui semble pas opportune. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n’est pas souhaitable d’autoriser les présidents de conseil de surveillance à être partie prenantes de la gestion des GHT alors que leur mission consiste essentiellement à contrôler la gestion des établissements. Le contrôle du comité stratégique est par ailleurs confié au comité territorial des élus chargé d’évaluer les actions mises en œuvre par le groupement.

Cet amendement complète le dispositif d’examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT. Il prévoit les cas de carence d’élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au DG d’ARS.

Il consolide enfin le dispositif de transformation des CHT en GHT.

Amendement n°AS133 présenté par M. Aboud

ARTICLE 27

Après l’alinéa 61, insérer l’alinéa suivant :

« 8° *bis* À l’article L. 6161 – 8, les mots : « une communauté hospitalière » sont remplacés par les mots : « un groupement hospitalier ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est ainsi proposé d’adapter la rédaction actuelle de l’article L. 6161-8 CSP pour y substituer le terme de groupement à celui de communauté.

c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 9h30, compte rendu n°14

Article 27 : Groupements hospitaliers de territoire

La Commission étudie l’amendement AS68 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je suis inquiète de voir que l’on se préoccupe davantage du statut des établissements que du parcours du patient et de la qualité des soins dispensés ! Pour ne pas contrevenir au droit en vigueur, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne devraient pas avoir d’impact sur les autres établissements de santé du territoire qui ne sont pas membres de cette entité. C’est pourquoi mon amendement AS68 propose de compléter l’alinéa 6 de l’article 27 par les deux phrases suivantes : « L’organisation du groupement hospitalier de territoire et l’élaboration du projet médical partagé sont basées uniquement sur le champ d’activité des établissements composant le groupement. Ce dernier n’a pas vocation à coordonner l’offre de soins des établissements de santé privés qui n’y sont pas associés. » On s’intéresse ici au fond du problème – la qualité des soins – et non à la vision dogmatique du statut.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Le GHT est créé par voie conventionnelle, or une convention n’impose d’obligations qu’aux parties contractantes et n’emporte pas d’effet sur ceux qui n’y sont pas associés.

La Commission **rejette** l’amendement.

Elle en vient à l’amendement AS132 de M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Je propose d'adopter la rédaction suivante : « Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement, sur les domaines faisant l'objet de la convention ou de l'accord ». Cela permettra de valoriser les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et la coopération entre ceux-ci et les GHT. La réintégration et la reconnaissance des ESPIC jouent un rôle majeur dans le service public hospitalier.

M. Arnaud Robinet. Les GHT s'inscrivent dans la suite logique de la loi HPST, dite loi Bachelot. Ici, on ne parle que des établissements publics, mais quel est l'avis de la rapporteure sur la proposition du Sénat d'assurer la représentation des établissements privés ? Si l'on veut faire jouer la complémentarité et assurer le maillage territorial, il semblerait intéressant que les établissements privés soient également représentés dans les GHT.

M. Jean-Pierre Door. Le sujet est important. Dans le cadre de l'organisation des soins que vous appelez de vos vœux, au sein d'un système qui combine le service public hospitalier et le GHT, il faut corriger un oubli : quid des groupements de coopération sanitaire (GCS) qui permettraient de réunir, au sein du service public hospitalier, le service public comme le service privé ? Aujourd'hui, les GCS existent sur le territoire, mais que deviendront-ils demain ? Seront-ils encore présents ? Seront-ils intégrés au service public hospitalier ou aux GHT ? À cette question, nous n'avons de réponse ni de la part de la ministre, ni de la Commission, ni du Sénat.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Aboud, je vous suggère de retirer votre amendement AS132 ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. Il me semble, en effet, que votre proposition vient compliquer la lecture de l'article 27 qui prévoit déjà des conventions d'association entre CHU et GHT.

Monsieur Robinet, l'alinéa 12 de l'article 27 répond à votre interrogation : « Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle. » Cette réponse ne vous satisfait peut-être pas, mais elle existe.

Monsieur Door, le GHT se substitue aux communautés hospitalières de territoire, mais pas aux groupements d'intérêt économique (GIE), ni aux GCS. Ces deux statuts ne sont pas remis en cause ; nous souhaitons simplement inciter ces structures à coopérer.

La Commission **rejette** l'amendement.

La Commission est saisie des amendements identiques AS69 de Mme Valérie Boyer et AS272 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS69 permet de vérifier qu'en cas de création d'un GHT, toute cession d'autorisation respecte les principes suivants : l'opération répond aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; elle est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; elle satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement. Nous souhaitons faire en sorte que le système fonctionne mieux, quel que soit le statut de l'établissement.

M. Bernard Perrut. M. Lurton, M. Cinieri et moi-même sommes très attentifs au GHT que nous sommes d'ailleurs en train de mettre en place dans nos territoires respectifs. L'article 27 précise notamment la convention constitutive du GHT, élaborée puis transmise au directeur de l'ARS qui apprécie la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et qui peut demander que soient apportées des modifications. Le texte prévoit donc que les directeurs d'ARS approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Notre amendement AS272 propose de vérifier, en cas de création d'un GHT, que toute cession d'autorisation respecte certains principes rappelés à l'instant par notre collègue : répondre aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; être compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ces amendements sont déjà satisfaits en droit puisque l'approbation de la convention de GHT vaudra approbation des changements d'autorisation dans des conditions définies par le code de la santé publique. Je vous invite à vous faire confirmer cette lecture par la ministre lors de l'examen du texte en séance publique. À défaut de leur retrait, j'émettrai un avis défavorable à ces amendements.

M. Bernard Accoyer. Entre les contraintes imposées aux établissements participant au service public hospitalier et les GHT, où la place réservée au privé n'apparaît nulle part dans le texte, nous voyons que nous sommes toujours sur la même ligne. Si l'on veut ajouter des compétences tout en respectant le principe du libre choix, il est assez surprenant que l'on prive les patients et les GHT de la richesse et de la diversité des établissements.

Mais il se pose aussi un deuxième problème : la psychiatrie est particulièrement mal traitée dans cet article et l'on néglige également le danger que représente la concurrence entre établissements publics qui ne respectent pas la hiérarchie des compétences et des capacités à apporter le juste soin dans certains cas, je pense en

particulier aux urgences dans les domaines de la cardiologie interventionnelle, les hémorragies digestives ou les accidents vasculaires cérébraux.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'alinéa 9 de l'article 27 prévoit bien que les communautés psychiatriques de territoire sont associées.

M. Bernard Accoyer. Mais le privé n'est pas mentionné.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il me semble que la communauté psychiatrique, que nous avons définie, prévoit les deux.

La Commission **rejette** les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS349 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement AS349 tend à procéder à plusieurs modifications. La présence du président du conseil de surveillance au sein du comité stratégique, qui a été instaurée par le Sénat, ne me semble pas opportune. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n'est pas souhaitable d'autoriser les présidents de conseil de surveillance à être parties prenantes de la gestion des GHT. Nous les avons intégrés dans le dispositif mais leur présence aux comités stratégiques ne paraît pas opportune.

En outre, cet amendement complète le dispositif d'examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT. Il prévoit les cas de carence d'élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au directeur général de l'ARS.

Enfin, il consolide le dispositif de transformation des CHT en GHT.

M. Bernard Perrut. Je suis un peu surpris par votre position. Le président de conseil de surveillance a une implication directe à la tête de l'établissement, souvent en termes d'impulsion politique vis-à-vis de l'ARS et de la communauté hospitalière. Pourquoi vouloir le faire sortir de ce comité stratégique où il pourrait jouer son rôle d'ouverture vis-à-vis de l'extérieur, ce qui permettrait de ne pas laisser seulement les professionnels de santé dans la mise en œuvre de la convention de GHT ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Perrut, en première lecture, nous avons inscrit la présence du président dans le conseil de surveillance, ce qui correspond bien à l'esprit de ce genre d'instance. Le comité stratégique a une autre vocation et il ne me semble pas opportun d'y faire siéger le président. Nous sommes bien dans l'esprit des missions de l'une et l'autre de ces instances.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS133 de M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Dans la droite ligne des propos que vient de tenir Mme la rapporteure, nous proposons de remplacer « une communauté hospitalière » par « un groupement hospitalier ».

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis favorable !

La Commission **adopte** l'amendement.

M. Jean-Pierre Door. Avant de terminer l'article 27, je voudrais poser une question à Mme la rapporteure qui, comme moi, a dû recevoir un message de la part de la Conférence nationale des directeurs des centres hospitaliers (CNDCH). Pourquoi l'alinéa 5 de l'article 27 ne prévoit-il pas d'accorder la personnalité morale aux GHT ? La CNDCH propose qu'elle leur soit octroyée afin qu'il soit possible de construire une structure commune qui faciliterait l'application de plusieurs mesures préconisées pour les GHT et l'adhésion des élus à une démarche de mutualisation. Je n'ai pas déposé d'amendement en ce sens mais je vous pose la question ; je connais votre intérêt pour ce dossier et j'imagine que vous avez reçu le même message que moi de la part du CNDCH.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Door, lors de la première lecture, nous avons déjà discuté de ce point sur lequel je répons dans un commentaire d'article qui figure au rapport. Le Gouvernement a choisi de favoriser la coopération et le conventionnement plutôt que de donner le statut de personne morale au GHT. Ce choix a été réaffirmé par la ministre en séance, lors de la première lecture, et elle aura l'occasion de vous répondre à nouveau. J'ai reçu les mêmes personnes que vous et je connais leurs arguments ; mais le Gouvernement a fait un autre choix.

M. Denis Jacquat. La rapporteure pourrait être en désaccord avec le Gouvernement.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. En l'occurrence, ce n'est pas le cas mais je comprends que la question puisse se poser. Peut-être y reviendra-t-on dans quelques années. En attendant, les arguments du Gouvernement sont tout à fait valables.

La Commission **adopte** l'article 27 **modifié**.

d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015

Article 27

(art. L. 6131-2, L. 6131-3, L. 6132-1 à L. 6132-7, L. 6143-1, L. 6143-4, L. 6143-7 et L. 6211-21 du code de la santé publique, art. L.162-22-13 du code de la sécurité sociale, art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2000, et art. 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques)

Groupements hospitaliers de territoire

Cet article institue les groupements hospitaliers de territoire (GHT) en lieu et place des actuelles communautés hospitalières de territoire. Il a notamment fait l'objet d'une réécriture globale à l'initiative du Gouvernement lors de son examen en première lecture par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Le texte prévoit l'obligation pour un établissement public de santé d'être partie à une convention de GHT sauf dérogation tenant à la spécificité de l'établissement dans l'offre régionale.

- Le GHT, qui n'est pas doté de la personnalité morale, a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient ainsi que la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou le transfert d'activités entre établissements. Il est constitué autour d'un projet médical partagé et prend appui sur un établissement support.

- Trois types d'établissements publics font l'objet de dispositions spécifiques :

- les centres hospitaliers universitaires (CHU) auxquels s'adossent les GHT au titre des activités hospitalo-universitaires et qui coordonnent au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, les missions de recherche, les missions de gestion de la démographie médicale et les missions de référence et de recours ;

- les établissements publics autorisés en psychiatrie peuvent, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties ;

- les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

Des dispositions complémentaires sont prévues pour les établissements sociaux et médico-sociaux publics, les établissements privés ainsi que les établissements situés dans un État limitrophe. Dans le premier cas, ils peuvent être parties à un GHT, dans le second cas ils peuvent y être associés sous la forme d'un partenariat à un GHT. S'agissant des établissements situés à l'étranger, le texte prévoit la possibilité d'être associé au GHT par voie conventionnelle.

- Le texte prévoit la mise en place d'une convention constitutive, en fixe la procédure d'adoption ainsi que son contenu. Elle doit notamment comporter le projet médical partagé, les délégations d'activité à l'établissement support, éventuellement les transferts d'activités de soins ou de matériels lourds entre établissements, les modalités de constitution des équipes médicales communes éventuelles intégrées à des pôles inter-établissements, les modalités d'organisation et de fonctionnement par la création de nouvelles instances ou l'articulation d'instances existantes.

Cette convention devra préciser :

- l'établissement support qui assumera les fonctions déléguées par les autres établissements. Cet établissement devra assurer obligatoirement la mise en place et la gestion d'un système d'information hospitalier convergent, la gestion de l'information médicale du territoire, les achats, la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et des plans de développement professionnel continu (DPC) des personnels. Il pourra aussi ainsi gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques ;

- le comité stratégique qui doit se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé ;

- le rôle du comité territorial des élus chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. Cette disposition a été introduite à l'initiative de Mme Bernadette Laclais, rapporteure du texte.

- Diverses autres dispositions sont également prévues par le texte.

Elles concernent la procédure de certification des établissements parties à un GHT. Elle leur est commune mais les appréciations portées par la Haute Autorité de santé (HAS) sont publiées pour chaque établissement.

Il est également prévu que l'agence régionale de santé détermine la liste des GHT et des établissements qui les composent.

De plus, le texte dispose que le versement aux établissements des dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) est soumis à leur participation à un GHT.

Cet article prévoit en outre des modalités spécifiques de mise en œuvre des GHT pour l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Enfin, un décret en Conseil d'État précisera le projet médical partagé, les exceptions tenant à la spécificité de l'offre régionale permettant à un établissement public de ne pas participer à un GHT, les conditions d'élaboration de la convention constitutive du GHT, les conditions de participation des établissements privés, les conditions de modification des autorisations et de délégation de fonction au sein du GHT.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, un amendement dont l'objet vise :

- à garantir que le projet médical élaboré par les établissements souhaitant former une GHT précède la définition des GHT par l'ARS ;
- à prévoir que les activités de radiologie seront organisées en commun de même que les activités de biologie médicale ;
- à donner une place plus grande aux élus en faisant une place aux présidents des conseils de surveillance dans le comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé ;

Par un autre amendement, elle a prévu que la convention qui liera un établissement privé à un GHT devra prévoir la représentation de celui-ci au sein du GHT.

En séance publique, plusieurs modifications ont été apportées.

Les sénateurs sont tout d'abord revenus sur les dispositions relatives à l'introduction systématique des établissements privés de santé dans la gouvernance des GHT.

Ils ont ensuite adopté, outre un amendement rédactionnel, quatre amendements dont la teneur suit :

- un amendement visant à prévoir l'association des hôpitaux des armées à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire ;
- un amendement du Gouvernement visant à accompagner la constitution des GHT par la mise en œuvre d'une procédure claire et adaptée de candidature des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant dans les établissements parties à la convention du groupement.
- un amendement visant à prévoir la gestion des équipes médicales commune ;
- un amendement reportant de 6 mois la date de constitution du GHT afin de garantir que le projet médical partagé soit élaboré avant toute conclusion de convention constitutive de GHT.

3. La position de la commission

Sur l'ensemble des modifications apportées par le Sénat, une disposition mériterait d'être corrigée.

La présence des présidents de conseil de surveillance au sein du comité stratégique ne lui semble pas opportune. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n'est pas souhaitable d'autoriser les présidents de conseil de surveillance à être partie prenantes de la gestion des GHT alors que leur mission consiste essentiellement à contrôler la gestion des établissements. Le contrôle du comité stratégique est par ailleurs confié au comité territorial des élus chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement.

La commission a aussi complété le dispositif d'examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT en prévoyant les cas de carence d'élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au directeur général de l'ARS.

Elle a enfin consolidé le dispositif de transformation des communautés hospitalières de territoire en groupement hospitalier de territoire.

*

La commission étudie l'amendement AS68 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je suis inquiète de voir que l'on se préoccupe davantage du statut des établissements que du parcours du patient et de la qualité des soins dispensés ! Pour ne pas contrevenir au droit en vigueur, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne devraient pas avoir d'impact sur les autres établissements de

santé du territoire qui ne sont pas membres de cette entité. C'est pourquoi mon amendement AS68 propose de compléter l'alinéa 6 de l'article 27 par les deux phrases suivantes : « L'organisation du groupement hospitalier de territoire et l'élaboration du projet médical partagé sont basées uniquement sur le champ d'activité des établissements composant le groupement. Ce dernier n'a pas vocation à coordonner l'offre de soins des établissements de santé privés qui n'y sont pas associés. » On s'intéresse ici au fond du problème – la qualité des soins – et non à la vision dogmatique du statut.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Le GHT est créé par voie conventionnelle, or une convention n'impose d'obligations qu'aux parties contractantes et n'emporte pas d'effet sur ceux qui n'y sont pas associés.

La commission **rejette** l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS132 de M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Je propose d'adopter la rédaction suivante : « Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement, sur les domaines faisant l'objet de la convention ou de l'accord ». Cela permettra de valoriser les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et la coopération entre ceux-ci et les GHT. La réintégration et la reconnaissance des ESPIC jouent un rôle majeur dans le service public hospitalier.

M. Arnaud Robinet. Les GHT s'inscrivent dans la suite logique de la loi HPST, dite loi Bachelot. Ici, on ne parle que des établissements publics, mais quel est l'avis de la rapporteure sur la proposition du Sénat d'assurer la représentation des établissements privés ? Si l'on veut faire jouer la complémentarité et assurer le maillage territorial, il semblerait intéressant que les établissements privés soient également représentés dans les GHT.

M. Jean-Pierre Door. Le sujet est important. Dans le cadre de l'organisation des soins que vous appelez de vos vœux, au sein d'un système qui combine le service public hospitalier et le GHT, il faut corriger un oubli : *quid* des groupements de coopération sanitaire (GCS) qui permettraient de réunir, au sein du service public hospitalier, le service public comme le service privé ? Aujourd'hui, les GCS existent sur le territoire, mais que deviendront-ils demain ? Seront-ils encore présents ? Seront-ils intégrés au service public hospitalier ou aux GHT ? À cette question, nous n'avons de réponse ni de la part de la ministre, ni de la Commission, ni du Sénat.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Aboud, je vous suggère de retirer votre amendement AS132 ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. Il me semble, en effet, que votre proposition vient compliquer la lecture de l'article 27 qui prévoit déjà des conventions d'association entre CHU et GHT.

Monsieur Robinet, l'alinéa 12 de l'article 27 répond à votre interrogation : « Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle. » Cette réponse ne vous satisfait peut-être pas, mais elle existe.

Monsieur Door, le GHT se substitue aux communautés hospitalières de territoire, mais pas aux groupements d'intérêt économique (GIE), ni aux GCS. Ces deux statuts ne sont pas remis en cause ; nous souhaitons simplement inciter ces structures à coopérer.

La commission **rejette** l'amendement.

La commission est saisie des amendements identiques AS69 de Mme Valérie Boyer et AS272 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS69 permet de vérifier qu'en cas de création d'un GHT, toute cession d'autorisation respecte les principes suivants : l'opération répond aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; elle est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; elle satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement. Nous souhaitons faire en sorte que le système fonctionne mieux, quel que soit le statut de l'établissement.

M. Bernard Perrut. M. Lurton, M. Cinieri et moi-même sommes très attentifs au GHT que nous sommes d'ailleurs en train de mettre en place dans nos territoires respectifs. L'article 27 précise notamment la convention constitutive du GHT, élaborée puis transmise au directeur de l'ARS qui apprécie la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et qui peut demander que soient apportées des modifications. Le texte prévoit donc que les directeurs d'ARS approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Notre amendement AS272 propose de vérifier, en cas de création d'un GHT, que toute cession d'autorisation respecte certains principes rappelés à l'instant par notre collègue : répondre aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; être compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ces amendements sont déjà satisfaits en droit puisque l'approbation de la convention de GHT vaudra approbation des changements d'autorisation dans des conditions définies par le code de la santé publique. Je vous invite à vous faire confirmer cette lecture par la ministre lors de l'examen du texte en séance publique. À défaut de leur retrait, j'émettrais un avis défavorable à ces amendements.

M. Bernard Accoyer. Entre les contraintes imposées aux établissements participant au service public hospitalier et les GHT, où la place réservée au privé n'apparaît nulle part dans le texte, nous voyons que nous sommes toujours sur la même ligne. Si l'on veut ajouter des compétences tout en respectant le principe du libre choix, il est assez surprenant que l'on prive les patients et les GHT de la richesse et de la diversité des établissements.

Mais il se pose aussi un deuxième problème : la psychiatrie est particulièrement mal traitée dans cet article et l'on néglige également le danger que représente la concurrence entre établissements publics qui ne respectent pas la hiérarchie des compétences et des capacités à apporter le juste soin dans certains cas, je pense en particulier aux urgences dans les domaines de la cardiologie interventionnelle, les hémorragies digestives ou les accidents vasculaires cérébraux.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'alinéa 9 de l'article 27 prévoit bien que les communautés psychiatriques de territoire sont associées.

M. Bernard Accoyer. Mais le privé n'est pas mentionné.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il me semble que la communauté psychiatrique, que nous avons définie, prévoit les deux.

La commission rejette les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS349 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement AS349 tend à procéder à plusieurs modifications. La présence du président du conseil de surveillance au sein du comité stratégique, qui a été instaurée par le Sénat, ne me semble pas opportune. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n'est pas souhaitable d'autoriser les présidents de conseil de surveillance à être parties prenantes de la gestion des GHT. Nous les avons intégrés dans le dispositif mais leur présence aux comités stratégiques ne paraît pas opportune.

En outre, cet amendement complète le dispositif d'examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT. Il prévoit les cas de carence d'élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au directeur général de l'ARS.

Enfin, il consolide le dispositif de transformation des CHT en GHT.

M. Bernard Perrut. Je suis un peu surpris par votre position. Le président de conseil de surveillance a une implication directe à la tête de l'établissement, souvent en termes d'impulsion politique vis-à-vis de l'ARS et de la communauté hospitalière. Pourquoi vouloir le faire sortir de ce comité stratégique où il pourrait jouer son rôle d'ouverture vis-à-vis de l'extérieur, ce qui permettrait de ne pas laisser seulement les professionnels de santé dans la mise en œuvre de la convention de GHT ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Perrut, en première lecture, nous avons inscrit la présence du président dans le conseil de surveillance, ce qui correspond bien à l'esprit de ce genre d'instance. Le comité stratégique a une autre vocation et il ne me semble pas opportun d'y faire siéger le président. Nous sommes bien dans l'esprit des missions de l'une et l'autre de ces instances.

La commission **adopte** l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS133 de M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Dans la droite ligne des propos que vient de tenir Mme la rapporteure, nous proposons de remplacer « une communauté hospitalière » par « un groupement hospitalier ».

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis favorable !

La commission **adopte** l'amendement.

M. Jean-Pierre Door. Avant de terminer l'article 27, je voudrais poser une question à Mme la rapporteure qui, comme moi, a dû recevoir un message de la part de la Conférence nationale des directeurs des centres hospitaliers (CNDCH). Pourquoi l'alinéa 5 de l'article 27 ne prévoit-il pas d'accorder la personnalité morale aux GHT ? La CNDCH propose qu'elle leur soit octroyée afin qu'il soit possible de construire une structure commune qui faciliterait l'application de plusieurs mesures préconisées pour les GHT et l'adhésion des élus à une démarche de mutualisation. Je n'ai pas déposé d'amendement en ce sens mais je vous pose la question ; je connais votre intérêt pour ce dossier et j'imagine que vous avez reçu le même message que moi de la part du CNDCH.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Door, lors de la première lecture, nous avons déjà discuté de ce point sur lequel je réponds dans un commentaire d'article qui figure au rapport. Le Gouvernement a choisi de favoriser la coopération et le conventionnement plutôt que de donner le statut de personne morale au GHT. Ce choix a été réaffirmé par la ministre en séance, lors de la première lecture, et elle aura l'occasion de vous répondre à nouveau. J'ai reçu les mêmes personnes que vous et je connais leurs arguments ; mais le Gouvernement a fait un autre choix.

M. Denis Jacquat. La rapporteure pourrait être en désaccord avec le Gouvernement.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. En l'occurrence, ce n'est pas le cas mais je comprends que la question puisse se poser. Peut-être y reviendra-t-on dans quelques années. En attendant, les arguments du Gouvernement sont tout à fait valables.

La commission adopte l'article 27 modifié.

e. Amendements adoptés en séance publique

Amendement n°357 présenté par Mme Laclais

À la première phrase de l'alinéa 5, substituer au mot :

« régionale »

le mot :

« territoriale ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°494 présenté par M ; Robilliard, Mme Linkenheld, Mme Carrey-Conte et M. Sebaoun

ARTICLE 27

À la première phrase de l'alinéa 5, substituer au mot :

« régionale »

le mot :

« territoriale ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La spécificité dans l'offre de soins s'apprécie au niveau du territoire de santé et non celui de la région.

Amendement n°367 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

À l'alinéa 15, substituer au mot :

« comprend »

le mot :

« définit »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°364 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

À la première phrase de l'alinéa 24, après le mot :

« élus »

insérer le mot :

« locaux ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°365 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

À l'alinéa 31, substituer à la seconde occurrence du mot :

« du »

les mots :

« parties au ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°366 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

À la deuxième phrase de l'alinéa 40, après le mot :

« élus »

insérer le mot :

« locaux ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°363 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

I. – À l'alinéa 48, après la seconde occurrence du mot :

« les »,

insérer les mots :

« modifications aux ».

II. – En conséquence, à la fin du même alinéa, substituer au mot :

« modifiées »

le mot :

« approuvées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°362 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

À la première phrase de l'alinéa 66, substituer aux mots :

« de l'agence régionale de santé concernée »

les mots :

« des agences régionales de santé concernées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°361 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

À la seconde phrase de l'alinéa 66, après le mot :

« publique, »,

insérer les mots :

« dans sa rédaction résultant de la présente loi ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°360 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

À la première phrase de l'alinéa 67, substituer à la date :

« 1^{er} janvier 2016 »

la date :

« 1^{er} juillet 2016 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°359 présenté par Mme Laclais

ARTICLE 27

Compléter la seconde phrase de l'alinéa 68 par les mots :

« prévu au 1^o du II de l'article L. 6132-2 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

f. Discussion en séance publique

Deuxième séance du mardi 24 novembre 2015

Mme Laclais : (...)

À l'article 27, la commission a souhaité préciser encore le rôle des acteurs en supprimant une disposition peu opportune introduite par le Sénat. Il s'agissait de revenir sur la présence des présidents de conseil de surveillance au sein du comité stratégique des groupements hospitaliers de territoire – GHT. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n'est pas souhaitable d'autoriser les présidents de conseil de surveillance à être partie prenante de la gestion des GHT, alors que leur mission consiste essentiellement à contrôler la gestion des établissements. Le contrôle du comité stratégique est par ailleurs confié au comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement.

Enfin, la commission a adopté conforme l'article 27 *septies* du Sénat, relatif à la généralisation de l'expérimentation des plateaux d'imagerie médicale. À l'issue d'échanges avec le Gouvernement, il m'a semblé plus approprié de faire évoluer le dispositif. En effet, le cadre expérimental défini par la loi Fourcade n'a pas permis l'émergence des projets. Le dispositif n'a donc jamais pu trouver une application, faute d'accord entre les acteurs. Je vous propose de franchir une nouvelle étape dans la mise en place de ces plateaux mutualisés en confirmant la rédaction adoptée par le Sénat, moyennant quelques ajustements. À mon initiative, la commission a adopté un amendement tendant à préciser la contribution à la permanence des soins et l'articulation avec la mutualisation des plateaux d'imagerie dans le cadre des GHT.

En conclusion, la commission a souhaité réaffirmer les principes énoncés en première lecture, tout en tenant compte des enrichissements apportés dans le cadre des travaux parlementaires. Des ajustements me semblent toutefois utiles. Nous aurons l'occasion d'y revenir lors de l'examen des amendements que j'ai déposés à cet effet. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, républicain et citoyen.*)

(...)

Deuxième séance du vendredi 27 novembre 2015

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article.

La parole est à M. Guy-Michel Chauveau.

M. Guy-Michel Chauveau. Je voudrais d'abord saluer l'initiative de notre collègue Bernadette Laclais qui souhaite renforcer le rôle des élus dans les groupements hospitaliers de territoire – les GHT – en proposant, par exemple, de créer un comité territorial des élus chargé d'évaluer les actions mis en œuvre par ces groupement pour garantir l'égalité d'accès, sécurisé et de qualité, aux soins sur l'ensemble du territoire. Je pense qu'un tel choix est nécessaire, mais pas suffisant. J'espère que les élus seront non seulement écoutés mais entendus lors de la création des futurs GHT et de la définition de leur périmètre.

En effet, on s'aperçoit que la loi « hôpital, patients, santé et territoires » – HPST – a encore réduit le faible rôle que pouvait avoir les élus au sein des conseils d'administration. Quant à leur rôle dans les conseils de surveillance, n'en parlons pas... Durant la même période, madame la ministre, dans bien des territoires, ce sont les élus eux-mêmes qui ont impulsé les maisons de santé, avec l'aide bien sûr des ARS, les agences régionales de santé, et de l'État, et ces maisons ont été en grande partie financées par les collectivités territoriales – alors qu'elles ne relevaient pas, initialement, de leur champ de compétences. Et puis vous savez que comme lors de la mise en œuvre de votre loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ce seront souvent les élus qui joueront le rôle d'animateurs dans le volet prévention de cette future loi.

Par ailleurs, au nom de l'efficacité et pour des raisons administratives, je pense que les GHT risquent de se recroqueviller, notamment plutôt sur les départements. Or, à l'heure où nous développons les nouvelles régions et leurs centres hospitaliers universitaires, et même si l'article prévoit une association avec les GHT, il me semble que les CHU doivent avoir un plus grand rôle et être affichés comme chefs de file de ces territoires car ce sont autour d'eux, on le sait bien, que s'arriment les réseaux de recherche, de démographie médicale, de formation initiale, etc.

Mme la présidente. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Nous abordons la création des groupements hospitaliers de territoire. En commission, on m'a dit que cette intervention devrait être réitérée en séance publique parce que la ministre pourra me répondre – j'espère cette fois obtenir l'information.

Les hôpitaux d'instruction des armées se restructurent car ils s'inscrivent dans l'offre de soins du territoire. Il y a actuellement des accords-cadre entre ces hôpitaux et les autres hôpitaux publics. Cette restructuration s'effectue en collaboration entre ces derniers, la direction centrale des armées et les ARS. Les personnels civils sont extrêmement inquiets à cet égard. Que leur répondez-vous, madame la ministre ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Je tiens d'abord à rassurer M. Jacquat : les hôpitaux des armées sont inclus dans le dispositif et ne seront donc pas marginalisés par rapport à cette grande évolution que représentent les GHT. Cela aurait été effectivement un facteur d'affaiblissement pour ces hôpitaux. Ils seront bien parties prenantes de la démarche, c'est spécifié dans l'alinéa 8.

Monsieur Chauveau, vous avez mille fois raison lorsque vous dites qu'il ne faut pas que les GHT « se recroquevillent », selon vos propres termes, sur les départements. Si dans deux ans, on se retrouve avec cent GHT en France, on n'aura pas atteint l'objectif recherché.

M. Guy-Michel Chauveau. Je suis d'accord.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il faut une dynamique de territoire, c'est-à-dire avec une ouverture sur les territoires. À cet égard, le rôle des CHU sera majeur. Il y aura des chefs de file et il faudra évidemment parvenir à agréger des réseaux. Dans certains endroits, les logiques territoriales sont beaucoup plus ramassées parce que c'est la raison d'être de ces territoires ; dans d'autres, il sera nécessaire que les hôpitaux s'ouvrent. L'importance de cet article qui crée les GHT n'est pas perçue par l'opinion publique, mais ce sera un des articles majeurs de la loi. Par conséquent, quand on dit que l'hôpital est immobile ; c'est faux. La grande adaptation de l'hôpital pour demain, c'est le GHT. Il s'est jusque-là pensé à l'intérieur de lui-même, et il doit désormais se penser comme un acteur du territoire, ouvert sur son environnement.

Je vous confirme évidemment que les élus seront non seulement des interlocuteurs mais, eux aussi, des acteurs de cette dynamique. Leur rôle est d'ailleurs spécifiquement prévu dans cet article, avec la mise en place d'un comité des élus, ce qui va au-delà de leur rôle dans le conseil de surveillance. Ils seront les acteurs promoteurs de la santé dans les territoires.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 357 et 494.

La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n^o 357.

Mme Bernadette Laclais, *rapporteure de la commission des affaires sociales.* Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n^o 494.

M. Gérard Sebaoun, *rapporteur de la commission des affaires sociales.* Il est défendu, madame la présidente. *(Les amendements identiques n^{os} 357 et 494, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 110.

M. Gilles Lurton. L'amendement vise, à la troisième phrase de l'alinéa 6, à supprimer les mots : « une offre de proximité ainsi que » car cette disposition prévoit que dans chaque groupement hospitalier, les établissements parties prenantes élaborent un projet médical partagé. Le texte mentionne que ce projet doit garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. Or, l'offre de proximité doit pouvoir être garantie par les médecins libéraux, sauf carence, et ne doit pas être l'apanage de l'hôpital qui doit rester seulement un recours.

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteure.* Avis défavorable parce que la commission considère que la mise en place des GHT se fera dans le souci d'avoir une offre de soins graduée qui soit aussi de proximité. Il n'y a pas opposition avec l'offre de proximité que constituent les professionnels libéraux, invités à former les communautés professionnelles territoriales de santé.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

(L'amendement n^o 110 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n^{os} 137, 210 et 526.

La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n^o 137.

M. Denis Jacquat. Pour ne pas contrevenir au droit en vigueur, il est proposé que les groupements hospitaliers de territoire ne puissent pas avoir d'impact sur les autres établissements de santé du territoire qui ne sont pas membres de cette entité.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 210.

M. Dominique Tian. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 526.

M. Gilles Lurton. Il est défendu, madame la présidente.

(Les amendements identiques n^{os} 137, 210 et 526, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 83 et 211.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 83.

M. Gilles Lurton. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir amendement n^o 211.

M. Dominique Tian. Nous proposons de rédiger ainsi la troisième phrase de l'alinéa 14 : « Ils vérifient le cas échéant que les cessions des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et les modifications apportées à l'exercice des activités de soins, prévues par la convention constitutive, respectent les conditions de l'article L. 6122-2. ». Cela permettra de vérifier qu'en cas de création d'un groupement hospitalier de territoire, toute cessation ultérieure d'autorisation respectera les principes énoncés dans l'exposé sommaire dudit amendement.

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

Mme Bernadette Laclais, *rapporteure.* C'est un avis défavorable, messieurs les députés, tout simplement parce qu'ils sont déjà satisfaits.

M. Denis Jacquat. Quelle chance ils ont ! *(Sourires.)*

Mme Bernadette Laclais, *rapporteure.* Toute modification des autorisations répondra en effet aux critères définis par l'article L. 6222 du code de la santé publique.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 83 et 211 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n^{os} 367, 364, 365, 366, 363, 362, 361, 360 et 359, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour les soutenir.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit d'amendements rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 367, 364, 365, 366, 363, 362, 361, 360 et 359, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 27, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale

Article 27

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *Chapitre II*

« *Groupements hospitaliers de territoire*

« *Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.*

« *II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.*

« *II bis. – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.*

« *II ter A. – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.*

« *II ter. – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.*

« *II quater. – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.*

« *III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.*

« *III bis. – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.*

« *IV et V. – (Supprimés)*

« *Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécie la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour*

assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

« 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-6 ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. – (*Supprimé*)

« Art. L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° bis La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« II bis. – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

« III. – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« Art. L. 6132-5. – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6. – I. – Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1^{er} juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6-1. – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

« Art. L. 6132-7. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1° A La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;

« 4° bis Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

« 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° et 3° (*Supprimés*)

4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

6° L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7° Le 2° bis de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement

hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

8° Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;

8° *bis (nouveau)* À la première phrase de l'article L. 6161-8, les mots : « une communauté hospitalière » sont remplacés par les mots : « un groupement hospitalier » ;

9° À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II et III. – (*Non modifiés*)

IV. – A. – Jusqu'au 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées avant la publication de la présente loi restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B. – À compter du 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI. – A. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé prévu au 1° du II de l'article L. 6132-2 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

B. – (*Supprimé*)

VII à IX. – (*Non modifiés*)

2. Sénat

a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Groupements hospitaliers de territoire*

« *Art. L. 6132-1. - I. -* Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« *II. -* Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

« *II bis. -* Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

« II *ter A.* - Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

« II *ter.* - Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« II *quater.* - Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.

« III. - Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« III *bis.* - Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

« IV et V. - (*Supprimés*)

« Art. L. 6132-2. - I. - La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« II. - La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

« 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-6 ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en oeuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en oeuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. - (*Supprimé*)

« Art. L. 6132-4. - I. - L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en oeuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° bis La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« II. - L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« II bis. - Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

« III. - Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« Art. L. 6132-5. - La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6. - I. - Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1^{er} juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. - L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6-1. - Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.

« Art. L. 6132-7. - Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1° A La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;

« 4° *bis* Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en oeuvre du projet médical ;

« 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° et 3° (*Supprimés*)

4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

6° L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7° Le 2° *bis* de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

8° Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;

8° *bis* (*nouveau*) À la première phrase de l'article L. 6161-8, les mots : « une communauté hospitalière » sont remplacés par les mots : « un groupement hospitalier » ;

9° À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II et III. - (*Non modifiés*)

IV. - A. - Jusqu'au 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées avant la publication de la présente loi restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B. - À compter du 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. - La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI. - A. - Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé prévu au 1° du II de l'article L. 6132-2 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

B. - (*Supprimé*)

VII à IX. - (*Non modifiés*)

b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015

Article 27 - (art. L. 6131-2, L. 6131-3, L. 6132-1 à L. 6132-7, L. 6143-1, - L. 6143-4, L. 6143-7, L. 6161-8 et L. 6211-21 du code de la santé publique, - art. L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, art. 40 de la loi n° 2000-1257 - du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2000, - et art. 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes - consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques) - Groupements hospitaliers de territoire

Objet : Cet article propose de substituer aux communautés hospitalières de territoire des groupements hospitaliers de territoire (GHT) chargés d'assurer la coordination entre les établissements publics de santé d'un même territoire.

I - La position du Sénat en première lecture

Considérant l'important travail de réécriture de cet article, votre commission a souligné, en première lecture, qu'elle y est favorable.

Elle avait adopté, sur proposition de ses rapporteurs, un amendement qui :

- garantit que le projet médical élaboré par les établissements souhaitant former un GHT précède la définition des GHT par l'ARS ;
- prévoit que les activités de radiologie seront organisées en commun, de même que les activités de biologie médicale ;
- donne une place plus grande aux élus en incluant les présidents des conseils de surveillance dans le comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en oeuvre de la convention et du projet médical partagé.

A l'initiative de notre collègue Daniel Chasseing, elle prévoit que la convention qui liera un établissement privé à un GHT devra prévoir la représentation de celui-ci au sein du GHT.

En séance publique le Sénat a adopté, outre un amendement rédactionnel, cinq amendements dont la teneur suit :

- un amendement, déposé par Mme Génisson et plusieurs de ses collègues, tendant à supprimer la représentation des établissements liés à un GHT au sein de celui-ci ;
- un amendement, déposé par Mme Génisson et plusieurs de ses collègues, visant à prévoir l'association des hôpitaux des armées à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire ;
- un amendement du Gouvernement visant à accompagner la constitution des GHT par la mise en oeuvre d'une procédure claire et adaptée de candidature des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant dans les établissements parties à la convention du groupement.
- un amendement des rapporteurs visant à prévoir la gestion des équipes médicales communes ;
- un amendement, déposé par Mme Génisson et plusieurs de ses collègues, reportant de six mois la date de constitution du GHT afin de garantir que le projet médical partagé soit élaboré avant toute conclusion de convention constitutive de GHT.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

A l'initiative de sa rapporteure, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à :

- supprimer la présence des présidents de conseil de surveillance au sein du comité stratégique, qui ne lui semble pas opportune ;
- compléter le dispositif d'examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT en prévoyant les cas de carence d'élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au directeur général de l'ARS ;
- consolider le dispositif de transformation des communautés hospitalières de territoire en groupements hospitaliers de territoire.

A l'initiative de M. Aboud, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a également adopté un amendement de coordination.

En séance publique l'Assemblée nationale a adopté dix amendements rédactionnels, présentés par la rapporteure, et un amendement rédactionnel, déposé par M. Robillard et plusieurs de ses collègues.

Votre commission regrette la suppression de la participation des présidents de conseils de surveillance au comité stratégique du GHT. Celle-ci était, en effet, de nature à créer un lien nécessaire entre les élus locaux et les GHT et à accompagner les restructurations qu'ils impliqueront.

c. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015

Néant

Décision n° 2015 - 727 DC
**Loi de modernisation de notre système de
santé**

Article 109 de la loi Santé (ex art. 27 ter)

*Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres
régionales aux établissements de santé privés*

**Loi de modernisation de notre système de
santé**

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|---|----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| I. Consolidation | 4 |
| II. Travaux parlementaires | 6 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| I. Consolidation | 4 |
| A. Code des juridictions financières..... | 4 |
| - Article L. 111-8-3 | 4 |
| - Article L. 211-10 | 5 |
| B. Code de la santé publique..... | 5 |
| - Article L. 6161-3 | 5 |
| II. Travaux parlementaires | 6 |
| A. Première lecture | 6 |
| 1. Assemblée nationale | 6 |
| a. Amendement adopté déposé en séance publique | 6 |
| - Amendement n° 2186 présenté par Mme Delaunay le 27 mars 2015 | 6 |
| b. Compte rendu des débats – 3 ^{ème} séance du jeudi 9 avril 2015 | 7 |
| c. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 14 avril 2015 | 8 |
| 2. Sénat..... | 8 |
| a. Projet de loi n° 406 adopté par l'Assemblée nationale déposé le 15 avril 2015..... | 8 |
| b. Amendement adopté déposé en commission | 9 |
| - Amendement n° COM-309 présenté le 18 juillet 2015..... | 9 |
| c. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales | 9 |
| d. Compte rendu des débats – séance du 18 septembre 2015 | 11 |
| e. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 12 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord) | 13 |
| C. Nouvelle lecture | 13 |
| 1. Assemblée nationale..... | 13 |
| a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015..... | 13 |
| b. Rapport n° 3215 déposé le 10 novembre 2015 | 13 |
| c. Compte rendu des débats – 2 ^{ème} séance du vendredi 27 novembre 2015 | 15 |

I. Texte adopté

Article 27 ter

I. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-8-3.* – Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes par l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 111-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

b) Aux deux dernières phrases, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, la référence : « L. 6141-2 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 132-3-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les rapports de certification des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique sont transmis sans délai à la Cour des comptes. » ;

5° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 211-10.* – Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes par l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. »

II. – L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières. »

I. Consolidation

A. Code des juridictions financières

Partie législative

Livre Ier : La Cour des comptes

Titre Ier : Missions et organisation

- Article L. 111-8-3

Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes par l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code.

Art. L. 111-9 - La Cour des comptes exerce de plein droit toutes les compétences énumérées par les dispositions du présent livre.

Le jugement des comptes et l'examen de la gestion de tout ou partie des ~~établissements publics nationaux~~ **organismes** relevant d'une même catégorie peuvent être délégués aux chambres régionales des comptes par arrêté du premier président de la Cour des comptes pris après avis du procureur général près la Cour des comptes et des présidents des chambres régionales des comptes concernées. Un décret en Conseil d'Etat définit les catégories d'~~établissements publics~~ **organismes** et la durée de la délégation. Il fixe, le cas échéant, le montant des recettes ordinaires en deçà duquel le jugement des comptes et l'examen de la gestion des ~~établissements publics~~ **organismes** relevant d'une même catégorie peuvent être délégués.

Dans les conditions définies au deuxième alinéa, le jugement des comptes et l'examen de la gestion de tout ou partie des établissements publics nationaux relevant d'une même catégorie et ayant leur siège en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin ou à Saint-Pierre-et-Miquelon peuvent être délégués aux chambres territoriales des comptes de Polynésie française, de Nouvelle-Calédonie, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin ou de Saint-Pierre-et-Miquelon par arrêté du premier président de la Cour des comptes pris après avis du procureur général près la Cour des comptes et du président de la chambre territoriale des comptes.

Titre III : Compétences et attributions

Chapitre II : Relations avec le Parlement et avec le Gouvernement

Art. L. 132-3-2 - Dans le cadre de sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes, sans préjudice des dispositions des articles L. 211-1 et L. 211-8, est habilitée à recueillir, en liaison avec les chambres régionales des comptes, des informations auprès des établissements mentionnés à l'article ~~L. 6141-2~~ **L. 6111-1** du code de la santé publique. **Les rapports de certification des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique sont transmis sans délai à la Cour des comptes.**

Elle établit, en liaison avec les chambres régionales des comptes, un programme trisannuel des travaux à mener notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé. Elle en rend compte dans le rapport mentionné à l'article LO 132-3.

Livre II : Les chambres régionales et territoriales des comptes

Première partie : Les chambres régionales des comptes

Titre Ier : Missions et organisation

- **Article L. 211-10**

Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes par l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code.

B. Code de la santé publique

Partie législative

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre VI : Etablissements de santé privés

Chapitre Ier : Dispositions générales

- **Article L. 6161-3**

Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire. Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière.

Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières.

II. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Amendement adopté déposé en séance publique

- Amendement n° 2186 présenté par Mme Delaunay le 27 mars 2015

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 27 BIS, insérer l'article suivant:

I. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-8-3.* – Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes à l'article L. 211-10, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et de la famille et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du code des juridictions financières. » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 111-9, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

3° Aux deuxième et troisième phrases du même alinéa, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

4° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, les mots : « mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots « de santé, quel que soit leur statut public ou privé » ;

5° À la première phrase de l'article L. 132-6, après la première occurrence du mot : « comptes », sont insérés les mots : « des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique et » ;

6° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 211-10.* – Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes à l'article L. 111-8-3, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes, ou par l'un des organismes mentionnées à l'article L. 134-1 du code des juridictions financières. »

II. – L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rapports de certification sont transmis à la Cour des Comptes en application de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales aux établissements de santé privés

I. Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés, qu'ils soient ou non à but lucratif, représentent une part très significative de l'offre de soins et d'hébergement et reçoivent à ce titre d'importants financements de l'État, des collectivités territoriales et notamment des départements, ainsi que de l'assurance maladie. Ces versements, qui dépassent chaque année plus de 47 milliards d'euros (périmètre ONDAM), justifieraient un contrôle afin de s'assurer de l'efficacité de la dépense publique et de la régularité de la gestion des bénéficiaires. Or les textes comme la jurisprudence du Conseil d'État ne permettent pas, à ce jour, de regarder les tarifications, prix de journée et dotations globales comme des « concours financiers » fondant, au sens de l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, la compétence de la Cour des comptes. Si l'article L. 132-3-2 dudit code prévoit que la Cour procède à une « évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé », le bon exercice de cette mission est en pratique subordonné à la coopération des organismes privés, qui se soustraient parfois à leurs obligations, d'autant que celles-ci sont dépourvues de sanction (Réf Cour des comptes Sécurité sociale 2014, septembre 2014, p. 459).

Dans la mesure où certains de ces organismes peuvent à la fois relever du contrôle de la Cour et d'une chambre régionale ou territoriale, il importe par ailleurs de préciser que la compétence d'une juridiction peut s'exercer sans préjudice de celle d'une autre.

Le contrôle des établissements publics de santé, déjà de la compétence de la Cour des comptes, est actuellement délégué aux chambres régionales des comptes dans le cadre d'un arrêté du Premier président pris en application de l'article L111-9 du CJF. Cette délégation est nécessaire pour assurer un contrôle au plus près des acteurs et avec la meilleure connaissance du contexte local, qu'il soit administratif, médical ou social. En ce qui concerne les établissements de santé privés, qui sont financés par l'assurance maladie et relèveraient donc de la compétence de la Cour, la rédaction actuelle de l'article L. 111-9 ne permettrait pas au Premier président d'en confier le contrôle de la gestion aux chambres régionales. En effet, cet article restreint la possibilité de délégation aux établissements publics nationaux. Dès lors, et pour assurer la bonne application du nouvel article L. 111-8-3, il est proposé d'étendre cette faculté aux organismes relevant de la compétence de la Cour et non pas seulement aux établissements publics.

II. Dans le cadre de cette nouvelle mission de contrôle, la Cour des comptes est habilitée à recueillir des informations auprès des établissements de santé privés et de leurs organismes gestionnaires.

Par conséquent le code des juridictions financières est modifié.

III. Le présent amendement prévoit également la transmission par les établissements de santé privés et de leurs organismes gestionnaires de leurs rapports de certification à la Cour des comptes. Cette disposition a pour objectif d'homogénéiser les obligations de transmission des comptes entre établissements de santé qui sont financés majoritairement par crédits d'assurance maladie.

Par conséquent le code des juridictions financières et le code de la santé publique sont modifiés.

b. Compte rendu des débats – 3^{ème} séance du jeudi 9 avril 2015

Après l'article 27 bis

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour soutenir l'amendement n° 2186, portant article additionnel après l'article 27 bis.

Mme Michèle Delaunay. Cet amendement vise à proposer un principe clair : à argent public, contrôle public.

Nous proposons que les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire ou médico-social, qui représentent une part très significative de l'offre de soins et d'hébergement et qui reçoivent à ce titre d'importants financements de l'État, des collectivités territoriales, notamment des départements, ainsi que de l'assurance maladie, puissent relever du contrôle de la Cour des comptes.

Le fait qu'elles perçoivent des versements dont le montant dépasse chaque année les 47 milliards d'euros justifie une telle modification, qui a pour but de garantir l'efficacité de la dépense publique et la régularité de la gestion de ses bénéficiaires. Or, les textes comme la jurisprudence du Conseil d'État ne permettent pas, à ce jour, de considérer les tarifications, prix de journée et dotations globales comme des « concours financiers » fondant la compétence de la Cour des comptes.

Dans la mesure où le contrôle de certains de ces organismes peut à la fois relever de la Cour et d'une chambre régionale ou territoriale, il importe par ailleurs de préciser que la compétence d'une juridiction peut s'exercer sans préjudice de celle d'une autre.

Le contrôle des établissements publics de santé est actuellement délégué aux chambres régionales des comptes. Cette délégation est nécessaire pour assurer un contrôle au plus près des acteurs et avec la meilleure connaissance du contexte local. L'article L. 111-9 du code des juridictions financières restreint pourtant la possibilité de délégation aux établissements publics nationaux. Dès lors, il importait, pour assurer la publication d'un nouvel article, d'étendre cette faculté aux organismes relevant de la compétence de la Cour et non pas seulement aux établissements publics.

Le présent amendement a une justification savante que j'ai essayé de synthétiser devant vous mais dont le principe fondateur est simple : à argent public, contrôle public et contrôle équivalent. Nous connaissons, en effet, tant de rapports de la Cour des comptes où l'on compare l'effectivité de deux hôpitaux et non pas l'effectivité de tous les acteurs identiques ou équivalents du système de santé.

Tel est l'objet de cet amendement, qui réunit un nombre important de signataires et a reçu de nombreux avis positifs.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit en effet d'un amendement important, madame la députée. Les dispositions en vigueur ne permettent pas à la Cour ces comptes d'exercer un contrôle des versements effectués dans le périmètre de l'ONDAM, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, au bénéfice des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés. L'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières ne permet qu'une évaluation comparative des coûts et des modes de gestion. Il convient donc

d'étendre par la loi les missions de contrôle de la Cour et des chambres régionales des comptes. Avis favorable.

(L'amendement n° 2186, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

c. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 14 avril 2015

Article 27 *ter* (nouveau)

I. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-8-3.* – Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes à l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 111-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

b) Aux dernières phrases, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, les mots : « mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « de santé, quel que soit leur statut public ou privé » ;

4° À la première phrase de l'article L. 132-6, après la première occurrence du mot : « comptes », sont insérés les mots : « des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique et » ;

5° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :
« *Art. L. 211-10.* – Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes à l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. »

II. – L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières. »

2. Sénat

a. Projet de loi n° 406 adopté par l'Assemblée nationale déposé le 15 avril 2015

Article 27 *ter* (nouveau)

I. - Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-8-3.* - Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes à l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 111-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

b) Aux dernières phrases, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, les mots : « mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « de santé, quel que soit leur statut public ou privé » ;

4° À la première phrase de l'article L. 132-6, après la première occurrence du mot : « comptes », sont insérés les mots : « des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique et » ;

5° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :
« Art. L. 211-10. - Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes à l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. »

II. - L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières. »

b. Amendement adopté déposé en commission

- Amendement n° COM-309 présenté le 18 juillet 2015

ARTICLE 27 TER (NOUVEAU)

I. Alinéa 7

Rédiger comme suit cet alinéa :

3° A la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, la référence « L. 6141-2 » est remplacée par la référence « L. 6111-1 ».

II. Alinéa 8

Rédiger comme suit cet alinéa :

4° Le premier alinéa de l'article L. 132-3-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les rapports de certification des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique sont transmis sans délai à la Cour des comptes ».

Alinéa 12

Remplacer la référence :

L. 132-6

Par la référence :

L. 132-3-2

Objet

Rédactionnel

c. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales

Article 27 ter

(art. L. 111-8-3 [nouveau], L. 111-9, L. 132-3-2, L. 132-6 et L. 211-10 [nouveau] du code des juridictions financières, art. L. 6161-3 du code de la santé publique)

Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes aux établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux privés

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, complète les missions de la Cour des comptes en prévoyant qu'elle peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social.

I - Le dispositif proposé

Les financements apportés par l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale aux personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social sous la forme d'une dotation globale, d'un prix de journée ou de la tarification à l'activité ont bien le caractère de fonds publics. Ils perdent en revanche cette nature lorsqu'ils sont maniés par lesdites personnes morales.

C'est pourquoi la Cour des comptes ne peut exercer un contrôle comparable à celui qu'elle opère, par exemple, sur les établissements publics de santé.

Il s'agit de volumes financiers très importants. La part des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier allouée aux établissements privés s'élevait à 11,3 milliards d'euros en 2014. Ce montant ne reflète pas la totalité des dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements privés : il conviendrait d'y ajouter le secteur médico-social et les dépenses d'honoraires des professionnels libéraux comptabilisés dans les soins de ville.

Dans le cadre de la mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières prévoit que la Cour « **établit, en liaison avec les chambres régionales des comptes, un programme trisannuel des travaux à mener notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé** ». La mise en oeuvre de cet article suppose toutefois, en l'état actuel des textes, que les établissements privés acceptent d'entrer dans cette démarche.

Dans cette même approche comparative, la Cour notait, dans le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'intérêt d'une approche globale des professionnels de santé, tout en regrettant : « **le refus des établissements sollicités par la Cour de répondre à ses demandes ne lui a pas permis pour sa part d'esquisser une telle démarche. Les dépenses de personnel des cliniques sont de fait considérées par elle comme un enjeu purement interne aux établissements** ».

Issu d'un amendement présenté lors de l'examen du texte en séance publique par notre collègue députée Michèle Delaunay, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, cet article complète les missions de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes (CRC) pour y ajouter la possibilité d'exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire et social ou médico-social.

L'article étend en conséquence les possibilités de délégation de la Cour aux CRC qui ne concernent actuellement que les seuls établissements publics.

Il complète les prérogatives de la Cour dans sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Il prévoit enfin que les rapports de certification des comptes des organismes privés sont transmis à la Cour des comptes.

L'extension des missions de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes

Le 1^o de l'article complète le chapitre I^{er} du livre I^{er} du code des juridictions financières par un article L. 111-8-3 nouveau qui ouvre la possibilité, pour la Cour des comptes, d'exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social.

Cette nouvelle mission est une possibilité et non une obligation mais il s'agit d'une mission à part entière, qui ne se déduit pas de la mission de contrôle des organismes de sécurité sociale.

Les personnes morales objet du contrôle sont définies par une double condition, leur nature et leur mode de financement.

Le contrôle est ainsi susceptible de porter sur les organismes suivants :

sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit d'un article générique, qui couvre l'ensemble des établissements^{64(*)} quel que soit leur mode de financement (État, département ou assurance maladie) et leur mode de tarification (dotation globale ou prix de journée) ;

sur les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, qui y sont définis par leurs missions : « **le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes** ».

Le contrôle de la Cour sur ces structures est rendu possible lorsqu'elles sont financées par l'État, ses établissements publics ou les régimes obligatoires de sécurité sociale désignés comme « **l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du code des juridictions financières** », c'est-à-dire des organismes eux-mêmes soumis au contrôle de la Cour en ce qu'ils « **assurent en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance couvrant la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles** » ou de prestations familiales.

Le 5^o de l'article étend de la même manière le contrôle des chambres régionales des comptes en créant un article L. 211-10 nouveau. Il s'applique aux mêmes organismes avec une compétence des CRC pour les personnes morales financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la CRC. Les CRC sont en revanche compétentes,

comme la Cour des comptes, pour les personnes morales financées par un régime de sécurité sociale et exerceront donc une compétence concurrente qu'il conviendra d'organiser.

Une possibilité de délégation aux chambres régionales des comptes

L'article L. 111-9 du code des juridictions financières prévoit la possibilité d'une délégation aux chambres régionales des comptes du jugement des comptes et de l'examen de la gestion de tout ou partie des établissements publics nationaux relevant d'une même catégorie.

En application de cet article, la Cour a délégué aux chambres régionales des comptes, par un arrêté du 15 novembre 2013, l'examen de la gestion des établissements publics de santé dont le siège est situé dans leur ressort territorial pour les exercices 2014 à 2018.

Le 2° de l'article étend la possibilité de délégation du jugement des comptes et de l'examen de la gestion par la Cour des comptes aux chambres régionales des comptes non plus seulement des établissements publics nationaux relevant d'une même catégorie mais des « **organismes nationaux relevant d'une même catégorie** », ce qui inclut les établissements privés.

Un élargissement du champ de la mission de contrôle de l'application des lois de financement

L'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières prévoit que, dans le cadre de sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes est habilitée à recueillir des informations auprès des centres hospitaliers régionaux.

Le même article prévoit qu'elle peut mener des travaux sur « **l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et des établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé** » et qu'elle en rend compte dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Le 3° de l'article étend la possibilité de recueillir des informations à l'ensemble des établissements de santé, « **quel que soit leur statut, public ou privé** ».

La transmission des rapports de certification des comptes

L'article L. 6161-3 du code de la santé publique fait obligation aux cliniques de transmettre leurs comptes aux agences régionales de santé. Six ans après la promulgation de la loi HPST du 21 juillet 2009^{65(*)}, le décret nécessaire à la mise en oeuvre de cet article n'a toujours pas été pris, la sanction du défaut de transmission, prévue par l'article L. 6113-8 du même code, n'étant pas opérationnelle.

Le **II de l'article** complète l'article L. 6161-3 du code de la santé publique pour prévoir une transmission à la Cour des comptes des rapports de certification des comptes des cliniques privées.

En miroir, le **4° de l'article** modifie l'article L. 132-6 du code des juridictions financières relatif aux rapports de certification des comptes des administrations publiques pour y ajouter ceux des cliniques privées.

II - La position de la commission

Que ce soit pour le contrôle de l'usage des fonds publics, de l'application des lois de financement ou dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques, il semble légitime à votre commission que ces masses financières importantes n'échappent pas au champ de compétence de la Cour des comptes.

Le champ retenu pour le contrôle est particulièrement large puisqu'il ne se situe pas seulement sous l'angle du financement par la sécurité sociale et porte sur l'ensemble de la gestion ainsi que sur la qualité des comptes.

Sur proposition de ses rapporteurs, votre commission a adopté un amendement rédactionnel à cet article (**amendement COM-309**).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

d. Compte rendu des débats – séance du 18 septembre 2015

Article 27 *ter*

I. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

« **Art. L. 111-8-3.** – Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes à l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 111-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

b) Aux dernières phrases, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, la référence « L. 6141-2 » est remplacée par la référence « L. 6111-1 » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 132-3-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les rapports de certification des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique sont transmis sans délai à la Cour des comptes » ;

5° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :
« *Art. L. 211-10.* – Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes à l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. »

II. – L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières. »

[M. le président](#). Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 57 rectifié est présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Mélot et M. Houel.

L'amendement n° 161 rectifié est présenté par MM. Barbier et Guérini.

L'amendement n° 429 rectifié est présenté par MM. Vasselle et Gilles.

Ces trois amendements ne sont pas soutenus.

Je mets aux voix l'article 27 *ter*.

(L'article 27 *ter* est adopté.)

e. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 27 *ter*

I. - Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-8-3.* - Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes à l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 111-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

b) Aux deux dernières phrases, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, la référence : « L. 6141-2 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 132-3-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les rapports de certification des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique sont transmis sans délai à la Cour des comptes. » ;

5° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 211-10.* - Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes à l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la

compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. »

II. - L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières. »

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 27 ter

I. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 111-8-3. – Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes à l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 111-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

b) Aux deux dernières phrases, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, la référence : « L. 6141-2 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 132-3-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les rapports de certification des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique sont transmis sans délai à la Cour des comptes. » ;

5° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 211-10. – Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes à l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. »

II. – L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières. »

b. Rapport n° 3215 déposé le 10 novembre 2015

Article 27 ter

(art. L. 111-8-3 [nouveau], L. 111-9, L. 132-3-2 et L. 211-10 [nouveau] du code des juridictions financières, art. L. 6161-3 du code de la santé publique)

Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes aux établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux privés

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale en séance publique, étend les missions de la Cour des comptes en prévoyant qu'elle peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Adopté à l'initiative du groupe socialiste, républicain et citoyen, cet article prévoit que la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social et financées par l'État, ses établissements publics ou les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cet article dispose également que le contrôle est également exercé par les chambres régionales des comptes (CRC) pour les personnes morales financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de leur compétence ou par un régime de sécurité sociale.

Il étend également la possibilité d'une délégation aux chambres régionales des comptes du jugement des comptes et de l'examen de la gestion. Actuellement circonscrite aux établissements publics nationaux, elle est désormais étendue aux « *organismes nationaux relevant d'une même catégorie* », incluant de fait les établissements privés.

Enfin, le texte adopté prévoit la transmission à la Cour des comptes des rapports de certification des comptes des cliniques privées.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

La commission est saisie des amendements identiques AS70 de Mme Valérie Boyer, AS120 de M. Bernard Accoyer, AS218 de M. Arnaud Robinet et AS273 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. Mon amendement AS70 propose de supprimer cet article qui vise à donner le pouvoir à la Cour des comptes de contrôler les cliniques privées. En plus de contrevenir au droit des sociétés, cet article est inutile. D'une part, les comptes des cliniques bénéficient d'une certification par des commissaires aux comptes, contrairement à ceux d'une grande majorité d'établissements publics. D'autre part, ces comptes certifiés sont transmis aux greffes des tribunaux de commerce et donc accessibles.

À l'heure où nous devons discuter de l'indispensable maîtrise des dépenses publiques, je comprends mal que la Cour des comptes ne concentre pas ses efforts sur le contrôle des établissements publics. Pour en revenir au débat qui nous anime depuis ce matin, si la Cour des comptes contrôle les établissements privés, cela signifie que ces derniers doivent être traités comme des établissements publics : il faut donc rétablir la convergence, leur donner accès aux MIGAC et oublier notre précédente discussion sur le secteur privé du privé. Il serait bon de mettre un peu de cohérence dans notre travail et dans les statuts.

M. Bernard Accoyer. Mon amendement AS120 a le même objet. Le groupe socialiste de l'Assemblée nationale en est resté à 1981...

M. Jean-Patrick Gille, président. Si seulement c'était possible !

M. Bernard Accoyer. On voudrait faire intervenir la Cour des comptes à la place des contrôles et des certifications de comptabilité qui sont au cœur du droit des sociétés privées... Cette posture est révélatrice du dogmatisme qui marque ce texte, comme le déplorent les professionnels. La gestion des hôpitaux publics souffre d'un déficit particulièrement criant : l'absence de certification des comptes. Avant d'envoyer la Cour des comptes vers les hôpitaux privés dont la comptabilité est certifiée, il conviendrait d'abord de faire du ménage dans les hôpitaux publics en certifiant leurs comptes. S'ils avaient été certifiés, nous n'en serions peut-être pas à constater les niveaux d'emprunts toxiques de l'hospitalisation publique et nous verrions sans doute plus clair dans l'utilisation des MIGAC. Dans le domaine comptable, nous sommes beaucoup moins exigeants vis-à-vis des hôpitaux publics que du secteur privé. Pourquoi ?

M. Arnaud Robinet. Mon amendement AS218 est identique. Nous vous prenons une fois encore la main dans le pot de confiture : vous manifestez votre volonté de vous attaquer au système de santé privé et libéral français. Vous êtes comme une armée en ordre de marche, déterminée à mettre à mal le secteur privé et à aller tout droit vers une nationalisation de notre système de santé. Comme Valérie Boyer, à un moment où l'on parle de maîtrise de l'argent public, je pense que la Cour des comptes devrait se concentrer sur les établissements publics dont nous connaissons les difficultés. D'ailleurs, ces dernières sont dues à la politique – notamment de baisse de tarifs – que vous menez vis-à-vis des hôpitaux. Cet acharnement envers les établissements privés de santé est la goutte d'eau qui fait déborder le vase à un moment où nous devrions jouer la complémentarité en ayant un seul objectif : le patient, rien que le patient.

M. Gilles Lurton. Mon amendement 273 répond au même souci. Je me bornerai à une question : comptez-vous soumettre les établissements publics à la certification par des commissaires aux comptes dont bénéficient les cliniques ?

M. Élie Aboud. Où est le bon sens ? On demande à un organisme public de contrôler un organisme privé, tout en refusant la convergence tarifaire au prétexte que le privé n'est pas comme le public. Rappelons qu'un centre hospitalier sur deux est déficitaire !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'émettrais un avis défavorable aux quatre amendements de suppression qui nous sont proposés. Si cette disposition a été adoptée par l'Assemblée nationale à l'initiative de Mmes Delaunay et Lemorton, membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen, elle n'a pas été remise en cause par le Sénat.

M. Élie Aboud. Peut-être que les sénateurs dormaient !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. À supposer qu'il faille craindre un dogmatisme du groupe Socialiste, républicain et citoyen à l'Assemblée nationale, ce groupe, à ce que je sache, n'est pas majoritaire au Sénat. Il faut savoir regarder les choses avec le plus d'objectivité possible. Cette mesure vise seulement à faire en sorte que la Cour des comptes puisse exercer un contrôle quand des deniers publics sont utilisés. Il ne s'agit pas de confier à la Cour des comptes autre chose que ce qu'il lui semblera opportun de contrôler. Précisons qu'elle le fait déjà pour des associations qui bénéficient aussi de deniers publics. Il n'y a rien de scandaleux à ce que cet article soit confirmé. C'est ce que je vous propose de faire en repoussant ces amendements de suppression.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 27 ter, sans modification.

c. Compte rendu des débats – 2^{ème} séance du vendredi 27 novembre 2015

Article 27 ter

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n^{os} 84, 212 et 768, tendant à supprimer l'article 27 ter.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 84.

M. Gilles Lurton. Cet amendement important vise à supprimer cet article car celui-ci donne le pouvoir à la Cour des comptes de contrôler les cliniques privées. En plus de contrevenir au droit des sociétés, il est inutile. En effet, les comptes certifiés des cliniques sont transmis aux greffes des tribunaux de commerce et donc accessibles. De surcroît, les comptes des cliniques bénéficient d'une certification par des commissaires aux comptes, contrairement aux établissements publics qui, aujourd'hui encore, sont très peu nombreux à avoir des comptes certifiés.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 212.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n^o 768.

M. Arnaud Richard. Je tenais à m'arrêter sur cet article parce qu'il vise à donner à la Cour des comptes la possibilité de contrôler les cliniques privées. Si on aligne leur contrôle comptable sur celui effectué sur les hôpitaux, pourquoi ne pas rétablir la convergence tarifaire ? Nos amendements sont une mesure de bon sens.

M. Dominique Tian. Il a raison !

M. Arnaud Richard. Je doute de l'utilité de cet article puisque les comptes certifiés des cliniques sont transmis au greffe des tribunaux de commerce et donc extrêmement accessibles. Par ailleurs, les comptes des cliniques bénéficient d'une certification d'un commissaire aux comptes, contrairement aux établissements publics, encore trop peu à disposer de comptes vérifiés. Ne m'en voulez pas, madame la rapporteure, mais j'ai trouvé votre réponse en commission assez légère...

M. Guy-Michel Chauveau. C'est impossible !

M. Arnaud Richard. ...sur un article que je trouve un peu bizarre.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je vais essayer de ne pas être trop légère. (*Sourires.*) Aujourd'hui, les dispositions juridiques ne permettent pas à la Cour des comptes d'exercer un contrôle des versements de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie – ONDAM – au bénéfice des établissements sanitaires. L'article L. 130-3-2 du code des juridictions financières ne permet qu'une évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie. Il est donc proposé d'étendre dans la loi les missions de contrôle de la Cour des comptes mais aussi des chambres régionales des comptes comme c'est déjà le cas pour tous les établissements publics. J'ai entendu certains être choqués par cette proposition de la commission, mais je rappelle que les chambres régionales sont déjà amenées à opérer des contrôles sur des établissements privés ou même sur des associations dès lors qu'ils reçoivent des fonds publics.

M. Guy-Michel Chauveau. Exact !

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Une question : les PSPH – les hôpitaux privés à but non lucratif participant au service public hospitalier –, ainsi que toutes les cliniques privées, sont-ils bien inclus dans les GHT ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Je suis étonnée par l'étonnement de M. Richard parce que le principe du dispositif est d'une simplicité extrême : argent public contre contrôle public à l'identique. Nous l'avons voté en commission, puis en séance, dès la première lecture.

M. Dominique Tian. C'est énorme ! Il s'agit tout de même d'établissements privés !

Mme Michèle Delaunay. Je ne crois pas que personne de bon sens puisse s'opposer à cet article.

M. Guy-Michel Chauveau. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Comme Arnaud Richard l'a rappelé, il y a déjà un contrôle de gestion assuré par des commissaires aux comptes qui délivrent des comptes certifiés, et on peut saisir le tribunal de commerce en cas d'alerte. Et puis il ne s'agit de fonds publics que par destination, mais par définition ce sont des structures privées.

Par ailleurs, il faudrait répondre à la question posée par M. Jacquat. J'en ajoute une autre : quand les comptes des hôpitaux publics vont-ils enfin être obligatoirement certifiés ? Il y a là aussi un gros chantier. Je note au passage que si la Cour des comptes constate que les établissements privés ne sont pas assez bien rémunérés à prestation égale, cela va aussi ouvrir un autre gros chantier, ce qui ne serait peut-être pas si mal.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Cette proposition ne posera plus problème le jour où l'on aura défini des objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie. Mais proposer que la Cour des comptes contrôle tout, alors que les parlementaires n'ont pas les moyens d'examiner précisément l'ensemble de ces dépenses, crée une distorsion de concurrence et de regard.

(Les amendements identiques n^{os} 84, 212 et 768 ne sont pas adoptés.)

(L'article 27 ter est adopté.)

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 111 de la loi santé (ex 27 quinquies)

Contrôle des Services d'Intérêt Economique Général (SIEG)

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| III. Travaux parlementaires | 5 |

Table des matières

| | |
|---|----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| Article 111 | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| Code de la santé publique | 4 |
| - Article L. 6116-3 | 4 |
| III. Travaux parlementaires | 5 |
| A. Première lecture | 5 |
| 1. Assemblée nationale | 5 |
| a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 5 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 5 |
| b. Rapport n° 2673, M. VERAN et a., <i>fait au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé le 20 mars 2015 | 5 |
| c. Compte rendu intégral des débats, troisième séance du jeudi 9 avril 2015 | 5 |
| d. Amendements adoptés en commission – à l’origine de l’article 111 (ex 27 quinquies). 6 | |
| - Amendement n° 1988, le Gouvernement | 6 |
| - Sous-amendements identiques n° 2497 (présenté par M. BAPT) et n° 2499 (présenté par Mme ORLIAC et M. CLAIREAUX)..... | 7 |
| e. Texte adopté n° 505 adopté par l’Assemblée nationale le 14 avril 2015..... | 8 |
| 2. Sénat..... | 8 |
| a. Rapport n°653, M. MILON et a., <i>fait au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé le 22 juillet 2015..... | 8 |
| b. Compte rendu intégral des débats, séance du 18 septembre 2015 | 9 |
| c. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 9 |

I. Texte adopté

Article 111 (ex 27 quinquies)

Le chapitre VI du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6116-3 ainsi rédigé :

Art. L. 6116-3. – Les établissements de santé transmettent chaque année leurs comptes à l'agence régionale de santé. Pour les établissements de santé privés, l'agence régionale de santé peut, en complément, demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires.

Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à la disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière.

En cas de non-respect de l'obligation de transmission, la sanction prévue à l'article L. 6113-8 est applicable.

Sur la base de ces données comptables, l'agence régionale de santé contrôle l'absence de surcompensation financière sur le champ des activités mentionnées à l'article L. 6111-1. Elle procède, le cas échéant, à la récupération des sommes indument déléguées.

Il n'y a de surcompensation que dans le cas où l'établissement de santé dépasse le taux de bénéfice raisonnable.

Les règles d'application et de calcul de la surcompensation s'appliquent au plan national en conformité avec les règles européennes.

Un décret en Conseil d'État fixe les règles de calcul et d'application de la surcompensation et détermine les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits entre les activités mentionnées à l'article L. 6111-1 et les autres activités, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération.

II. Consolidation

Code de la santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre Ier : Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre VI : Contrôle.

- Article L. 6116-3

Les établissements de santé transmettent chaque année leurs comptes à l'agence régionale de santé. Pour les établissements de santé privés, l'agence régionale de santé peut, en complément, demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires.

Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à la disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière.

En cas de non-respect de l'obligation de transmission, la sanction prévue à l'article L. 6113-8 est applicable.

Sur la base de ces données comptables, l'agence régionale de santé contrôle l'absence de surcompensation financière sur le champ des activités mentionnées à l'article L. 6111-1. Elle procède, le cas échéant, à la récupération des sommes indument déléguées.

Il n'y a de surcompensation que dans le cas où l'établissement de santé dépasse le taux de bénéfice raisonnable.

Les règles d'application et de calcul de la surcompensation s'appliquent au plan national en conformité avec les règles européennes.

Un décret en Conseil d'État fixe les règles de calcul et d'application de la surcompensation et détermine les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits entre les activités mentionnées à l'article L. 6111-1 et les autres activités, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération. »

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

RAS

b. Rapport n° 2673, M. VERAN et a., fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 20 mars 2015

RAS

c. Compte rendu intégral des débats, troisième séance du jeudi 9 avril 2015

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1988, qui fait l'objet de deux sous-amendements identiques, n°s 2497 et 2499.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement est la traduction concrète et directe de l'engagement que le gouvernement français a pris auprès de la Commission européenne de mettre notre législation en matière de financement des établissements de santé en conformité avec le droit de l'Union. Cette lacune juridique est apparue à l'occasion de l'examen préliminaire de la plainte déposée par la Fédération de l'hospitalisation privée MCO – médecine, chirurgie, obstétrique – en 2010 au sujet du système français de financement des établissements de santé. La Commission a considéré que l'activité de ces établissements devait s'analyser comme une activité de service d'intérêt économique général – SIEG – et qu'il en résultait une exigence d'identifier de façon transparente les crédits accordés aux établissements privés comme publics, afin de vérifier qu'il n'existe pas de surcompensation des charges.

L'objet de cet amendement est donc d'instituer une procédure de transparence pour les financements accordés au bénéfice de l'activité de soin.

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir le sous-amendement n° 2497.

M. Gérard Bapt. L'amendement du Gouvernement fait suite à la sorte de coup de pied de l'âne porté à la Fédération de l'hospitalisation privée, dont la plainte a conduit les instances européennes à demander à la France de mettre au clair sa législation relative aux activités de service d'intérêt économique général. Les actions de soin étant assimilées à des SIEG, nous entendons bien les inquiétudes de la Fédération de l'hospitalisation privée. Les établissements acceptent les contrôles, y compris ceux de la chambre régionale des comptes, et la transmission de leurs comptes aux ARS, mais ils ne doivent pas faire l'objet d'une discrimination. Tel n'est pas l'état d'esprit de Mme la ministre, qui a dit à plusieurs reprises que les établissements privés étaient complémentaires de l'offre de soins et même associés, dans certaines conditions, au service public hospitalier.

C'est pourquoi j'ai jugé opportun de déposer un sous-amendement précisant que, dans le cas où ces établissements reçoivent des subventions – notamment au titre des MIGAC, les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation –, on ne saurait interpréter la surcompensation dans le but de les marginaliser ou de les discriminer : après mise en conformité avec les règles européennes, les règles d'application et de calcul de la surcompensation doivent s'appliquer de manière générale au plan national.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir le sous-amendement identique n° 2499.

M. Stéphane Claireaux. L'amendement du Gouvernement vise à mettre la France en conformité avec le droit européen relatif aux SIEG, en matière d'activité de soins. Les établissements de santé, publics comme privés, seront désormais considérés comme des SIEG.

Le problème est que la rédaction de l'article 27 bis est, en l'état, imprécise quant aux règles d'application de cette mise en conformité, créant ainsi un vide juridique potentiellement préjudiciable pour l'ensemble des établissements de santé.

Le statut de SIEG suppose en effet une absence de surcompensation et comprend la notion de « bénéfice raisonnable ». Or ces éléments ne sont pas définis dans l'amendement du Gouvernement, pas plus que leur méthode de calcul et de mise en œuvre.

Ce sous-amendement rédactionnel vise à clarifier ces points, donc à mettre en conformité l'article 27 bis avec le droit européen ; il mentionne le fait qu'il ne peut pas y avoir de surcompensation si le SIEG réalise un bénéfice raisonnable ; il confie au Conseil d'État le soin d'établir des règles nationales qui seront ensuite appliquées par les ARS ; il confirme le

fait que le Conseil d'État se fonde sur une méthode de calcul et d'application du contrôle des surcompensations conforme aux règles européennes.

Le sous-amendement que nous proposons précise ainsi le cadre juridique dans lequel s'inscrit cette mise en conformité au droit européen.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Favorable à l'amendement et aux sous-amendements identiques.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces sous-amendements ?

Mme Marisol Touraine, ministre. J'estime qu'il n'est pas nécessaire d'inscrire dans la loi que les règles seront conformes au droit européen : on imagine mal qu'elles puissent lui être contraires ! Les ajouts proposés sont largement superfétatoires, mais, pour répondre à votre souhait de clarté dans les débats, j'émetts un avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'amendement du Gouvernement inquiète beaucoup les cliniques. La notion de « bénéfice excessif » est toujours assez subjective. Si, en plus, l'agence régionale de santé récupère lesdits bénéfices, on peut craindre des interprétations très douloureuses et peu justifiées.

Jean-Pierre Door et moi-même nous demandions si la Cour des comptes devait s'intéresser au financement de sociétés privées. Nous avons laissé passer la disposition, considérant que ces sociétés sont plutôt bien gérées et que la Cour s'intéresse plus aux déficits qu'aux bénéfices excessifs. Ce qui nous rend méfiants, c'est que l'on met sans cesse l'Europe à toutes les sauces.

La France a pour singularité de ne pas appliquer le droit européen, ou de le faire avec beaucoup de retard : nous sommes la lanterne rouge de l'Europe en la matière ! Or, sur ce point précis, le Gouvernement fait preuve de précipitation. À quoi pourraient bien correspondre ces bénéfices, où les trouve-t-on ? Quand on connaît la situation des cliniques privées, on sait que, dans la plupart des cas, les prix de journée ne sont pas libres mais fixés par la sécurité sociale après négociation. Vous les avez même abaissés de 2,5 % cette année sans réelle concertation, madame la ministre, contre 1 % pour les hôpitaux. C'est le fait du prince !

Vous prenez maintenant l'Europe pour alibi en invoquant des notions extrêmement floues. Rappelons que 30 % des cliniques ont fermé dans les dix dernières années et que la plupart ont une rentabilité d'environ 2 %. Il est aisé de le prouver, puisque l'ARS tient un tableau général et signale les établissements en danger. Les comptes sont extrêmement surveillés.

Peut-être telle ou telle clinique fait-elle exception, mais il est grave de prévoir que l'ARS récupère les sommes, ce qui la rend en quelque sorte juge et partie. Ce n'est pas acceptable dans un système normal.

L'amendement nous inquiète donc fortement. En revanche, les sous-amendements identiques sont de nature à rassurer un peu les professionnels de ce secteur qui ne va pas très bien.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Si l'objectif de l'amendement du Gouvernement est bien de mettre nos règles en conformité avec le droit européen, il est opportun d'encadrer le contrôle de la surcompensation financière des aides d'État. Celles-ci représentent en effet des milliards d'euros par an. Comme la Fédération de l'hospitalisation privée semble approuver cette transparence, les sous-amendements nous conviennent et nous les voterons.

(Les sous-amendements identiques n^{os} 2497 et 2499 sont adoptés.)

(L'amendement n^o 1988, sous-amendé, est adopté.)

d. Amendements adoptés en commission – à l'origine de l'article 111 (ex 27 quinquies)

- Amendement n^o 1988, le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 27 BIS, insérer l'article suivant:

Le chapitre VI du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6116-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 6116-3. – Les établissements de santé transmettent chaque année à l'agence régionale de santé leurs comptes. Pour les établissements de santé privés, l'agence régionale de santé peut, en complément, demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires.

« Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière.

« En cas de non respect de l'obligation de transmission, la sanction prévue à l'article L. 6113-8 du présent code est applicable.

« Sur la base de ces données comptables, l'agence régionale de santé contrôle l'absence de surcompensation financière sur le champ des activités mentionnées à l'article L. 6111-1. Elle procède, le cas échéant, à la récupération des sommes indument déléguées.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits entre les activités mentionnées à l'article L. 6111-1 et les autres activités, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans le cadre de l'instruction de deux plaintes déposées par la FHP, la Commission européenne a été amenée à constater un certain nombre d'insuffisances de la législation française au regard du droit de l'Union européenne.

Pour être licite au regard des règles du droit de l'Union européenne, les financements publics accordés à un service d'intérêt économique général (SIEG) ne doivent pas occasionner de « surcompensation » par rapport au coût des obligations de « service public » mises à la charge du bénéficiaire, sous réserve toutefois d'un « bénéfice raisonnable ».

Or, les activités de soins donnant lieu à remboursement par l'assurance maladie peuvent être considérées comme constituant un SIEG. Afin de pouvoir vérifier l'absence de surcompensation, les établissements de santé doivent donc être en mesure de transmettre à l'autorité de tarification leurs comptes, où sont clairement distingués d'une part les charges et les produits relevant de leur activité de soins (SIEG) et d'autre part, ceux relevant de leurs activités annexes (autres prestations, activités commerciales).

Par ailleurs, les agences régionales de santé ne disposent pas des moyens adéquats pour contrôler l'existence d'une surcompensation ou, le cas échéant, pour récupérer les sommes indûment perçues.

Une évolution du cadre juridique s'avère donc nécessaire pour assurer l'effectivité du droit de l'Union Européenne.

- Sous-amendements identiques n° 2497 (présenté par M. BAPT) et n° 2499 (présenté par Mme ORLIAC et M. CLAIREAUX)

APRÈS L'ARTICLE 27 BIS

I. – Après l'alinéa 5, insérer les deux alinéas suivants :

« Il n'y a de surcompensation que dans le cas où l'établissement de santé dépasse le taux de bénéfice raisonnable.

« Les règles d'application et de calcul de la surcompensation s'appliquent au plan national en conformité avec les règles européennes. »

II. – En conséquence, à l'alinéa 6, après le mot :

« État »,

insérer les mots :

« fixe les règles de calcul et d'application de la surcompensation ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement de modification a pour but de compléter et de mettre en conformité l'article 27bis avec le droit européen.

Cet amendement gouvernemental n°1988 créant un article 27 *bis* se base sur une intention louable, puisqu'il vise à mettre la France en conformité avec le droit européen relatif aux Services d'Intérêt Économique Général (SIEG) en matière d'activité de soins.

Rappelons que les Services d'Intérêt Économique Général (SIEG) sont définis par la Commission européenne comme des « activités de service marchand remplissant des missions d'intérêt général, et soumises de ce fait par les États membres à des obligations spécifiques de service public » (Livre vert de la Commission européenne sur les services d'intérêt général).

Les SIEG recouvrent un large spectre d'activités : santé, logement social, culture, entreprises déployant des réseaux (eau, assainissement)... Ces SIEG peuvent être fournis directement par des collectivités publiques en régie, mais aussi par des entreprises, publiques ou privées, mandatées à cet effet.

Par cet amendement, les établissements de santé, publics comme privés, sont désormais considérés comme des SIEG.

Le problème est que la rédaction de l'article 27 bis est, en l'état, imprécise sur les règles d'application de cette mise en conformité, créant ainsi un vide juridique potentiellement préjudiciable pour l'ensemble des établissements de santé.

Le statut de SIEG suppose en effet une absence de surcompensation et comprend la notion de « bénéfice raisonnable ». Or ces notions, pas plus que leur méthode de calcul et de mise en œuvre, ne sont définies dans l'amendement du Gouvernement.

Ce sous-amendement rédactionnel vise à clarifier ces points, et donc à mettre en conformité l'article 27 bis avec le droit européen :

- il mentionne le fait qu'il ne peut pas y avoir de surcompensation si le SIEG réalise un bénéfice raisonnable ;
- il confie au Conseil d'État le soin d'établir des règles nationales qui seront ensuite mises en œuvre par les ARS ;
- il confirme le fait que le Conseil d'État se base sur une méthode de calcul et d'application du contrôle des surcompensations qui s'inscrit en conformité avec les règles européennes.

Le sous-amendement que nous proposons précise ainsi le cadre juridique dans lequel s'inscrit cette mise en conformité au droit européen et renforce sa robustesse, s'agissant d'un amendement gouvernemental dont les enjeux juridiques sont importants.

e. Texte adopté n° 505 adopté par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015

Article 27 quinquies

Le chapitre VI du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6116-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 6116-3. – Les établissements de santé transmettent chaque année leurs comptes à l'agence régionale de santé. Pour les établissements de santé privés, l'agence régionale de santé peut, en complément, demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires.

« Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à la disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière.

« En cas de non-respect de l'obligation de transmission, la sanction prévue à l'article L. 6113-8 est applicable.

« Sur la base de ces données comptables, l'agence régionale de santé contrôle l'absence de surcompensation financière sur le champ des activités mentionnées à l'article L. 6111-1. Elle procède, le cas échéant, à la récupération des sommes indument déléguées.

« Il n'y a de surcompensation que dans le cas où l'établissement de santé dépasse le taux de bénéfice raisonnable.

« Les règles d'application et de calcul de la surcompensation s'appliquent au plan national en conformité avec les règles européennes.

« Un décret en Conseil d'État fixe les règles de calcul et d'application de la surcompensation et détermine les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits entre les activités mentionnées à l'article L. 6111-1 et les autres activités, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération. »

2. Sénat

a. Rapport n°653, M. MILON et a., fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015

Article 27 quinquies

(art. L. 6116-3 [nouveau] du code de la santé publique). Mise en œuvre de la décision de la Commission européenne sur la vérification de la compensation aux établissements de santé privés des charges de service public

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, transpose en droit interne un élément de la doctrine européenne des aides d'État relatif aux services publics d'intérêt économique général.

I - Le dispositif proposé

Introduit au stade de la séance publique par un amendement du Gouvernement, le présent article prévoit que les établissements transmettent chaque année leurs comptes à l'agence régionale de santé (ARS) qui peut également demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires pour les établissements privés.

Les autres pièces comptables nécessaires au contrôle peuvent également être demandées.

Par référence à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, la sanction prononcée par le directeur général de l'ARS à défaut de transmission des comptes, peut aller jusqu'à 5 % des recettes annuelles d'assurance-maladie.

Sur la base des comptes transmis, l'ARS contrôle l'absence de surcompensation financière.

L'article renvoie à un décret en Conseil d'État pour la définition des modalités de la mise en œuvre de ce contrôle.

Il met en conformité le droit français avec le droit européen. Le Gouvernement s'est engagé auprès de la Commission européenne à mettre en conformité avec le droit européen la législation applicable en matière de financement des établissements de santé. À l'occasion de l'examen de la plainte déposée par la Fédération de l'hospitalisation privée MCO en 2010 au sujet du système français de financement des établissements de santé, la Commission a analysé l'activité de ces établissements comme un service d'intérêt économique général (SIEG) et en a déduit l'exigence d'identifier de façon transparente les crédits accordés aux établissements de santé afin de vérifier l'absence de surcompensation des charges.

La décision de la Commission du 20 décembre 2011

La décision énonce les conditions en vertu desquelles les aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services publics d'intérêt économique général sont compatibles avec le marché intérieur et exemptées de notification.

Elle s'applique aux aides d'État sous forme de compensations de service public accordées à des entreprises, dont les compensations octroyées à des hôpitaux fournissant des soins médicaux, notamment, s'il y a lieu, des services d'urgence.

Les compensations de service public ne constituent pas des aides d'État au sens de l'article 107 du traité si quatre critères cumulatifs sont remplis :

- l'entreprise bénéficiaire doit *réellement avoir la charge d'obligations de service public* et ces obligations doivent être *clairement définies* ;

- les *paramètres* sur la base desquels est calculée la compensation doivent être *préalablement établis*, de façon objective et transparente ;

- la **compensation ne doit pas dépasser ce qui est nécessaire** pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public, en tenant compte des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable ;

- le **niveau de la compensation** nécessaire doit être *déterminé sur la base d'une analyse des coûts qu'une entreprise moyenne*, bien gérée et adéquatement équipée des moyens nécessaires, aurait encourus.

Afin d'éviter des distorsions de concurrence non justifiées, la compensation ne doit pas dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts nets supportés par l'entreprise assurant le service, y compris un bénéfice raisonnable.

L'article 5 de la décision définit le bénéfice raisonnable comme « *le taux de rendement du capital qu'exigerait une entreprise moyenne s'interrogeant sur l'opportunité de fournir le service d'intérêt économique général pendant toute la durée du mandat, en tenant compte du niveau de risque.* »

Il prévoit également que « les États membres exigent de l'entreprise concernée qu'elle rembourse toute surcompensation éventuelle ».

L'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, deux sous-amendements identiques déposés par nos collègues députés Gérard Bapt et Stéphane Claireaux, précisant que la surcompensation est liée au dépassement d'un taux de bénéfice raisonnable et prévoyant que les règles d'application et de calcul de la surcompensation s'appliquent au plan national en conformité avec les règles européennes.

II - La position de la commission

Pour les établissements de santé privés, la transmission des comptes aux ARS ainsi que de ceux des organismes gestionnaires et de toute pièce comptable nécessaire au contrôle par l'autorité de tarification est déjà prévue, dans les mêmes termes à l'exception des comptes des organismes gestionnaires dont la transmission est obligatoire, par l'article L. 6161-3 du code de la santé publique.

Le présent article est conforme à la décision de la Commission européenne. Il reviendra au décret de mettre en oeuvre concrètement cette décision.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

b. Compte rendu intégral des débats, séance du 18 septembre 2015

[M. le président.](#) Les amendements n^{os} 451 et 452, présentés par M. Vasselle, ne sont pas soutenus.

Je mets aux voix l'article 27 quinquies.

(L'article 27 quinquies est adopté.)

c. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Articles 27 quinquies

(Conformes)

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 143 de la loi Santé (ex art. 35)

Information des professionnels sur l'état des connaissances scientifiques...

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| III. Travaux parlementaires | 6 |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| Code de la sécurité sociale..... | 4 |
| - Article L. 167-37 | 4 |
| III. Travaux parlementaires | 6 |
| A. Première lecture | 6 |
| 1. Assemblée nationale | 6 |
| a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 6 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 6 |
| b. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015 | 6 |
| c. Amendement adopté déposé | 7 |
| - Amendement n° 2352 présenté par le Gouvernement le 27 mars 2015 | 7 |
| d. Compte rendu des débats – 1 ^{ère} séance du vendredi 10 avril 2015 | 8 |
| e. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture | 11 |
| 2. Sénat..... | 11 |
| a. Projet de loi n° 406 adopté par l'Assemblée nationale déposé le 15 avril 2015..... | 11 |
| b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales | 11 |
| c. Amendement adopté déposé en séance publique | 12 |
| - Amendement n° 249 rect. bis présenté par M. Danesi et autres du 14 septembre 2015 | 12 |
| - Amendement n° 299 rect. bis présenté par M. Gilles et autres du 17 septembre 2015 | 13 |
| - Amendement n° 300 rect. bis présenté par M. Gilles et autres du 17 septembre 2015 | 13 |
| - Amendement n° 571 présenté par M. Vasselle du 10 septembre 2015 | 14 |
| - Amendement n° 584 rect. ter présenté par M. Houpert du 17 septembre 2015 | 14 |
| d. Compte rendu des débats – séance du 29 septembre 2015 | 14 |
| e. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015..... | 29 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord) | 30 |
| C. Nouvelle lecture | 30 |
| 1. Assemblée nationale..... | 30 |
| a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015 | 30 |
| b. Amendements adoptés déposés en commission..... | 30 |
| - Amendement n°AS92 le 5 novembre 2015..... | 30 |
| c. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015 | 30 |
| d. Compte rendu des débats – 2 ^{ème} séance du vendredi 27 novembre 2015 | 31 |
| e. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale le 1 ^{er} décembre 2015 | 32 |
| 2. Sénat..... | 32 |
| a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015..... | 32 |
| b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015 | 33 |
| c. Question préalable | 33 |
| D. Lecture définitive..... | 33 |
| 1. Assemblée nationale | 33 |
| a. Texte soumis à l'examen de l'Assemblée nationale | 33 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 143 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; ».

II. Consolidation

Code de la sécurité sociale

Partie législative

Livre 1 : Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1 bis : Haute Autorité de santé

- Article L. 167-37

La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :

1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;

1° bis Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;

2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. **Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;**

3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;

5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;

6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;

7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;

8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;

9° Rendre les avis mentionnés, respectivement, au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique et au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du même code.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.

Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article. Les commissions spécialisées mentionnées au même article L. 161-41 autres que celles créées par la Haute Autorité de santé remettent chaque année au Parlement un rapport d'activité mentionnant notamment les modalités et principes selon lesquels elles mettent en oeuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique ; »

2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé ; ».

b. Rapport n° 2673 déposé le 20 mars 2015

Article 35

(art. L. 161-37 de la sécurité sociale)

Fiches de bon usage des médicaments

Cet article prévoit que la HAS publie une fiche de bon usage pour certains médicaments en même temps que l'avis sur le service médical rendu.

Il permet en outre la mise en œuvre par la HAS d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques et donne un fondement législatif à l'établissement de listes préférentielles de médicaments. Ces listes pourront être rédigées par la HAS ou directement par les professionnels puis validées par la HAS.

1. Renforcer la culture de santé par la promotion des bonnes pratiques

Dans l'exercice de ses missions, la HAS joue un rôle clé dans la construction d'une culture partagée dans le domaine de la santé.

La démarche proposée par cet article se fonde sur le constat que les professionnels de santé ne disposent pas aujourd'hui en France d'un outil synthétique proposant une information par grande pathologie. Ils prescrivent sur la base des informations produites par les agences de santé ou sur les données propres à chaque médicament. Pourtant, ce type d'informations synthétiques a fait ses preuves dans d'autres pays européens, ce que rappelle l'exposé des motifs du projet de loi, tels que le *British Formulary* au Royaume-Uni ou la *Kloka Listan* en Suède. Le Gouvernement souhaite doter la France d'outils similaires, ce qui suppose de missionner spécifiquement la HAS dans ce sens.

Le bon usage des médicaments constitue un enjeu de première importance. Les dépenses publiques de médicaments ont atteint 27 milliards d'euros en 2012. La consommation de médicaments en France se caractérise par une consommation élevée et, en comparaison avec les autres pays européens, par une structure de consommation surpondérant les médicaments les plus onéreux, au détriment notamment des versions génériques⁽¹⁴⁵⁾. Il est donc important de rendre les outils d'information plus accessibles et plus efficaces.

Dans ce contexte, il est proposé dans cet article de mettre en place un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces, dont l'économie générale sera déterminée par décret. Le Gouvernement a néanmoins indiqué que ces guides porteront sur les pathologies les plus fréquentes ainsi que sur les plus coûteuses pour l'assurance maladie et ils proposeront aux professionnels de santé les informations de bonne pratique indispensables.

La mise en place de ces fiches constituera une charge de travail conséquente pour la HAS qui pourrait être conduite à modifier son programme de travail pour absorber à moyens constants la première phase de mise en place.

2. Le renforcement des missions de la Haute autorité de santé

Cet article modifie l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, un article qui recense les neuf grandes missions dévolues à la HAS, parmi lesquels on compte notamment :

– « *procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé* » (son 1°) ;

– « *élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public* » (son 2°). Ces fiches de bon usage ont pour but de faire connaître les résultats de l'évaluation d'un médicament ou d'une classe thérapeutique par la commission de la transparence.

Sans préjudice des missions actuelles de la HAS, il est proposé d'enrichir la rédaction de l'article L. 161-37 en y insérant un 1° *bis* et en complétant son 2°.

En 1°, il est proposé d'insérer un 1° *bis* missionnant explicitement la HAS pour l'élaboration ou la mise à jour de fiches sur le bon usage de certains médicaments. Ces fiches doivent notamment permettre de définir la place des médicaments en question dans la stratégie thérapeutique.

Cette insertion donne un poids réel aux guides pratiques, tout en maintenant des marges d'appréciation importantes à la HAS, puisque seuls « certains médicaments » sont concernés et le champ couvert par ces guides n'est pas décrit. Cette souplesse paraît néanmoins acceptable dans la mesure où le recours à un véhicule législatif est un choix qui ne semblait pas s'imposer nécessairement, les missions décrites dans le 1° et le 2° de la rédaction en vigueur pouvant être interprétées comme suffisantes. Il s'agit d'une démarche vertueuse car elle permet au législateur d'affirmer son attachement à cet outil de renforcement de la culture sanitaire.

En 2°, il est prévu de compléter le 2° de l'article L. 161-37 qui porte sur les guides de bon usage afin de définir un cadre législatif pour la mise en place de l'équivalent français du *British Formulary* au Royaume-Uni ou de la *Kloka Listan* en Suède. Concrètement, la HAS devra élaborer ou valider (lorsque les professionnels les rédigeront eux-mêmes) un « *guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques* » les plus efficaces face à telle ou telle pathologie. Ce guide mentionnera la liste des médicaments à utiliser de préférence. Ce guide sera destiné à l'usage exclusif des professions de santé. Les conditions de rédaction et de validation du contenu de ce guide seront déterminées par décret.

*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement les amendements AS824 de M. Jean-Pierre Door et AS391 de M. Denis Baupin.

Elle examine ensuite l'amendement AS1369 de M. Hervé Féron.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Il s'agit de renforcer la lutte contre les infections nosocomiales en chargeant la Haute Autorité de santé de participer à l'élaboration ou à la validation de recommandations relatives à l'utilisation des matériaux antibactériens dans les établissements de santé.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. L'objectif est intéressant, mais les études en cours à ce sujet étant inachevées, la proposition est prématurée. Je suggère le retrait de l'amendement.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte l'article 35 sans modification.

c. Amendement adopté déposé

- Amendement n° 2352 présenté par le Gouvernement le 27 mars 2015

ARTICLE 35

I. – Compléter l'alinéa 3 par les mots :

« , à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut National du Cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ».

II. – En conséquence, compléter l'alinéa 5 par les mots :

« après avis de l'Institut National du Cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 35 confie à la HAS la mission d'élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique. Au 2° de l'article 35, la HAS se voit également confier l'élaboration ou validation (dans des conditions à définir dans un décret d'application) d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces et des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé.

Cet amendement vise à préciser et maintenir la cohérence des missions et des compétences confiées par le législateur à la HAS et à l'Institut national du cancer. En effet, l'article L. 1415-2 du code de la santé publique prévoit que l'INCa définit « des référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ».

d. Compte rendu des débats – 1^{ère} séance du vendredi 10 avril 2015

Article 35

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques de suppression de l'article 35, n^{os} 279 et 841.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 279.

M. Dominique Tian. L'article 35 ajoute aux missions de la Haute autorité de santé celle d'élaborer et de valider, « dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé ». Une telle liste va complexifier encore l'environnement dans lequel les professionnels de santé exercent. C'est pourquoi l'amendement n^o 279 vise à supprimer l'article 35.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 841.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 279 et 841 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumeegas, pour soutenir l'amendement n^o 1774.

M. Jean-Louis Roumeegas. Il s'agit d'un amendement important, puisqu'il concerne le problème environnemental posé par les médicaments. Il existe déjà un Plan national sur les résidus de médicaments dans l'eau. La proposition que nous faisons ici – j'aperçois M. Aboud qui lève les bras et qui va certainement soutenir cet amendement – est d'associer à ce plan une démarche de prévention dont le dispositif pourrait s'inspirer de ce qui est déjà en vigueur en Suède. Dans ce dernier pays, les notices des médicaments font état de l'indice PBT, qui mesure la persistance, la bioaccumulation et la toxicité des médicaments selon une graduation de un à trois pour chacun des critères, soit un total de neuf.

Cet indice permet aux praticiens, aux pharmaciens comme aux médecins de tenir compte de ces caractères de persistance, de toxicité ou de bioaccumulation, c'est-à-dire des effets environnementaux, dans leurs prescriptions. Il s'agit évidemment d'une très intéressante démarche d'information et de prévention relative aux médicaments. En Suède, à efficacité égale, les praticiens choisissent ainsi les médicaments dont l'impact sur l'environnement est le plus faible.

La mise en œuvre de cet indice ne pose aucun problème puisque, comme vous l'imaginez, la Suède a un marché du médicament qui est très proche, en termes de nomenclature, du marché français. Les fabricants sont donc tout à fait prêts à ce que les étiquettes des médicaments destinés au marché français comportent également la mention de cet indice PBT. Il n'y a aucun obstacle à le faire en France : il s'agirait d'une première démarche utile d'information qui pourrait ensuite permettre d'améliorer la gestion environnementale des médicaments.

Cette gestion est un grand problème qui a été soulevé avec force au moment de la Conférence environnementale dont la feuille de route prévoit la mise en place d'un tel indice.

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

M. Jean-Louis Touraine, *rapporteur*. Monsieur Roumegas, vous avez raison de vous préoccuper de l'impact environnemental des médicaments et de leur métabolite. Pour autant, la solution que vous préconisez ne paraît pas la plus opérante. En effet, vous prévoyez un décret en Conseil d'État pour définir un indice qui mesure la persistance, la bioaccumulation et la toxicité des résidus dans les eaux de surface, sachant qu'il faut prendre en compte non seulement les médicaments, mais tous les métabolites ainsi que toutes les molécules indirectement produites à partir de ces médicaments.

Ce dispositif extrêmement complexe pose problème sur le plan technique et ne fait pas vraiment consensus sur le plan scientifique. Sa mise au point va demander du temps. Les moyens actuels de mesure et d'analyse ne sont pas à la hauteur des légitimes espérances qui sont les vôtres.

En outre, vous prévoyez de confier au demandeur le soin d'analyser lui-même la biotoxicité de son produit, ce qui, là encore, ne constitue peut-être pas la solution la plus opérante. Je suggère de voir comment cette nécessaire progression, qui doit être mise en place rapidement, peut se traduire au niveau réglementaire. Je vois dans votre amendement plutôt un amendement d'appel incitant l'ensemble des pouvoirs publics à prendre les mesures réglementaires qui permettront d'avancer plus vite dans cette direction. Cela permettra ainsi de protéger la population ainsi que les espèces vivantes en général dans notre pays. Je préconise donc le retrait de cet amendement, sachant que l'appel que vous avez lancé a été entendu.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je souhaite le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. D'abord, à titre personnel, mon cher collègue, je voterai votre amendement si vous ne le retirez pas. Je regrette d'ailleurs que vous ayez refusé de cosigner la proposition de loi que j'ai déposée sur ce sujet au motif que je suis membre du groupe UMP.

Ensuite, madame la présidente de la commission des affaires sociales, j'ai eu l'occasion de discuter de cet indice PBT avec vous, et j'ai bien entendu votre expertise professionnelle. Vous m'avez répondu que vous étiez d'accord sur le fond, mais que l'application posait problème. De quoi s'agit-il ? Sur chaque boîte de médicament figure l'indice thérapeutique : le prescripteur en connaît ainsi la puissance. Aujourd'hui, tous les laboratoires m'ont répondu qu'ils étaient prêts à y faire figurer « l'indice PBT » que, pour le grand public, on pourrait appeler l'indice écologique. Il s'agit donc non pas de léser l'industrie pharmaceutique, mais simplement de permettre à chaque médecin et à chaque patient de connaître la puissance de l'indice thérapeutique et la valeur de l'indice PBT, ce fameux indice écologique, pour chaque médicament. À titre personnel, je voterai cet amendement.

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

M. Gérard Bapt. Bien entendu, je suis également sensible à la préoccupation de M. Roumegas concernant les problèmes posés par ce que l'on appelle les xénobiotiques, c'est-à-dire les molécules que l'on retrouve dans les effluents ou, comme l'a dit M. Touraine, leur métabolite. Mais, après tout, si l'industrie est vraiment prête à faire figurer l'information sur les boîtes de médicaments, il n'est pas besoin de l'inscrire dans la loi. Pour ma part, je suis très attentif à ce que pourrait être la position des entreprises du médicament – le LEEM – sur cette question. Cela dit, le problème est bien réel.

À l'heure actuelle, un système est prêt à se mettre en place sur la base d'un brevet mondial élaboré avec la collaboration de l'Institut Claudius Regaud, du CNRS et de l'Université Paul Sabatier de Toulouse avec l'engagement de la Communauté urbaine et du CHU de Toulouse. Il vise, par un mécanisme photochimique, à détruire toutes les substances chimiques quelles qu'elles soient – seuls les métaux lourds y échapperaient – présentes dans les effluents.

Au-delà de cette expérimentation et de la phase de recherche-développement, il pourrait y avoir un développement industriel au sein de l'Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole.

Les effets de ces substances sont en effet bien réels : je pense notamment au changement de sexe des poissons, consécutif à la fabrication de tel ou tel produit pharmaceutique. Je voulais donc signaler cet espoir que nous pouvons nourrir de mieux traiter les effluents hospitaliers.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Je veux d'abord rassurer M. Aboud : il n'y a dans ma démarche aucun sectarisme et, fût-il à l'UMP, j'accepte volontiers son soutien à cette excellente idée.

M. Élie Aboud. Il n'y a pas de sectarisme là ! (*Sourires*).

M. Jean-Louis Roumegas. Je remercie M. Touraine pour ses appréciations positives, mais je suis désolé de la réponse non argumentée de Mme la ministre, qui n'a pas manifesté le même intérêt que lui.

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous nous répartissons les rôles !

M. Jean-Louis Roumegas. Je ne vois pas pourquoi ce qui est déjà pratiqué en Suède serait si compliqué à mettre en œuvre en France. Vous le rappelez souvent, ce sont les mêmes laboratoires pharmaceutiques, des multinationales, qui, en Suède, se conforment déjà à la loi.

Monsieur Bapt, je m'étonne que vous puissiez penser que, sans l'injonction de la loi, les industriels pourraient par eux-mêmes faire état de cet indice.

M. Gérard Bapt. Ils sont prêts à le faire.

M. Jean-Louis Roumegas. Si l'on suivait votre raisonnement, peu de lois seraient votées dans le domaine de la santé environnementale. Je maintiens donc l'amendement et j'espère que nous ferons avancer cette question. Encore une fois, il est très important pour les patients de pouvoir choisir certains médicaments, ou d'influencer leur praticien en lui faisant préférer ceux qui ont un moindre impact environnemental. C'est une première mesure peu contraignante, mais qui permettrait de faire évoluer les mentalités. L'information est essentielle lorsqu'il s'agit de faire évoluer les pratiques.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. M. le rapporteur s'étant longuement exprimé, j'ai considéré que toutes les explications avaient été données, mais je vais répondre plus précisément à votre interpellation, monsieur Roumegas.

Votre objectif, que je peux comprendre, est celui d'une évolution des critères de l'autorisation de mise sur le marché – AMM. C'est cette évolution qui aboutira à un véritable changement dans la prise en compte des critères applicables.

En revanche, avec cet amendement, nous sommes dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques. Or l'objectif recherché ne trouve pas de traduction très concrète dans ces recommandations de bonnes pratiques. Il faudrait intervenir au niveau de l'AMM. Voilà pourquoi cet amendement ne me paraît pas approprié.

(*L'amendement n° 1774 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 2352.

Mme Marisol Touraine, ministre. L'article 35 confie à la Haute autorité de santé une nouvelle mission : celle d'élaborer un guide des stratégies thérapeutiques. L'amendement vise à préciser que cette nouvelle mission doit évidemment être réalisée en bonne articulation avec l'Institut national du cancer – INCa. En effet, l'article L. 1415-2 du code de la santé publique prévoit que l'INCa définit « des référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ». Il s'agit donc de garantir la cohérence des deux procédures.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Avis très favorable. L'insertion de l'INCa dans la liste des organismes consultés pour les médicaments anti-cancéreux est une très bonne chose.

(*L'amendement n° 2352 est adopté et les amendements n°s 303, 396, 559, 723, 853, 1077 et 2257 tombent.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 778, 1009 et 1168.

La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 778.

M. Élie Aboud. Dois-je en conclure que les amendements portant suppression des alinéas 4 et 5 sont tombés ?

M. le président. Oui, monsieur le député, par cohérence, compte tenu de l'adoption de l'amendement n° 2352.

M. Élie Aboud. L'amendement n° 778 est donc défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1009.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1168.

M. Dominique Tian. Nous n'avons pas bien compris pour quelles raisons les amendements n°s 303, 396, 559, 723, 853, 1077 et 2257 étaient tombés. Enfin, la présidente de la commission de la commission nous l'expliquera la semaine prochaine. (*Sourires*).

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Je n'y manquerai pas.

M. Dominique Tian. L'amendement n° 1168 est défendu.

M. le président. Mes chers collègues, je vous explique : l'amendement n°2352 du Gouvernement, qui a été adopté, a complété l'alinéa 5. Les amendements suivants visaient à supprimer ce même alinéa, ce qui n'était donc plus possible.

Quel est l'avis de la commission sur les trois amendements identiques ?

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. La commission est naturellement défavorable à cette suppression de la mention de l'efficacité des médicaments.

(Les amendements identiques n°s 778, 1009 et 1168, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(L'article 35, amendé, est adopté.)

e. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; ».

2. Sénat

a. Projet de loi n° 406 adopté par l'Assemblée nationale déposé le 15 avril 2015

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; ».

b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales

Article 35

(art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale)

Information des professionnels sur l'état des connaissances scientifiques

Objet : *Cet article confie à la Haute Autorité de santé (HAS) des missions supplémentaires relatives à l'élaboration de fiches de bon usage des médicaments, de guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que de listes de médicaments à utiliser préférentiellement.*

I - Le dispositif proposé

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est relatif aux missions de la Haute Autorité de santé (HAS).

Aux termes du 1° de cet article, la HAS a notamment pour missions de « *procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé (...)* ». Le 2° prévoit que la HAS est chargée d' « *élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans*

préjudice des mesures prises par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ».

Le présent article complète ces missions. Il ajoute un 1° *bis* visant à confier à la HAS la mission d'élaborer ou de mettre à jour des **fiches sur le bon usage de certains médicaments**. L'élaboration de ces fiches doit notamment permettre de définir la place des médicaments concernés dans la stratégie thérapeutique.

Par ailleurs, le présent article complète le 2° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale relatif à la diffusion des bonnes pratiques de soins, afin de prévoir l'élaboration d'un **guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces** et des **listes de médicaments à utiliser préférentiellement**. Il est précisé que ce guide est soit élaboré par la HAS soit validé par elle.

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à assurer la cohérence de ces nouvelles missions confiées à la HAS avec celles de l'Institut national du cancer (INCa). L'article L. 1415-2 du code de la santé publique précise en effet que l'INCa, qui est chargé de « *coordonner les actions de lutte contre le cancer* », définit des « *référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie* » (2°).

Il est ainsi précisé que les fiches élaborées en application du 1° *bis* ne concernent pas les médicaments anticancéreux, et que, s'agissant de ces médicaments, les listes prévues au 2° sont élaborées ou validées par la HAS après avis de l'INCa.

II - La position de la commission

Les dépenses de médicaments représentent en France environ 34 milliards d'euros par an dont les deux tiers sont pris en charge par l'assurance maladie.

Dans le rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France, remis à la ministre de la santé en septembre 2013, les professeurs Dominique Costagliola et Bernard Bégaud constatent que la France se distingue de ses voisins par l'importance des prescriptions « hors-autorisation de mise sur le marché » et plus généralement par un usage du médicament en décalage avec les recommandations basées sur les données de la science.

Cette situation est regrettable, à la fois en raison des risques sanitaires qu'elle engendre, mais aussi en raison des coûts inutiles qu'elle fait supporter aux caisses d'assurance maladie. Ainsi que le proposent le rapport Bégaud-Costagliola et le rapport rendu par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en décembre 2014⁸⁴⁽²⁾, il est nécessaire de développer l'information des professionnels de santé en s'appuyant sur une analyse médico-économique plus solide.

Les fiches de bon usage, les guides et les listes prévus par le présent article ont vocation à éclairer les professionnels sans remettre en cause le jugement personnel et la liberté individuelle de prescription. Vos rapporteurs sont donc tout à fait favorables à cette nouvelle mission confiée à la HAS.

Lors des auditions menées par les rapporteurs, la HAS a indiqué qu'elle était prête à assumer la charge nouvelle de travail entraînée par ces missions supplémentaires à moyens humains et financiers constants, bien qu'une révision de son programme de travail soit nécessaire.

Compte tenu de l'expertise de l'INCa en matière de prise en charge et de traitement du cancer, vos rapporteurs ont estimé qu'il était justifié qu'il revienne à cet institut d'élaborer les fiches de bon usage et les listes préférentielles pour les médicaments anticancéreux.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

* ⁸⁴ *Marine Jeantet, Alain Lopez, Evaluation médico-économique en santé, Igas, décembre 2014.*

c. Amendement adopté déposé en séance publique

- Amendement n° 249 rect. bis présenté par M. Danesi et autres du 14 septembre 2015

ARTICLE 35

Alinéa 5

Après le mot :

décret

insérer les mots :

en Conseil d'État

Objet

Cet amendement est de repli par rapport au précédent qui visait à la suppression des alinéas 4 et 5.

Compte tenu de la complexité de la mise en oeuvre d'un guide ou de listes des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces, ainsi que des nombreuses interrogations soulevées par cette disposition (mise à jour, etc), il serait préférable que le législateur renvoie à un décret en Conseil d'Etat pour la définition de ses modalités d'application plutôt qu'à un décret simple.

NB : La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- Amendement n° 299 rect. bis présenté par M. Gilles et autres du 17 septembre 2015

ARTICLE 35

Alinéa 5

Après le mot :

décret

insérer les mots :

en conseil d'État

Objet

Avec l'article 35, la Haute autorité de santé (HAS), est investie d'une mission lourde à mener à bien :

rédiger ou valider des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, élaborer un guide des plus efficaces d'entre elles, établir des listes de médicaments de bon usage à destination des professionnels de santé —après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux—. Cela supposera, en outre, en toute logique, le classement des stratégies par catégories ou indications, leur déclinaison par lignes de traitement et la fourniture régulière de mises à jour, au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles molécules.

Cette mission a pour objet de définir un classement médico-économique des médicaments que personne ne cherche à remettre en cause.

Pourtant, tel que rédigé, dans une forme succincte, l'article 35 passe sous silence des points importants qui doivent être évoqués :

Quels critères guideront l'action de la HAS ? Dans quel délai ces guides et ces listes devront-ils être élaborés ?

Comment concilier dans ce dispositif l'accès des patients, atteints de maladies graves ou rares, aux molécules innovantes et par conséquent les plus coûteuses, avec la recherche d'économies ?

Par ailleurs, l'établissement de ces guides et de ces listes dans certains cas porteront préjudice aux industries pharmaceutiques selon les choix opérés. La mise en avant de certains produits au détriment d'autres risquera de porter atteinte au droit de la concurrence entre industriels.

C'est pourquoi, en raison de la complexité de la mise en oeuvre du guide et des listes mentionnés ainsi que des interrogations laissées en suspens, il semble que le renvoi à un décret en conseil d'État, comme le préconise cet amendement, s'impose pour la définition des modalités d'application du dispositif.

NB : La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- Amendement n° 300 rect. bis présenté par M. Gilles et autres du 17 septembre 2015

ARTICLE 35

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les listes sont publiées par arrêté du ministre chargé de la santé ;

Objet

L'article 35 qui confie une nouvelle mission à la HAS (la Haute autorité de santé) renferme plus de complexité qu'il n'y paraît.

En effet, l'élaboration d'un guide, et de listes des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces afin d'établir des listes de médicaments à utiliser préférentiellement par les professionnels de santé est une tâche ambitieuse, mais risquée.

Les entreprises du médicament, dont les produits seront hiérarchiquement évalués selon le rapport coût-avantages obtenus doivent pouvoir défendre leurs produits et contester le choix opéré de privilégier des concurrents. Encore faut-il qu'elles aient connaissance des listes et des arguments déployés sur les choix effectués.

Aussi, afin d'éviter de déclencher l'hostilité de ces entreprises, semble-t-il opportun, que les listes de médicaments soient publiées en toute transparence, par arrêté ministériel.

D'ailleurs, les patients eux-mêmes, atteints de maladies graves (cancer, sclérose en plaques, polyarthrites...) ou rares, seront rassurés s'ils sentent que l'intention et le processus sont clairs et qu'il n'est pas question de sacrifier leur chance d'accès au progrès thérapeutique, voire leur survie, au nom d'économies à faire pour les comptes de la sécurité sociale.

NB : La présente rectification porte sur la liste des signataires.

- Amendement n° 571 présenté par M. Vasselle du 10 septembre 2015

ARTICLE 35

Alinéa 5

Après le mot :

décret

insérer les mots :

en Conseil d'État

Objet

Comme tenu de la complexité de la mise en œuvre des listes préférentielles de médicaments ainsi que des nombreuses interrogations soulevées par cette disposition (mises à jour, valeur juridique, mode de publication, etc.), il est préférable que le législateur renvoie à un décret en Conseil d'Etat pour la définition de ses modalités d'application.

- Amendement n° 584 rect. ter présenté par M. Houpert du 17 septembre 2015

ARTICLE 35

Alinéa 5

Après le mot :

décret

insérer les mots :

en Conseil d'État

Objet

Comme tenu de la complexité de la mise en œuvre de ce guide ou de ces listes ainsi que des nombreuses interrogations soulevées par cette disposition (mises à jour, etc), il est préférable que le législateur renvoie à un décret en Conseil d'Etat pour la définition de ses modalités d'application.

NB : La présente rectification porte sur la liste des signataires.

d. Compte rendu des débats – séance du 29 septembre 2015

Article 35

(Non modifié)

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser

préférentiellement, à destination des professionnels de santé, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; ».

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, avant tout, permettez-moi de revenir un instant sur les rectifications de vote qui viennent d'être opérées : lors de la mise aux voix par scrutin public de l'amendement n° 14, le groupe Les Républicains a appliqué les consignes qui lui ont été données !

Mais j'en viens à l'article 35 de ce projet de loi.

Le présent article confie à la Haute Autorité de santé, la HAS, des missions supplémentaires dans le but d'améliorer l'analyse médico-économique des traitements et des stratégies thérapeutiques.

Cet article prévoit, d'une part, l'élaboration de fiches de bon usage pour certains médicaments, afin de permettre de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, d'autre part, l'élaboration d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces, et de listes de médicaments à utiliser préférentiellement à destination des professionnels de santé.

Le but est de fournir à ces professionnels de santé des outils d'information claire, dans le respect, bien sûr, de leur liberté de prescription.

Les fiches de bon usage sont d'ores et déjà élaborées par la HAS. Il s'agit de leur donner une base juridique et non de créer une nouvelle catégorie de documents. Au demeurant, les amendements que nous allons examiner ne tendent pas à remettre en cause l'élaboration de ces fiches.

En revanche, le guide des stratégies les plus efficaces et les listes de médicaments à utiliser préférentiellement constituent, eux, une nouveauté. Ils donneront plus de poids et de visibilité à l'analyse médico-économique du médicament. Ainsi, ils amélioreront l'efficacité mais aussi la sécurité des prescriptions, en réduisant les risques d'affections iatrogènes.

Les corapporteurs souscrivent à cet objectif. Aussi, la commission émettra un avis défavorable sur les amendements tendant à remettre en cause l'élaboration d'un guide de stratégies diagnostiques et thérapeutiques et de listes de médicaments à utiliser préférentiellement. *A contrario*, nous nous prononcerons pour les amendements qui, à nos yeux, tendent à améliorer le dispositif proposé, tel qu'il est issu du texte de la commission.

[M. Alain Milon](#), président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Très bien !

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Jacques Cornano, sur l'article.

[M. Jacques Cornano](#). Le présent article traite de l'information des professionnels sur l'état des connaissances scientifiques.

À cet égard, je reviendrai brièvement sur les amendements n° 525 rectifié et 526 rectifié, qui, chacun, visaient à insérer un article additionnel après l'article 11 *quater* A et avaient pour objet les perturbateurs endocriniens.

Plusieurs de mes collègues ont déjà eu l'occasion, au cours de ces débats, de développer les motivations de ces amendements. Je souhaite, à mon tour, revenir sur cette question. En effet, le 22 septembre dernier, ont été publiées les conclusions de l'enquête EXPPERT 5, portant sur l'exposition aux pesticides perturbateurs endocriniens.

À la lecture de cette étude, on apprend que les salades font partie des légumes qui contiennent le plus de résidus de pesticides, dont certains sont des perturbateurs endocriniens. Sept pesticides interdits en France y ont été retrouvés, dont le DDT. En outre, 77 % de l'échantillon analysé contenait plusieurs résidus de pesticides.

Si lesdites substances ont été quantifiées à des doses faibles, l'effet cocktail reste une question pendante, dans la mesure où il n'est pas maîtrisé. Sans être alarmiste, il faut souligner qu'il y a péril en la demeure.

Madame la ministre, nous disposons, en vertu de notre droit, du principe de précaution. À ce titre, pouvez-vous nous indiquer ce que vous entendez faire à la lumière de cette enquête ?

[Mme la présidente](#). La parole est à M. François Commeinhes, sur l'article.

[M. François Commeinhes](#). Mme Deroche vient de le rappeler, le présent article élargit les missions de la HAS à la rédaction ou à la validation d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces, ainsi qu'à des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé, après avis, bien sûr, de l'Institut national du cancer, l'INCA, pour les médicaments anticancéreux.

D'après l'étude d'impact qui précise l'intention du Gouvernement, le but est ici de fournir aux prescripteurs des outils réduisant les choix possibles parmi les médicaments présents sur le marché, notamment les molécules les plus récentes et onéreuses.

Selon cette même étude d'impact, ces guides porteront sur les pathologies les plus fréquentes ainsi que les plus coûteuses pour l'assurance maladie.

Le périmètre de ce guide est donc large. Les modalités d'application de cet article seront définies par décret.

Nous ne pouvons qu'être favorables à un juste usage du médicament et à l'élaboration de démarches d'efficience des dépenses de santé, dans le cadre d'un dialogue entre les industriels et les pouvoirs publics. Il s'agit en effet de dégager des économies et, partant, de maintenir l'accès des patients aux innovations.

Néanmoins, cet article 35 ne semble pas répondre à ces principes et soulève différentes questions.

Tout d'abord, la création d'une nouvelle catégorie de listes risque de compliquer davantage l'acte de prescription que doivent effectuer les professionnels de santé. Ces listes s'ajouteront aux diverses recommandations émises par la HAS et par l'assurance maladie dans le cadre des rémunérations sur objectifs de santé publique, les ROSP.

Ensuite, cette mesure est prématurée : l'évaluation de l'efficience devrait reposer sur les données de l'efficience en vie réelle et non sur des données théoriques, comme c'est actuellement le cas pour les avis de la commission évaluation économique et de santé publique de la HAS, la CEESP.

L'évaluation de l'efficience des médicaments et technologies de santé est une mission récente de la HAS. Or les conséquences à court ou à long terme de l'introduction d'une technologie dans le panier des biens et services remboursables présentent souvent des incertitudes. Ces dernières peuvent porter sur divers paramètres : l'efficacité de ces traitements, leur tolérance par les patients, les effets à long terme, les conditions réelles d'utilisation, le coût des médicaments ou encore l'impact sur l'organisation des soins.

Le recueil des données en vie réelle est donc essentiel pour réduire l'incertitude, entre les résultats espérés à partir des essais cliniques et l'intérêt d'un produit dans la vraie vie.

Voilà pourquoi le guide dont cet article prévoit la création devrait reposer sur des données d'efficience en vie réelle, et non sur des calculs hypothétiques, extrapolés à partir de données modélisées avant commercialisation.

[Mme la présidente](#). Je suis saisie de dix-sept amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les cinq premiers amendements sont identiques.

L'amendement n° 185 rectifié est présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

L'amendement n° 248 rectifié *bis* est présenté par MM. Danesi, Calvet, Commeinhes et de Legge, Mme Duchêne, MM. Grand et Laménie, Mme Mélot et MM. Reichardt, de Raincourt, P. Leroy et Husson.

L'amendement n° 570 est présenté par M. Vasselle.

L'amendement n° 578 rectifié *bis* est présenté par MM. Houpert, Saugey, Joyandet, Lefèvre, Charon, Guerriau et Cambon.

L'amendement n° 1169 rectifié est présenté par MM. Bonnacarrère, Médevielle et Kern.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 185 rectifié.

[M. Gilbert Barbier](#). Pour avoir écouté Mme le rapporteur évoquer cet article, il est vrai assez particulier, je souhaiterais savoir s'il revient au médecin de rechercher l'efficience ou l'efficacité des médicaments. La nuance existant entre ces deux notions ne me semble pas ressortir clairement de son propos.

Selon moi, le médecin doit avant tout viser l'efficacité du médicament qu'il prescrit à son patient.

Les médecins sont déjà submergés d'informations de toutes sortes et de recommandations les plus diverses. Ces nouvelles listes vont irriter, en ce qu'elles vont conduire à infantiliser la profession médicale.

Écrire que, pour telle affection, vous avez l'obligation de prescrire tel médicament...

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Il n'y a aucune obligation !

[M. Gilbert Barbier](#). ... c'est aller trop loin dans la redéfinition du rôle du médecin, lequel doit juger de sa prescription au regard de son patient, et non, comme cela vient d'être dit, en fonction de tests généraux d'un médicament.

Une telle mesure provoquera de surcroît la suspicion du patient, dès lors qu'il constatera que le médicament prescrit n'apparaît pas dans la liste, qui aura entre-temps été citée dans les médias et connue du grand public.

La nécessité de ces listes préférentielles ne m'apparaissant pas urgente, il est préférable, me semble-t-il, de supprimer les alinéas 4 et 5 de cet article 35.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. René Danesi, pour présenter l'amendement n° 248 rectifié *bis*.

[M. René Danesi](#). Cet amendement identique vise en effet à supprimer ces deux alinéas.

La Haute Autorité de santé a été investie par la loi du 21 décembre 2011 d'une mission d'évaluation de l'efficacité des médicaments, que l'alinéa 5 de cet article tend à élargir à l'élaboration d'un « guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces », ainsi que de « listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé ».

Afin de bien mesurer la portée de cet élargissement, il est nécessaire de définir la notion d'efficacité. En effet, ne figureront sur cette liste que les médicaments considérés comme les plus efficaces par la HAS.

L'efficacité, ici, doit être comprise comme le produit de la comparaison médico-économique de deux stratégies alternatives portant sur les coûts et l'efficacité ou l'utilité des traitements. Les ratios coût-efficacité, d'une part, et coût-utilité, d'autre part, traduisent l'efficacité de la stratégie thérapeutique étudiée.

Certains médicaments innovants qui améliorent ou prolongent la vie ne seront donc pas considérés comme efficaces, car ils seront comparés à des médicaments anciens devenus peu coûteux. Dans un classement des médicaments selon leur efficacité, ces traitements innovants n'apparaîtraient qu'en fin de liste, voire, s'ils devaient dépasser le seuil d'efficacité, en seraient exclus. Cela pourrait entraîner une perte de chance pour les patients français, à l'instar de ce qui se passe déjà en Grande-Bretagne, où un tel seuil a été institué.

Ce risque apparaît plus sérieux encore si l'on considère la portée juridique des recommandations de la HAS. Un arrêt du Conseil d'État du 27 avril 2011, relatif à une recommandation professionnelle de la HAS à propos du traitement médicamenteux du diabète de type 2, les a rendues *de facto* obligatoires.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cela n'a rien à voir !

[M. René Danesi](#). Dès lors qu'elles sont rédigées de façon impérative, ce qui est, à l'évidence, le cas d'une liste, ces recommandations sont obligatoires !

À terme, le risque existe que seuls les médicaments et les thérapies figurant sur la liste soient remboursés. Alors, la liberté de choix du professionnel de santé n'existera plus.

Or la liberté du médecin est déjà très encadrée par l'assurance maladie, dont il doit obtenir l'accord préalable pour le remboursement d'une prescription considérée comme coûteuse. En témoigne la décision de l'assurance maladie, en date du 23 septembre 2014, soumettant à accord préalable le remboursement de plusieurs médicaments anticholestérol, qui découle du non-respect des recommandations de la HAS par les médecins. Selon l'assurance maladie, en d'autres termes, ces traitements ont été trop prescrits, alors même qu'il s'agit de médicaments de ville dont le coût unitaire n'est pas très élevé.

Pour toutes ces raisons, il ne me semble pas judicieux de maintenir cet alinéa 5. Je vous propose donc de le supprimer.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 570 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Alain Houpert pour présenter l'amendement n° 578 rectifié *bis*.

[M. Alain Houpert](#). Cet amendement ayant déjà été défendu, permettez-moi de donner mon avis de médecin.

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. Docteur Houpert !

[M. Alain Houpert](#). Sénateur je suis, médecin je reste ! (Sourires.)

Avec ces alinéas 4 et 5, nous risquons d'ouvrir la boîte de Pandore et d'accroître la défiance envers les médecins, comme l'a dit mon collègue et confrère Gilbert Barbier.

Ce texte préconise la rédaction d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces. Mais c'est quoi, l'efficacité ? Quels en sont les critères ?

Il impose également l'établissement d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement, à l'intention des professionnels de santé.

Dans la relation entre le patient et le médecin, il y a un chef d'orchestre, le médecin, car chaque patient est unique.

Permettez-moi une anecdote : le cancer de l'estomac a pratiquement disparu, parce que l'on a utilisé des antibiotiques, et c'est ensuite que l'on a découvert l'*helicobacter pylori*.

En faculté de médecine, on dit souvent que la médecine n'est pas une science, mais un art. Mais, si c'était une science, ce serait bien la science du doute !

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Pierre Médevielle pour présenter l'amendement n° 1169 rectifié.

[M. Pierre Médevielle](#). L'article 35 du projet de loi modifie l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale en confiant une mission supplémentaire à la HAS : l'élaboration et la validation, « dans des conditions définies

par décret », d'un « guide des stratégies thérapeutiques et diagnostiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé ».

Chacun est favorable au juste usage des médicaments et à la recherche de l'efficacité des dépenses de santé, dans le cadre d'un dialogue entre les industriels et les pouvoirs publics, afin de dégager des économies et de favoriser l'accès des patients à l'innovation. Cet article ne permet toutefois pas de répondre à ces préoccupations et suscite plusieurs commentaires.

La création d'une nouvelle catégorie de listes à destination des professionnels de santé risque de complexifier davantage l'environnement dans lequel ceux-ci exercent. De multiples listes, référentiels ou recommandations sont déjà élaborés pour les aider à rendre leurs prescriptions plus efficaces.

Ainsi, les avis des commissions de transparence, diffusés obligatoirement aux professionnels de santé par la visite médicale, comprennent un chapitre détaillé relatif à la place du médicament objet de l'évaluation dans la stratégie thérapeutique. Ces développements sont destinés à préciser le positionnement du médicament par rapport à ses concurrents déjà présents sur le marché, lesquels sont utilisés comme comparateurs dans les mêmes indications.

Des fiches de bon usage sont également élaborées par la HAS. Elles ont pour but de faire connaître les résultats de l'évaluation d'un médicament ou d'une classe thérapeutique par la commission de la transparence.

Le niveau d'efficacité, c'est-à-dire le progrès que les médicaments évalués sont susceptibles d'apporter aux patients ou à certains groupes de patients, permet de préciser la place de ces médicaments dans la stratégie thérapeutique au regard des moyens déjà disponibles. Ces fiches visent ainsi à apporter des informations essentielles au bon usage de ces médicaments par les professionnels de santé concernés.

Les recommandations de la HAS sur la prise en charge globale des pathologies peuvent, en outre, comporter des développements relatifs aux traitements médicamenteux prescrits dans ce cadre.

Sur son site internet, l'Agence nationale pour la sécurité du médicament et des produits de santé, l'ANSM, considère que l'élaboration et la diffusion des « recommandations de bonne pratique concernant les produits de santé » constituent l'une de ses missions.

Principalement destinées aux professionnels de santé, ces recommandations « définissent une stratégie médicale optimale en fonction de l'état des connaissances. Elles précisent ce qu'il est utile ou inutile de faire dans une situation clinique donnée. Les recommandations résultent principalement de l'analyse des données de la littérature scientifique ; de l'évaluation des données utilisées pour octroyer les autorisations de mise sur le marché, pour apprécier le service médical rendu et pour élaborer les fiches de transparence de la consultation des experts, des sociétés savantes ».

[Mme la présidente](#). Il faut conclure, mon cher collègue.

[M. Pierre Médevielle](#). L'évaluation de l'efficacité des médicaments est une mission récente de la HAS. La commission évaluation économique et de santé publique, ou CEESP, doit désormais émettre un avis sur les médicaments sollicitant une amélioration du service médical rendu, ou ASMR, de I à III, ayant un impact important sur les dépenses d'assurance maladie. Une douzaine d'avis d'efficacité attendue ont déjà été rendus.

Les évaluations sur l'efficacité en vie réelle des produits seront rendues dans quelques années. Les avis de la CEESP donnent un avis éclairé sur l'efficacité des médicaments concernés.

[Mme la présidente](#). Mon cher collègue, nos temps de parole ont changé, il faut en tenir compte : je vous demande de conclure !

[M. Pierre Médevielle](#). Au vu de la complexité de cette évaluation, du faible nombre d'avis publiés et du manque de recul sur cette démarche, l'élaboration d'un guide des stratégies thérapeutiques les plus efficaces, comme de listes de médicaments reposant sur ce guide, paraît très prématurée.

[Mme la présidente](#). Mes chers collègues, je vous demande de respecter les temps de parole plus restreints que prévoit notre nouveau règlement !

[M. Yves Daudigny](#). Règlement que nous avons tous voté !

[Mme Annie David](#). Non, pas nous !

[Mme la présidente](#). Les quatre amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 249 rectifié *bis* est présenté par MM. Danesi, Calvet et Commeinhes, Mme Duchêne, MM. Grand et Laménie, Mme Mélot et MM. Reichardt, de Raincourt, P. Leroy et Husson.

L'amendement n° 299 rectifié *bis* est présenté par M. Gilles, Mme Cayeux, MM. de Nicolaÿ, B. Fournier et Lefèvre, Mmes Deromedi, Hummel et Garriaud-Maylam et M. Trillard.

L'amendement n° 571 est présenté par M. Vasselle.

L'amendement n° 584 rectifié *ter* est présenté par MM. Houpert, Saugey, Joyandet, Charon, Guerriau et Cambon.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Après le mot :

décret

insérer les mots :

en Conseil d'État

La parole est à M. René Danesi, pour présenter l'amendement n° 249 rectifié *bis*.

[M. René Danesi](#). Madame la présidente, permettez-moi une observation préalable : examiner à cet instant des amendements de repli revient à considérer que la suppression des alinéas 4 et 5 prévue par les premiers amendements identiques sera repoussée par le Sénat. Ne préjugeons-nous pas ainsi le vote ?

[Mme la présidente](#). Mon cher collègue, ces amendements sont en discussion commune et sont donc appelés comme le prévoit le règlement.

[M. René Danesi](#). Pardonnez-moi, n'étant membre de cette assemblée que depuis un an, je suis encore en apprentissage ! (Sourires.) Et pourrais-je aller jusqu'à demander que ces propos soient décomptés de mon temps de parole ?... (Protestations au banc des commissions.)

L'alinéa 5 prévoit que le guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que la liste de médicaments à utiliser préférentiellement seront élaborés par la Haute Autorité de santé dans des conditions définies par décret.

Au vu de l'importance des enjeux pour tous les acteurs du secteur, il n'est pas opportun que les conditions dans lesquelles seront élaborés ce guide et ces listes soient définies par un décret simple, c'est pourquoi je vous propose que ce décret soit pris en Conseil d'État.

J'ai déjà évoqué l'arrêt du Conseil d'État du 27 avril 2011 selon lequel les recommandations de la HAS sont obligatoires, dès lors qu'elles sont rédigées de façon impérative, ce qui est, à l'évidence, le cas d'une liste.

En outre, deux arguments plaident en faveur d'un tel décret.

Tout d'abord, la mise en œuvre de ce guide, et de ces listes, alors que l'application de l'alinéa 5 soulève de nombreuses interrogations, apparaît extrêmement complexe. En toutes circonstances, l'avis du Conseil d'État apporte la garantie de la régularité juridique des décisions. En l'espèce, il résultera en sus d'une analyse approfondie tenant compte des différents enjeux en matière de santé publique et de la consultation des organismes concernés.

Le second argument est purement juridique, mais non des moindres pour autant. L'article 47 de la loi du 21 décembre 2011 a investi la HAS de la mission d'évaluation médico-économique, qui conduit directement aux avis d'efficacité sur les médicaments. Or cette loi prévoit expressément que les modalités de cette évaluation seront définies par décret en Conseil d'État. Le décret du 2 octobre 2012 en est le fruit.

Par souci de cohérence, il est logique que l'alinéa 5 élargissant cette mission et s'intégrant dans le même article L. 161-37 du code de la sécurité sociale prévoit également un décret en Conseil d'État.

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 299 rectifié *bis*.

[Mme Jacky Deromedi](#). L'article 35 se fonde sur la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire de l'évaluation médico-économique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans le but d'établir des listes de médicaments à utiliser préférentiellement par les professionnels de santé.

L'objectif est louable, puisqu'il s'agit de réunir dans une même démarche l'amélioration des soins, la qualité des pratiques et le bon usage des médicaments sans sacrifier l'innovation. Forcément coûteuse, celle-ci participe d'une ambition que chacun peut faire sienne à condition de tenir compte des implications du dispositif.

Or il manque à cet article une ébauche de réponse aux questions que ne manqueront pas de poser les protagonistes de ce programme.

La HAS est investie d'une lourde mission : rédiger ou valider des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, élaborer un guide des plus efficaces d'entre elles et établir des listes de médicaments de bon usage, après avis de l'Institut national du cancer dans le cas des médicaments anticancéreux.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur de ce projet de loi à l'Assemblée nationale, s'en est d'ailleurs inquiété : « La mise en place de ces fiches constituera une charge de travail conséquente pour la HAS », a-t-il déclaré.

Pourtant, la mission de la HAS ne s'arrêtera pas là. En toute logique, il lui faudra fournir régulièrement des mises à jour au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux traitements, classer les stratégies par catégorie ou indication, les décliner par ligne de traitement.

En effet, la stratégie de traitement d'un cancer du sein initial n'est pas la même que celle d'un cancer du sein métastaté. De même, l'évaluation médico-économique des stratégies pourra être différente entre la première et la énième ligne de traitement.

Par exemple, un patient atteint de sclérose en plaques peut répondre favorablement au traitement proposé ou y devenir réfractaire. Dans ce dernier cas, il faudra lui prescrire des médicaments plus coûteux, car plus récemment élaborés par l'industrie pharmaceutique.

Comment donc établir les classements attendus sans priver certains patients atteints d'une maladie grave – cancer, sclérose en plaques, polyarthrite, notamment – ou souffrant d'une maladie rare, de l'accès aux molécules innovantes, qui sont aussi les plus coûteuses ?

Personne ne peut imaginer l'introduction, comme au Royaume-Uni, de seuils de prise en charge ne permettant pas l'accès de l'ensemble de la population à des traitements de qualité. Les médicaments les moins chers y sont systématiquement choisis au détriment de l'efficacité et de la qualité des soins, cela étant particulièrement vrai pour les traitements les plus onéreux.

D'après l'étude d'impact, qui précise l'intention du Gouvernement, l'objectif est de fournir aux prescripteurs des outils réduisant les choix possibles parmi les médicaments présents sur le marché, notamment parmi les molécules les plus récentes et donc onéreuses.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter l'amendement n° 571.

[M. Alain Vasselle](#). Je m'interroge également sur la pertinence de l'article 35. La HAS ayant déjà pour mission l'élaboration de fiches concernant l'utilisation des médicaments les plus efficaces, cet article laisse à penser que la HAS ne va pas jusqu'au bout de sa compétence et ne fait pas son travail aussi correctement qu'il le faudrait.

Je souhaite donc que le Gouvernement clarifie le bénéfice attendu de l'introduction de cet article 35 en matière de qualité de soin et de choix des médicaments à l'initiative des professionnels de santé.

Je défends un amendement de repli visant à renvoyer à un décret en Conseil d'État une définition plus précise du périmètre d'action de la HAS.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 584 rectifié *ter*.

[M. Alain Houpert](#). Je défends le même amendement de repli. Nous aurions gagné du temps en votant les amendements de suppression des alinéas précédents !

La complexité de la mise en œuvre de ces listes préférentielles de médicaments soulève de nombreuses interrogations. J'estime donc préférable de nous en remettre à un décret en Conseil d'État qui préciserait les modalités d'application de cette disposition.

[Mme la présidente](#). Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 250 rectifié *bis* est présenté par MM. Danesi et Commeinhes, Mme Duchêne, MM. Grand et Laménié, Mme Mélot et MM. de Raincourt, Reichardt, P. Leroy, Husson et Calvet.

L'amendement n° 581 rectifié *bis* est présenté par MM. Houpert, Saugey, Joyandet, Lefèvre, Charon, Guerriau et Cambon.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Après le mot :

efficaces

insérer les mots :

évaluées en vie réelle

La parole est à M. René Danesi, pour présenter l'amendement n° 250 rectifié *bis*.

[M. René Danesi](#). La mission d'évaluation de l'efficacité des médicaments et technologies de santé a été confiée à la HAS par le décret du 2 octobre 2012. Réalisée par l'une de ses commissions, la CEESP, cette évaluation ne porte à ce jour que sur l'efficacité prévisible, c'est-à-dire théorique, de quelques produits seulement. Or les conséquences à moyen et long terme de l'introduction d'une technologie dans l'éventail des biens et services remboursables sont souvent incertaines.

Cette incertitude peut porter sur différents paramètres : l'efficacité et la tolérance en situation clinique courante, les effets à moyen et long terme, les conditions réelles d'utilisation telles que la durée du traitement, la posologie, l'observance, le coût réel des médicaments et l'impact sur l'organisation des soins.

Le recueil des données en vie réelle est donc essentiel pour réduire l'incertitude entre ce que les essais cliniques ont laissé espérer et l'intérêt du produit dans la vraie vie.

L'amendement que je défends tend donc à imposer que le guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques repose sur des données d'efficacité évaluées en vie réelle, et non sur les seules données extrapolées à partir des modélisations précédant la commercialisation.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 581 rectifié *bis*.

[M. Alain Houpert](#). Encore une fois, c'est quoi, l'efficacité ? Je défends un amendement identique visant à privilégier les données d'efficacité en vie réelle au détriment de données d'efficacité hypothétique.

[Mme la présidente](#). Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 251 rectifié *bis* est présenté par MM. Danesi, Calvet, Commeinhes et de Raincourt, Mme Duchêne, MM. Grand et Laménie, Mme Mélot et MM. Reichardt et Husson.

L'amendement n° 582 rectifié *bis* est présenté par MM. Houpert, Saugey, Joyandet, Lefèvre, Charon, Guerriau et Cambon.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Remplacer les mots :

de médicaments

par les mots :

des stratégies diagnostiques et thérapeutiques

La parole est à M. René Danesi, pour présenter l'amendement n° 251 rectifié *bis*.

[M. René Danesi](#). Il serait préférable que la HAS élabore des listes de stratégies diagnostiques et thérapeutiques plutôt que des listes de médicaments utilisés préférentiellement par les professionnels de santé comme cela est prévu par l'alinéa 5. Dans la rédaction actuelle de cet alinéa, une grande incertitude demeure en effet quant à la manière dont les listes de médicaments seraient élaborées.

Or, dans une approche de recommandation fondée sur l'efficacité, des listes de médicaments n'auraient de sens qu'au sein de chaque stratégie diagnostique et thérapeutique spécifique.

Prenons l'exemple d'un médicament destiné à traiter la sclérose en plaques initiale. L'efficacité d'un tel médicament devrait être comparée avec celle des autres médicaments visant à traiter la sclérose en plaques initiale. Elle ne devrait pas être comparée à celle des médicaments indiqués dans la prise en charge de la sclérose en plaques progressant rapidement sous traitement.

Les efficacités respectives de ces deux types de médicaments devant donc être analysées séparément, il n'est pas souhaitable que la HAS élabore, dans des conditions non définies, des listes de médicaments. Il serait logique, en revanche, que la HAS, dans le cadre de l'élaboration d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, soit chargée d'en dresser des listes. Le guide et les listes seraient ainsi fondés sur les mêmes périmètres, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 582 rectifié *bis*.

[M. Alain Houpert](#). En tant que médecin, je suis opposé à ces listes de médicaments. Le médecin est le chef d'orchestre, et le seul responsable. Il est toujours très désagréable pour un médecin d'être en quelque sorte soumis à une autorité immanente lui dictant ce qu'il doit faire, d'autant que, de toute façon, c'est lui qui est présent quand tout bascule, et c'est toujours lui qui est responsable.

Il a été question précédemment de la différence entre le traitement du cancer du sein initial et celui du cancer du sein métastatique. Or c'est le médecin qui est alors aux côtés du patient, et non une haute autorité ou une liste de médicaments. Revenons à un peu d'humanité !

[M. Philippe Mouiller](#). Très bien !

[Mme la présidente](#). Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 252 rectifié *bis* est présenté par MM. Danesi, Calvet, Commeinhes et de Raincourt, Mme Duchêne, MM. Grand et Laménie, Mme Mélot et MM. Reichardt et Husson.

L'amendement n° 572 est présenté par M. Vasselle.

L'amendement n° 585 rectifié *ter* est présenté par MM. Houpert, Saugey, Joyandet, Charon, Guerriau et Cambon.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les listes sont publiées par arrêté du ministre chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

La parole est à M. René Danesi, pour présenter l'amendement n° 252 rectifié *bis*.

[M. René Danesi](#). Ces listes de médicaments ou de stratégies diagnostiques et thérapeutiques qui seront établies par la HAS doivent absolument être rendues publiques. Elles doivent pouvoir faire l'objet de recours devant les tribunaux en tant que de besoin, et ce au nom de la transparence due tant aux médecins et aux patients qu'aux entreprises du médicament.

Si elle élabore de telles listes, la HAS devra en effet sélectionner certains médicaments et certaines stratégies au détriment des autres. Il est donc nécessaire que les entreprises dont les produits ne figurent pas sur les listes, et qui risquent en conséquence de ne plus être remboursés, puissent le cas échéant défendre en justice l'efficacité de leurs produits.

Ainsi les patients auront-ils la garantie que leurs chances de guérison ne seront pas sacrifiées pour des raisons essentiellement financières, comme c'est déjà le cas actuellement dans un pays voisin.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter l'amendement n° 572.

[M. Alain Vasselle](#). Il s'agit d'aller jusqu'au bout de la logique de l'article 35, qui prévoit que la HAS devra établir une liste de médicaments les plus efficaces, et donc très fortement recommandés aux prescripteurs. Il faut, à notre sens, donner une validité juridique à cette liste de médicaments.

Nous demandons donc que le Gouvernement prenne un arrêté pour assurer la publication de ces listes et qu'il soit opposable afin que les industriels puissent défendre leurs intérêts, dans la mesure où certains produits seront inévitablement privilégiés par rapport à d'autres.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 585 rectifié *ter*.

[M. Alain Houpert](#). Je défends le même amendement de repli, mais j'espère que les premiers amendements tendant à la suppression des alinéas 4 et 5 seront adoptés.

On parle de listes de médicaments, mais de quoi s'agit-il, sinon de listes de courses pour le médecin comme pour le patient ? Alors, si listes de courses il doit avoir, nous souhaitons qu'elles soient publiées afin de les rendre opposables en cas de recours devant les tribunaux.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 300 rectifié *bis*, présenté par M. Gilles, Mme Cayeux, MM. de Nicolaÿ, B. Fournier et Lefèvre, Mmes Deromedi, Hummel et Garriaud-Maylam, M. Trillard et Mme Gruny, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les listes sont publiées par arrêté du ministre chargé de la santé ;

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

[Mme Jacky Deromedi](#). L'article 35, qui confie une nouvelle mission à la HAS, est plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, l'élaboration d'un guide et de listes des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces, est une tâche ambitieuse, mais risquée.

Les médicaments seront hiérarchiquement classés pour leur efficacité selon un rapport médico-économique coût-avantages obtenu en fonction notamment de leur efficacité, de leur tolérance par le patient et de la qualité de vie de celui-ci, par comparaison à ceux des concurrents.

Les entreprises pharmaceutiques devront pouvoir défendre leurs produits et contester, le cas échéant, le choix opéré de privilégier des concurrents. Encore faut-il qu'elles aient connaissance de ces listes, des arguments déployés et des critères retenus pour leur établissement.

Aussi paraît-il opportun, pour ne pas déclencher l'hostilité de ces entreprises, que les listes de médicaments soient publiées en toute transparence, par arrêté ministériel.

D'ailleurs, les patients atteints de maladies graves comme le cancer, la sclérose en plaques, les polyarthrites, ou souffrant de maladies rares seront eux-mêmes rassurés s'ils sentent que l'intention et le processus sont clairs, et qu'il n'est pas question de sacrifier leur chance d'accès au progrès thérapeutique, voire leur survie, au nom d'économies à réaliser pour les comptes de la sécurité sociale ! (Murmures sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis de la commission sur les seize amendements restant en discussion commune ?

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. Je ne répéterai pas les explications que j'ai déjà fournies au Sénat lorsque je me suis exprimée sur l'article.

Le guide et les listes préférentielles dont l'article 35 du projet de loi confie l'élaboration à la HAS ayant une valeur informative, ils ne remettent nullement en cause la liberté de prescription des médecins, non plus que leur responsabilité, sur laquelle a insisté notre collègue Alain Houpert ; ils ne conditionnent pas davantage l'admission au remboursement.

Par ailleurs, ils constitueront une vraie nouveauté parmi les outils d'analyse et d'information que la HAS a pour mission de mettre à la disposition des professionnels : ils ne feront pas doublon avec les recommandations existantes, en particulier parce qu'ils reposeront sur une analyse de l'efficacité des médicaments et des stratégies thérapeutiques. Leur élaboration permettra à la fois de lutter contre les affections iatrogènes et de prévenir un usage sous-optimal des ressources publiques, dans le cadre, en effet, d'une démarche médico-économique, que personne ne peut contester dans la situation actuelle.

Pour ces raisons, la commission a émis un avis défavorable sur les amendements identiques n^{os} 185 rectifié, 248 rectifié *bis*, 578 rectifié *bis* et 1169 rectifié, qui tendent à supprimer les alinéas 4 et 5 de l'article 35.

En revanche, elle est favorable aux amendements identiques n^{os} 249 rectifié *bis*, 299 rectifié *bis*, 571 et 584 rectifié *ter*, qui visent à renvoyer à un décret en Conseil d'État la définition des conditions d'élaboration du guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces et des listes de médicaments à utiliser préférentiellement.

Dans la mesure où les conditions d'élaboration du guide seront précisées par décret, les amendements identiques n^{os} 250 rectifié *bis* et 581 rectifié *bis* ne relèvent pas, selon la commission, du domaine de la loi. Subsidiairement, l'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques devra être la plus rigoureuse possible ; or une évaluation en vie réelle n'est pas toujours possible à court terme. La commission sollicite donc le retrait de ces deux amendements identiques ; s'ils sont maintenus, elle y sera défavorable.

La commission est défavorable aux amendements identiques n^{os} 251 rectifié *bis* et 582 rectifié *bis*, qui ont pour objet de faire élaborer par la HAS des listes de stratégies diagnostiques et thérapeutiques à utiliser préférentiellement, et non plus des listes de médicaments, pour les raisons que j'ai déjà exposées.

Enfin, elle demande aux auteurs des trois amendements identiques n^o 252 rectifié *bis*, 572 et 585 rectifié *ter* de les retirer au profit de l'amendement n^o 300 rectifié *bis*, sur lequel elle a émis un avis favorable : en effet, si la compétence de la HAS pour établir une liste de médicaments est hors de doute, l'enjeu se situe également sur le plan de l'usage des médicaments, ce qui peut justifier que le ministre chargé de la santé intervienne en reprenant les listes sous forme d'arrêté.

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

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Mesdames, messieurs les sénateurs, je dois avouer un certain étonnement, et même une certaine incompréhension, devant les interventions qui viennent de se succéder et devant certains propos qui ont été tenus.

Avant tout, je ne puis pas laisser dire, ici ou ailleurs, que nous nous engagerions dans une politique consistant à sacrifier sur l'autel financier des stratégies thérapeutiques. (Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

Vous avez prétendu, madame Deromedi, que nous allions mettre en danger la prescription de médicaments à certains patients pour des motifs économiques : je vous épargnerai des considérations générales sur les stratégies qui ont été adoptées en France tous gouvernements confondus, mais je tiens à vous rappeler, par exemple, qu'il y a deux ans nous avons défini des prix pour le Solvadi, qui permet de soigner l'hépatite C ; moyennant quoi, la France est le pays européen dans lequel le plus grand nombre de patients ont accès à ce traitement extrêmement coûteux. Nous faisons donc en sorte, madame la sénatrice, que l'accès à l'innovation soit garanti pour tous.

Quels doivent être les choix d'évaluation et d'organisation, et les stratégies mises en œuvre, il y a là un débat légitime, comme tout débat ; mais qu'on ne soutienne pas des affirmations qui ne correspondent pas à la réalité, et qu'on ne nous soupçonne pas de vouloir plus ou moins subrepticement sacrifier des patients – tel est bien le reproche que l'on nous a adressé – pour des raisons économiques !

J'en viens au débat de fond – car il s'agit d'un enjeu de fond.

La mission que nous souhaitons voir attribuée à la Haute Autorité de santé est nouvelle, dans la mesure où, aujourd'hui, la HAS ne produit pas systématiquement des listes de médicaments recommandés par stratégies thérapeutiques. M. Vasselle a suggéré qu'elle le fasse dans le cadre de ses missions actuelles ; peut-être cette idée ouvre-t-elle des perspectives, mais c'est un autre débat. Le fait est que, aujourd'hui, la HAS non plus que le Gouvernement ne considèrent qu'un tel travail figure parmi les missions confiées à cette autorité depuis sa création.

Remarquez, mesdames, messieurs les sénateurs, que de telles stratégies existent dans nombre de pays étrangers, dont certains ne suivent pas des stratégies médico-économiques par principe ; je pense en particulier aux pays scandinaves et à l'Allemagne, où l'on s'efforce d'avoir une démarche intégrée, aussi homogénéisée que possible, en commençant par les maladies les plus simples, si l'on peut dire, pour en venir aux maladies les plus complexes.

Au fond, il s'agit pour la France de s'inspirer de pratiques pour tout dire assez banales dans d'autres pays.

Les médecins seront-ils obligés de suivre ce guide thérapeutique ? La réponse est clairement : non !

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. Voilà !

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agira d'un guide d'information et d'aide à la décision, fondé sur des évaluations médicales réalisées en relation avec ce qu'on appelait naguère les sociétés savantes. En d'autres termes, la HAS n'élaborera pas toute seule, d'en haut, les recommandations qu'elle mettra à la disposition de l'ensemble des professionnels, notamment sur son site internet ; elle élaborera ces guides pratiques en relation avec les différentes sociétés savantes, dont certaines, d'ailleurs, ont déjà commencé à réfléchir aux propositions qu'elles pourront avancer.

Certains d'entre vous m'ont paru ignorer que nombre d'établissements de santé, notamment médico-sociaux, pratiquent déjà de tels guides, sous la forme de règles qu'ils se donnent à eux-mêmes. Ainsi, ces établissements ont décidé que, dans tel cas, il faut prescrire tel médicament ; bien plus, un médecin qui ne veut pas prescrire ce médicament doit solliciter une dérogation. Le dispositif prévu à l'article 35 du projet de loi est très loin d'aller jusque-là.

C'est aussi pour éviter la multiplication de ces stratégies définies établissement par établissement que nous souhaitons l'élaboration d'une stratégie intégrée et de guides nationaux destinés à l'ensemble des professionnels, qui s'en saisiront ou ne s'en saisiront pas.

En somme, il s'agit d'une démarche assez simple : élaborer un guide pratique pour aider à la décision.

Le médecin a le libre choix de sa prescription ; ce principe est une évidence, et l'article 35 du projet de loi ne le remet pas en cause, mesdames, messieurs les sénateurs. C'est le médecin qui décide ce qu'il prescrit ! Dans certains cas, il adaptera le traitement à son patient qu'il connaît bien ; dans d'autres, par exemple en présence d'une pathologie secondaire, il pourra consulter les suggestions de la HAS, qui l'aideront à prendre sa décision.

Pour ces raisons, j'émet un avis défavorable sur l'ensemble des amendements, notamment ceux qui tendent à supprimer les alinéas 4 et 5.

En ce qui concerne le renvoi à un décret en Conseil d'État, que plusieurs orateurs ont défendu, je signale qu'il s'agit simplement de déterminer les règles de mise en œuvre opérationnelle des principes énoncés dans la loi ; il ne nous semble pas nécessaire de saisir le Conseil d'État, garant du respect des principes fondamentaux, pour la fixation de telles règles.

S'agissant enfin de la proposition de confier au ministre chargé de la santé le soin d'entériner les évaluations, je fais observer au Sénat que son application nous entraînerait dans un système assez compliqué, et qui même pourrait même aller à l'encontre du résultat voulu par certains qui ont exprimé cette préoccupation.

En effet, si l'on veut une totale autonomie des médecins et que l'on souhaite la définition d'un protocole sur un fondement exclusivement thérapeutique, il faut que la Haute Autorité de santé, c'est-à-dire les autorités sanitaires, se charge seule du travail. Si le ministère intervient ensuite pour entériner ou non les recommandations, on pourra toujours s'interroger sur les raisons de sa décision, ce qui fera naître le doute s'agissant d'une décision dont on pourra toujours soupçonner qu'elle a été prise sur des fondements économiques. La HAS est une autorité indépendante et autonome : il faut respecter cette autonomie, y compris dans l'élaboration des guides pratiques.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. le président de la commission.

[M. Alain Milon](#), président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Je suis d'accord avec quasiment tout ce qu'a dit Mme la ministre.

Pour nous, corapporteurs, l'efficacité est une meilleure efficacité au moindre coût. À aucun moment nous ne remettons en cause l'efficacité des médicaments ; nous souhaitons simplement qu'elle soit obtenue au moindre coût pour l'ensemble de la société.

Je tiens à signaler à mon collègue et ami Alain Houpert que, pour ma part, médecin je suis, mais sénateur je reste ! (Plusieurs sénateurs du groupe socialiste et républicain applaudissent. – Mme Aline Archimbaud applaudit également.) Je veux dire que le sénateur a vocation à écrire les lois au service de l'intérêt général, pour les médecins, certes, pour les soignants, certes, mais aussi pour l'ensemble de la population.

Après vous, monsieur Vasselle, je rappelle que la Haute Autorité de santé a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont le rapporteur au Sénat ne vous est pas inconnu, comme une instance scientifique d'aide à la décision pour les médecins. Elle dispose, en tant qu'autorité scientifique, d'une compétence large sur l'ensemble des soins ; d'ailleurs, elle pourrait sans doute établir elle-même les listes de médicaments dans le cadre de cette compétence, ainsi que vous le suggérez. Seulement, en 2004, le législateur a défini certaines missions auxquelles la HAS doit se consacrer en priorité.

Il ne s'agit ni plus ni moins que de fixer une nouvelle priorité à la Haute Autorité de santé.

Par ailleurs, les fiches de bon usage, les guides et les listes prévus par le présent article ont vocation à éclairer les professionnels sans remettre en cause le jugement personnel et la liberté individuelle de prescription.

Mes chers collègues, je tiens en outre à vous rappeler que, dans le cadre des auditions que nous avons menées, les syndicats de médecins ainsi que le Conseil national de l'ordre des médecins se sont déclarés en faveur de l'article 35, tel qu'il est rédigé. Tout comme eux, la commission est donc tout à fait favorable à ce qu'une nouvelle mission soit confiée à la Haute Autorité de santé.

Lors de ces mêmes auditions, le président de la Haute Autorité de santé a lui-même précisé que la HAS était prête à assumer la nouvelle charge de travail qu'entraîneront ces missions supplémentaires à moyens humains et financiers constants, bien qu'une révision de son programme de travail soit nécessaire. (M. Alain Vasselle s'exclame.)

Enfin, compte tenu de l'expertise de l'Institut national du cancer – l'INCa – en matière de prise en charge et de traitement du cancer, nous avons estimé que l'élaboration des fiches de bon usage et des listes préférentielles pour les médicaments anticancéreux par cet institut se justifiait.

Telles sont les raisons pour lesquelles je vous invite, mes chers collègues, à voter contre les amendements de suppression des alinéas 4 et 5 de l'article 35. Ces derniers nous semblent extrêmement importants pour le bon usage de médicaments que les médecins pourront prescrire en toute liberté à leurs patients.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Le groupe socialiste et républicain votera contre les amendements de suppression des alinéas 4 et 5 de l'article 35. En effet, nous sommes favorables à la rédaction actuelle de cet article.

Madame la ministre, je voudrais tout d'abord vous remercier chaleureusement d'avoir dénoncé avec détermination la lecture économique-financière de l'article 35 qui a pu être faite par certains de nos collègues. En effet, comme vous et M. le corapporteur l'avez rappelé, cet article permet de fournir une assistance aux médecins pour qu'ils disposent de conseils sur les stratégies tant diagnostiques que thérapeutiques de prise en charge des pathologies de nos concitoyens.

En matière de cancérologie, cette mutualisation, ce partage de la connaissance se pratiquent depuis très longtemps par tous les cancérologues, qu'il s'agisse de diagnostic ou de thérapeutique ! Il faut d'ailleurs se féliciter de la création de l'Institut national du cancer, qui a rendu ces démarches encore plus performantes.

À l'heure où les jeunes médecins qui cherchent à s'installer envisagent non sans inquiétude de devoir exercer de manière solitaire, ce support de conseil me semble très précieux. Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement, qui rassure les médecins dans les décisions qu'ils prennent vis-à-vis des patients, et en aucun cas d'un dispositif coercitif. Le colloque singulier, la relation entre le patient et son médecin, qui demeure indicible, sont totalement préservés par l'article 35.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Je viens d'écouter avec beaucoup d'intérêt les explications que nous ont livrées Mme la ministre et M. le corapporteur.

Que l'on ne se méprenne pas sur mon initiative : mon objectif était d'éviter que ce projet de loi ne soit surchargé de dispositions qui, à mon sens, madame la ministre, monsieur le corapporteur, relèvent plutôt du pouvoir réglementaire. On aurait d'ailleurs pu y opposer l'article 41 de la Constitution.

À sa création, la Haute Autorité de santé avait pour principale mission de mettre au point les protocoles de soins et de donner son avis sur ces protocoles. Par la suite, nous avons élargi ses compétences en lui confiant une mission dans le domaine médico-économique. Cette extension n'avait d'ailleurs rien d'évident : à l'époque, nous avons longuement débattu au Sénat pour savoir si cette mission relevait effectivement de sa compétence.

Monsieur le corapporteur, vous avez rappelé à l'instant quelle était la définition du mot « efficience » : il s'agit d'apporter une qualité de soins au moindre coût. Nous nous trouvons donc dans le médico-économique et au cœur des compétences de la Haute Autorité de santé ! C'est la raison pour laquelle je considérais cet article comme superfétatoire, même si nous n'avions pas précisé dans la loi que cette mission devait se traduire par la production de guides ou de fiches sur les médicaments qui apparaissent les plus efficaces.

Mon amendement n'avait pas pour objet de remettre en cause la liberté de prescription des médecins. Celle-ci doit bien entendu être maintenue. Je comprends que les professionnels de santé n'aient pas émis d'opposition à l'article 35, en tant que tel, lors de leur audition. Pour ma part, je considérais que la suppression des alinéas 4 et 5 se justifiait parce qu'une simple circulaire ministérielle à l'intention de la Haute Autorité de santé suffisait à régler le problème.

Désormais – c'est ce que j'ai compris des explications données par M. le corapporteur –, on souhaite établir une priorité au sein des missions de la Haute Autorité de santé. Pour que cette priorité devienne une réalité, il semble souhaitable qu'elle apparaisse très clairement dans la loi. Pourquoi pas !

Toutefois, lorsque j'entends que la Haute Autorité de santé est prête à assumer cette mission à moyens constants, permettez-moi de vous dire, monsieur le corapporteur, que, si tel est le cas, l'exercice de certaines autres missions également confiées à la HAS risque de prendre du retard !

Pour ma part, je ne suis pas persuadé que la Haute Autorité de santé puisse faire face à la totalité de ses missions avec les mêmes moyens qu'aujourd'hui. À l'occasion de l'examen d'une prochaine loi de financement de la sécurité sociale se posera certainement la question des moyens qui seront nécessaires à la Haute Autorité de santé pour assumer cette nouvelle compétence.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

[M. Gérard Roche.](#) À la lecture de votre amendement, monsieur Barbier, j'ai été un peu secoué, parce que j'attache beaucoup d'importance à votre expérience, à la fois en tant que médecin et en tant que sénateur.

Moi qui ai exercé comme médecin et qui suis encore sénateur (Rires.), j'ai bien compris qu'il existait une grande réticence au sein du corps médical vis-à-vis de cet article. D'ailleurs, au travers de la défense de tous ces amendements de suppression, je crois que c'est cette même réticence qui s'est manifestée.

En effet, le médecin refuse que la sécurité sociale lui enlève sa liberté de prescrire. Pourtant – lorsqu'on s'intéresse à l'histoire –, les vieux médecins comme moi se rappellent la période anarchique où les visiteurs médicaux venaient nous vendre leurs marchandises et déployaient beaucoup d'énergie lors de voyages à l'étranger ou de pseudo-séminaires dans des îles ensoleillées pour nous inciter à prescrire tel ou tel médicament.

Puis la Haute Autorité de santé a été créée et, peu à peu, les choses se sont normalisées. La revue *Prescrire* nous a beaucoup apporté, tout comme les protocoles mis en place par la Haute Autorité de santé. Par la suite, on a ajouté une mission médico-économique à cette autorité, comme le rappelait M. Vasselle. Après tout, cela était parfaitement normal : il ne faut pas oublier que l'on doit soigner les patients au mieux, mais que notre assurance maladie est déficitaire !

À entendre Mme la ministre et M. le corapporteur, nous avons beaucoup de raisons de penser que l'article 35 est un bon article.

Premièrement, la liste publiée par la HAS le sera avec l'avis de sociétés savantes, c'est-à-dire de personnes très compétentes qui se prononcent en conscience comme nous le faisons et qui se déterminent non pas uniquement en fonction de raisons économiques, mais aussi en considération de l'efficacité des produits.

Deuxièmement, on nous a formellement assuré que le médecin n'avait pas l'obligation d'appliquer cette liste et qu'il gardait sa liberté de prescription. Il est vrai que les médecins que nous sommes veulent tous conserver cette liberté. Pourtant, il est tout aussi vrai que disposer de conseils et de lignes de conduite dans certains cas difficiles n'est pas une mauvaise chose.

En définitive, alors que j'étais initialement plutôt favorable à la suppression des alinéas 4 et 5 de cet article, j'y suis désormais défavorable et j'incite les collègues de mon groupe à voter conformément aux indications de M. le corapporteur.

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

[M. Alain Houpert.](#) Mes chers collègues, sénateur je suis, sénateur je reste ! (M. le corapporteur sourit.) Pour moi, être sénateur est une mission ; être médecin est un métier, mon métier. N'y voyez là aucune arrogance, mais en exerçant mon métier, j'ai le sentiment de ne pas être seul et d'être à côté des patients.

Je souhaite vous expliquer ce que je ressens à l'égard de ce texte : je crois que l'on va complexifier les processus de soins.

[Mme Catherine Génisson.](#) Non, ce n'est pas vrai !

[M. Alain Houpert.](#) Les protocoles existent et évoluent ; ils ne sont pas gravés dans le marbre.

En cancérologie, par exemple, ils évoluent tous les jours, sous l'action des associations, des conférences de spécialistes, au gré des inconvénients que rapportent certains médecins.

Je n'exprime pas ici une réticence. Je souhaite davantage d'efficacité dans les pratiques thérapeutiques, car nous sommes au XXI^e siècle et que celles-ci évoluent à la vitesse grand V.

J'y insiste, faisons confiance aux médecins !

[Mme la présidente.](#) La parole est à M. Pierre Médevielle, pour explication de vote.

[M. Pierre Médevielle.](#) Malgré tout ce qui vient d'être dit sur les compétences de la Haute Autorité de santé et sur la sécurité que cela constitue, je pense qu'il faut rester prudent dans le choix entre encadrement des prescriptions et directives.

On a fort justement évoqué la cancérologie, c'est un bon exemple. Dans le traitement de la maladie, aujourd'hui, les collèges pluridisciplinaires se limitent souvent à faire de la classification, européenne ou anglo-saxonne. Une fois la classification établie, on applique un protocole à partir duquel les cancérologues –

ils s'en plaignent, d'ailleurs – n'ont plus beaucoup de latitude pour changer le traitement – pour de multiples raisons, notamment une raison juridique liée à la dangerosité des produits. Même s'ils ont l'intime conviction qu'un changement serait bénéfique pour le malade, les médecins restent alors prisonniers de ce protocole.

Par conséquent, je souhaiterais que l'on reste prudent et nuancé entre l'encadrement et la directive.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Le débat démontre qu'il reste beaucoup à faire pour encadrer la politique du médicament. La multitude d'interventions sur ce sujet en est une preuve supplémentaire. Il existe à la fois un besoin d'encadrer et la crainte que cet encadrement ne vienne finalement limiter le rôle et la liberté des médecins.

Le groupe CRC a la conviction que l'article 35 est, en quelque sorte, un premier pas pour encadrer les choses. Ces derniers temps, nous avons observé des dérapages dans la politique du médicament, d'une manière générale, avec des lobbies qui sont extrêmement importants et de grands laboratoires pharmaceutiques.

Que propose-t-on aux médecins dans ce texte ? Une liste « préférentielle », c'est-à-dire une liste qui n'est pas obligatoire et qui offre une possibilité de choix guidé et encadré. C'est pourquoi nous pensons qu'il s'agit d'une bonne chose.

Que cette démarche se fasse sous la houlette de la Haute Autorité de santé constitue également une garantie, même si, à la lumière de ce que nous avons vécu et de ce que nous continuons sans doute à vivre, il faudra veiller à ce que tous les liens entre les hauts conseils ou hautes autorités et les laboratoires soient bien coupés.

Pour toutes ces raisons, nous voterons en faveur de cet article.

Pour autant, ce débat pose plus largement la question du médicament, qui n'est pas un produit comme un autre et qui, pour nous, n'est pas une marchandise. Il faudra aller au bout du raisonnement – j'espère qu'on le fera dans cet hémicycle !

Aujourd'hui, il existe en France trois taux différents pour le remboursement des médicaments et, malgré cela, on nous parle d'efficience ! Au risque de vous paraître primaire, je pense que, lorsqu'un médicament est efficace, il doit être remboursé à 100 % et que, pour tous les autres médicaments, aucun remboursement ne devrait être proposé ! (Exclamations sur certaines travées.) Mon propos est assez direct, plutôt tranché, mais je le livre ainsi au débat.

Mme la présidente. La parole est à M. René Danesi, pour explication de vote.

M. René Danesi. Nous avons bien compris que Mme la ministre était défavorable aux amendements visant à mettre le Conseil d'État dans la boucle. D'après elle, cela pourrait même revenir à faire entrer un éléphant dans un magasin de porcelaine. Mais, sauf erreur de ma part, elle n'a pas pris position – du moins, je ne l'ai pas entendu le faire - s'agissant des amendements tendant à ce que la liste soit publiée par arrêté pris par la ou le ministre compétent. La commission, elle, a exprimé un avis favorable sur l'amendement n° 300 rectifié *bis*, allant dans ce sens.

Je rappelle que, sans publication par arrêté du ministre chargé de la santé, nul ne peut juridiquement s'opposer, d'une manière ou d'une autre, à ces listes. Or, dans ce cas, c'est-à-dire en l'absence de transparence et de justification, on peut avoir des doutes. Comme, par la suite, nous allons permettre le lancement de *class actions* par les patients, je crains que nous n'ouvrions un véritable boulevard pour ces actions.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 185 rectifié, 248 rectifié *bis*, 578 rectifié *bis* et 1169 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 249 rectifié *bis*, 299 rectifié *bis*, 571 et 584 rectifié *ter*.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 250 rectifié *bis* et 581 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 251 rectifié *bis* et 582 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 252 rectifié *bis*, 572 et 585 rectifié *ter*.

M. Alain Vasselle. Je peine à comprendre la demande de retrait formulée sur ces amendements. Je ne vois pas ce qui les différencie de l'amendement n° 300 rectifié *bis*. Ils font référence au ministre chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, quand l'autre évoque le ministre chargé de la santé. Je voudrais bien que l'on m'explique ce qu'apporte ce changement rédactionnel au fond puisqu'il s'agit, à ma

connaissance, du même ministre. À moins que, pour des raisons de stratégie politique, on veuille privilégier un amendement...

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. Il ne s'agit pas de privilégier un amendement. Actuellement, le titre précis du ministre de la santé est « ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ». Mais, vous le savez bien, cet intitulé varie au fil du temps selon les gouvernements et les remaniements. Il nous semble qu'en utilisant l'expression « ministre chargé de la santé », nous sommes plus à même d'inscrire la disposition dans le marbre.

[M. Alain Vasselle](#). Le temps de Mme Marisol Touraine serait donc compté ?... (Sourires.)

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. Je n'ai rien dit de tel ! Les intitulés des ministères sont simplement très variables et Mme la ministre en est témoin : son titre a déjà changé plusieurs fois.

[M. Alain Vasselle](#). Eu égard à ces explications, et pour faire plaisir à Mme Touraine (Rires.), j'accepte de retirer mon amendement, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 572 est retiré.

Monsieur Danesi, l'amendement n° 252 rectifié *bis* est-il maintenu ?

[M. René Danesi](#). Non, je le retire, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 252 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Houpert, l'amendement n° 585 rectifié *ter* est-il maintenu ?

[M. Alain Houpert](#). Non, je le retire, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 585 rectifié *ter* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 300 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

[Mme la présidente](#). Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 253 rectifié *bis* est présenté par MM. Danesi, Calvet, Commeinhes et de Raincourt, Mme Duchêne, MM. Grand et Laménie, Mme Mélot et MM. Reichardt, P. Leroy et Husson.

L'amendement n° 573 est présenté par M. Vasselle.

L'amendement n° 586 rectifié *bis* est présenté par MM. Houpert, Saugey, Joyandet, Lefèvre, Charon, Guerriau et Cambon.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les listes mentionnées au 2° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale sont élaborées à compter du délai prévu au IV de l'article 42 de la présente loi.

La parole est à M. René Danesi, pour présenter l'amendement n° 253 rectifié *bis*.

[M. René Danesi](#). Voici notre cinquième et dernier amendement de repli. Il tend à prévoir le report de l'élaboration des listes de médicaments à compter du délai prévu au IV de l'article 42 du présent projet de loi.

Il est effectivement envisagé, dans l'article 42, une rationalisation des opérateurs et des agences sanitaires par voie d'ordonnances, que le Gouvernement devra prendre dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Bien que la HAS ait déclaré que cela ne lui posait pas de problème – cela tendrait peut-être à prouver qu'elle n'était pas surchargée jusqu'à présent -, l'élaboration des listes représente pour elle une importante charge de travail supplémentaire. Il serait opportun d'attendre que cette rationalisation soit effectuée, afin de permettre à la HAS de mettre en place les fiches dans de bonnes conditions, en synergie avec les opérateurs et les agences sanitaires.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter l'amendement n° 573.

[M. Alain Vasselle](#). Je n'ai rien à ajouter au précédent exposé, sinon pour remarquer que cela me conforte dans la crainte que la Haute Autorité de santé ne se retrouve surchargée de travail : le moment venu, il faudra bien trouver les moyens de l'aider à y faire face !

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 586 rectifié *bis*.

[M. Alain Houpert](#). Cet amendement est défendu, mais je tiens également à insister sur la charge de travail qui sera celle de l'HAS. J'insiste également sur les freins administratifs que représentent ces listes pour les médecins et l'allongement du « temps médecin ». Or le « temps médecin » doit être consacré aux patients.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. La commission a émis un avis défavorable sur ces trois amendements visant à prévoir que la HAS ne commence à élaborer les listes de médicaments à utiliser préférentiellement qu'à compter du délai prévu au IV de l'article 42 du présent projet de loi, soit douze mois.

Comme le président de la commission l'a rappelé, la HAS, lors des auditions que nous avons menées, nous a indiqué être en mesure d'absorber la charge de travail supplémentaire, même si, en effet, elle ne nous a fourni aucun délai.

Certes, le texte ne prévoit pas de date butoir pour l'élaboration des listes en question et rien ne s'oppose à ce que l'article entre en vigueur dès la promulgation de la loi. Néanmoins, il est à noter que les travaux de la HAS ne pourront débiter avant la publication du décret d'application prévu, et, je le rappelle, il s'agit d'un décret en Conseil d'État.

Donc, à moins d'un retrait, l'avis est défavorable.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je partage l'avis défavorable de la commission.

J'ai précisé que les guides seraient élaborés en relation avec les sociétés savantes. Par conséquent, la charge de travail ne repose pas exclusivement sur le personnel de la Haute Autorité de santé, même si, évidemment, la structure aura un rôle tout à fait majeur à jouer.

En outre, le travail ne sera, pour ainsi dire, jamais terminé. C'est un peu comme une roue qui tourne : on commencera par évaluer les guides pour certaines maladies, puis pour d'autres, et lorsqu'on parviendra au terme de la tâche, il faudra sans doute reprendre certains des guides précédemment réalisés. Comme toute évaluation, il s'agit, d'une certaine manière, d'un travail sans fin.

Il ne me paraît donc pas utile de reporter la mise en œuvre, les premiers guides pouvant sortir dès qu'ils sont prêts.

[Mme la présidente](#). La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

[M. Alain Vasselle](#). Mme la ministre a raison, le travail sera quasi-permanent et devra être mené au fil de l'eau. Je l'entends bien. Mais il s'agissait de gagner un peu de temps. Dès lors que la Haute Autorité de santé est prête à supporter une charge de travail supplémentaire sans avoir à en souffrir, soit ! Nous en reparlerons certainement, mais, compte tenu des explications qui viennent d'être fournies, je retire mon amendement.

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 573 est retiré.

Monsieur Danesi, l'amendement n° 253 rectifié *bis* est-il maintenu ?

[M. René Danesi](#). Je le maintiens, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). Monsieur Houpert, l'amendement n° 586 rectifié *bis* est-il maintenu ?

[M. Alain Houpert](#). Oui, je le maintiens, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). Je mets aux voix les amendements identiques n° 253 rectifié *bis* et 586 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

[Mme la présidente](#). Je mets aux voix l'article 35, modifié.

(L'article 35 est adopté.)

e. Texte n° 3 adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2° Le 2° est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret en conseil d'État, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux. Les listes sont publiées par arrêté du ministre chargé de la santé ; ».

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2° Le 2° est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret en conseil d'État, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux. Les listes sont publiées par arrêté du ministre chargé de la santé ; ».

b. Amendements adoptés déposés en commission

- Amendement n°AS92 le 5 novembre 2015

ARTICLE 35

Rétablir les alinéas 4 et 5 dans la rédaction suivante :

« 2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

c. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015

Article 35

(art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale)

Information des professionnels sur l'état des connaissances scientifiques

Cet article confie à la Haute Autorité de santé (HAS) des missions nouvelles d'élaboration de fiches de bon usage des médicaments, de guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que de listes de médicaments à utiliser préférentiellement.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article sans modification.

En séance publique, le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement deux amendements prévoyant :

– le renvoi à un décret Conseil d'État de la définition des modalités d'élaboration et de validation des guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que de listes de médicaments à utiliser préférentiellement par la HAS ;

– la publication par arrêté du ministre chargé de la santé de ces listes.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission a adopté cet article moyennant la suppression des dispositions introduites en séance publiques au Sénat : elles n'apportent aucune garantie nouvelle et alourdissent inutilement les procédures.

*

La commission est saisie de l'amendement AS92 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Sans modifier sur le fond le dispositif prévu à l'article 35, le Sénat y avait adjoint des mesures complexes de validation des documents par voie réglementaire. Nous proposons de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, afin de laisser la Haute Autorité de santé faire ce qu'elle sait faire : son métier...

La commission **adopte** l'amendement.

L'article 35 est **ainsi rétabli**.

d. Compte rendu des débats – 2^{ème} séance du vendredi 27 novembre 2015

Article 35

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 770.

M. Arnaud Richard. Je suis encore estomaqué d'avoir vu la gauche instaurer la réquisition par congé !

Dans un souci de modernisation de la gestion technique et administrative de la Sécurité sociale, la vignette a été supprimée des boîtes de médicaments. Cette décision a conduit le Gouvernement à prendre un arrêté obligeant le pharmacien à se munir d'un catalogue établi sur un support matériel ou électronique et à étiqueter toutes les boîtes de médicaments visibles par le public.

Cependant, la modification régulière des prix des médicaments, le coût d'entretien, de maintenance et de mise en service d'une borne interactive permettant l'accès au site internet recensant les prix des médicaments sont des freins à la sensibilisation des personnes et à l'accessibilité à une information claire et non contraignante. L'étiquetage des boîtes de médicaments est quant à lui une charge de travail supplémentaire pour le pharmacien.

L'objectif de ce projet de loi est de faciliter le parcours de santé des Français et des Françaises tout en les sensibilisant à l'engagement de la solidarité nationale, ce qui est tout à votre honneur. Il semble logique que l'information du prix et du taux de remboursement soit facilement accessible pour le consommateur, quel que soit le travail pour le pharmacien.

Telle est la raison de cet amendement, qui propose que le taux de remboursement pris en charge par la Sécurité sociale et le prix du médicament soient apposés par le fabricant.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Il est important de moderniser l'information délivrée au patient, laquelle évolue dans le temps. Les moyens modernes permettent en effet à ces derniers d'accéder aisément à une information précise et quotidiennement mise à jour, ce qui est évidemment bien mieux qu'un étiquetage traditionnel.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Si vous y aviez été favorable, je vous aurais demandé comment on aurait fait en Alsace-Moselle où il existe un régime complémentaire obligatoire de Sécurité sociale.

(L'amendement n° 770 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 215.

M. Dominique Tian. Compte tenu de la complexité de la mise en œuvre des listes préférentielles de médicaments par la Haute autorité de santé ainsi que des nombreux problèmes comme le manque de moyens ou l'impossibilité de mettre à jour la liste des médicaments au rythme des mises sur le marché, il vaut mieux prévoir un renvoi à un décret en Conseil d'État.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Le décret simple semble être le bon format sur le plan juridique parce que c'est beaucoup plus rapide. Un décret en Conseil d'État alourdirait de façon inutile le processus de mise en œuvre de l'article. La commission est donc défavorable à cet amendement.

(L'amendement n° 215, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 216 rectifié et 769 rectifié.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 216 rectifié.

M. Dominique Tian. L'article 35 ne précise pas la valeur juridique des listes de médicaments. Il faudrait préciser qu'elles sont publiées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n^o 769 rectifié.

M. Arnaud Richard. L'article 35 ne précise pas, en effet, la valeur juridique des listes de médicaments élaborées par la HAS. Cet amendement propose donc qu'elles soient publiées par voie d'arrêté, afin de les rendre opposables, puisqu'elles se traduiront en pratique, cela n'a échappé à personne, surtout pas ce soir, par la promotion de certains traitements par rapport à d'autres.

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

M. Jean-Louis Touraine, *rapporteur*. L'arrêté ne changerait rien sur le fond et c'est une compétence qui, de fait, relève de la HAS. Un tel argumentaire a un peu tendance à faire peser une suspicion malencontreuse sur la HAS et les acteurs de l'industrie.

M. Arnaud Richard. Je n'ai pas dit cela !

M. Jean-Louis Touraine, *rapporteur*. C'est une disposition qui n'apporte rien et retire à la HAS l'une de ses compétences naturelles, la commission y est défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 216 rectifié et 769 rectifié, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 217.

M. Dominique Tian. Monsieur Touraine, la commission d'enquête sénatoriale, qui l'a auditionné, a simplement relevé que le directeur de la HAS avait d'ores et déjà déclaré : « nous n'avons pas les moyens actuellement d'assumer toutes les missions que le législateur souhaite nous confier ».

(L'amendement n^o 217, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 35 est adopté.)

e. Texte adopté n^o 618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale le 1^{er} décembre 2015

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Après le 1^o, il est inséré un 1^o *bis* ainsi rédigé :

« 1^o *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2^o Le 2^o est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; ».

2. Sénat

a. Projet de loi n^o 209 déposé le 2 décembre 2015

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Après le 1^o, il est inséré un 1^o *bis* ainsi rédigé :

« 1^o *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2^o Le 2^o est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de

médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; ».

b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015

Article 35 - (art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale) - Information des professionnels - sur l'état des connaissances scientifiques

Objet : Cet article confie à la Haute Autorité de santé (HAS) des missions supplémentaires relatives à l'élaboration de fiches de bon usage des médicaments, de guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que de listes de médicaments à utiliser préférentiellement.

I - La position du Sénat en première lecture

Cet article a pour objet de confier à la Haute Autorité de santé (HAS) et, dans son domaine de compétence, à l'Institut national du cancer (INCa) la mission d'élaborer des fiches de bon usage de certains médicaments ainsi qu'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces et des listes de médicaments à utiliser préférentiellement.

En première lecture, le Sénat a adopté deux amendements prévoyant, d'une part, que le décret définissant les modalités d'élaboration et de validation par la HAS des guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques et des listes de médicaments soit pris après avis du Conseil d'Etat et, d'autre part, que ces listes de médicaments sont publiées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Jugeant que les modifications apportées au texte par le Sénat alourdissaient inutilement les procédures sans apporter de garantie supplémentaire, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale est revenue dessus. Le présent article a ensuite été adopté par l'Assemblée nationale sans autre modification.

c. Question préalable

D. Lecture définitive

1. Assemblée nationale

a. Texte soumis à l'examen de l'Assemblée nationale

Article 35

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ; »

2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ; ».

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 155 de la loi Santé (ex art.37)

Embryon

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| III. Travaux parlementaires | 10 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 4 |
| Code de la santé publique | 4 |
| - Article L. 1122-1 : | 4 |
| - Article L. 1121-13-1 : | 4 |
| - Article L. 2151-5 : | 5 |
| - Article L. 4211-9-1 : | 5 |
| - Article L. 4211-9-2 : | 6 |
| - Article L. 5121-1 : | 6 |
| III. Travaux parlementaires | 10 |
| A. Première lecture | 10 |
| 1. Assemblée nationale | 10 |
| a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 10 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 10 |
| b. Amendements déposés en commission..... | 10 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 19 mars 2015 à 15h, compte rendu n°40.. | 11 |
| d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015 | 12 |
| e. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux Outre-mer sur le projet de loi relatif à la santé (n°2302)..... | 15 |
| f. Amendements déposés en séance publique..... | 15 |
| g. Discussion en séances publiques..... | 16 |
| h. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture | 19 |
| 2. Sénat..... | 20 |
| a. Projet de loi transmis au Sénat le 15 avril 2015..... | 20 |
| b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales | 21 |
| c. Séances publiques..... | 24 |
| d. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015 | 28 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord) | 28 |
| C. Nouvelle lecture | 28 |
| 1. Assemblée nationale..... | 29 |
| a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015 | 29 |
| b. Amendements adoptés en commission | 29 |
| c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 16h15, compte rendu n°14..... | 30 |
| d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015 | 32 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 34 |
| f. Discussion en séance publique..... | 36 |
| g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale..... | 37 |
| 2. Sénat..... | 38 |
| a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015..... | 38 |
| b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015 | 39 |
| c. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015 | 40 |

I. Texte adopté

(AN NL) Article 155 37

~~IA~~ I. – Après le 6° de l'article L. 1122-1 du code de la santé publique, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :

« 6° *bis* Pour les recherches à finalité commerciale, les modalités de versement de contreparties en sus de la prise en charge des frais supplémentaires liés à la recherche, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article L. 1121-13-1 ; ».

~~I~~ II. – Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1121-13-1.* – Lorsqu'une recherche biomédicale à finalité commerciale est réalisée dans des établissements de santé ou des maisons ou des centres de santé, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« La prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chacune de ces structures et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des contreparties versées par le promoteur. La convention, conforme à une convention type définie par arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient ou non relatifs à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil national de l'ordre des médecins. Elle est conforme aux principes et garanties prévus au présent titre. Elle est visée par les investigateurs participant à la recherche.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions auxquelles se conforment, dans leur fonctionnement et dans l'utilisation des fonds reçus, les structures destinataires des contreparties mentionnées au troisième alinéa, sont précisées par décret. »

~~Ibis~~ III. – L'article L. 2151-5 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Sans préjudice du titre IV du présent livre I^{er}, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon *in vitro* avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre I^{er} de la première partie. »

~~II~~ IV. – Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

~~1° bis~~ 2° Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4211-9-2.* – Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1 et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° 3° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation ».

3° (*Supprimé*)

II. Consolidation

Code de la santé publique

- Article L. 1122-1 :

Préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, l'investigateur, ou un médecin qui le représente, lui fait connaître notamment :

- 1° L'objectif, la méthodologie et la durée de la recherche ;
- 2° Les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme ;
- 3° Les éventuelles alternatives médicales ;
- 4° Les modalités de prise en charge médicale prévues en fin de recherche, si une telle prise en charge est nécessaire, en cas d'arrêt prématuré de la recherche, et en cas d'exclusion de la recherche ;
- 5° L'avis du comité mentionné à l'article L. 1123-1 et l'autorisation de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 1123-12. Il l'informe également de son droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant sa santé, qu'il détient ;
- 6° Le cas échéant, l'interdiction de participer simultanément à une autre recherche ou la période d'exclusion prévues par le protocole et son inscription dans le fichier national prévu à l'article L. 1121-16.

Il informe la personne dont le consentement est sollicité de son droit de refuser de participer à une recherche ou de retirer son consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Lorsque la recherche biomédicale concerne le domaine de la maïeutique et répond aux conditions fixées au dernier alinéa de l'article L. 1121-5, l'investigateur peut confier à une sage-femme ou à un médecin le soin de communiquer à la personne qui se prête à cette recherche les informations susvisées et de recueillir son consentement.

Lorsque la recherche biomédicale concerne le domaine de l'odontologie, l'investigateur peut confier à un chirurgien-dentiste ou à un médecin le soin de communiquer à la personne qui se prête à cette recherche les informations susvisées et de recueillir son consentement.

L'objectif d'une recherche en psychologie, ainsi que sa méthodologie et sa durée, peuvent ne faire l'objet que d'une information préalable succincte dès lors que la recherche ne porte que sur des volontaires sains et ne présente aucun risque sérieux prévisible. Une information complète sur cette recherche est fournie à l'issue de celle-ci aux personnes s'y étant prêtées. Le projet mentionné à l'article L. 1123-6 mentionne la nature des informations préalables transmises aux personnes se prêtant à la recherche.

A titre exceptionnel, lorsque dans l'intérêt d'une personne malade le diagnostic de sa maladie n'a pu lui être révélé, l'investigateur peut, dans le respect de sa confiance, réserver certaines informations liées à ce diagnostic. Dans ce cas, le protocole de la recherche doit mentionner cette éventualité.

Les informations communiquées sont résumées dans un document écrit remis à la personne dont le consentement est sollicité. A l'issue de la recherche, la personne qui s'y est prêtée a le droit d'être informée des résultats globaux de cette recherche, selon les modalités qui lui seront précisées dans le document d'information.

6° bis Pour les recherches à finalité commerciale, les modalités de versement de contreparties en sus de la prise en charge des frais supplémentaires liés à la recherche, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article L. 1121-13-1.

- Article L. 1121-13-1 :

Lorsqu'une recherche biomédicale à finalité commerciale est réalisée dans des établissements de santé ou des maisons ou des centres de santé, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« La prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chacune de ces structures et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des contreparties versées par le promoteur. La convention, conforme à une

convention type définie par arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient ou non relatifs à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil national de l'ordre des médecins. Elle est conforme aux principes et garanties prévus au présent titre. Elle est visée par les investigateurs participant à la recherche.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions auxquelles se conforment, dans leur fonctionnement et dans l'utilisation des fonds reçus, les structures destinataires des contreparties mentionnées au troisième alinéa, sont précisées par décret. »

- Article L. 2151-5 :

I.-Aucune recherche sur l'embryon humain ni sur les cellules souches embryonnaires ne peut être entreprise sans autorisation. Un protocole de recherche conduit sur un embryon humain ou sur des cellules souches embryonnaires issues d'un embryon humain ne peut être autorisé que si :

1° La pertinence scientifique de la recherche est établie ;

2° La recherche, fondamentale ou appliquée, s'inscrit dans une finalité médicale ;

3° En l'état des connaissances scientifiques, cette recherche ne peut être menée sans recourir à ces embryons ou ces cellules souches embryonnaires ;

4° Le projet et les conditions de mise en œuvre du protocole respectent les principes éthiques relatifs à la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires.

II.-Une recherche ne peut être menée qu'à partir d'embryons conçus *in vitro* dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental. La recherche ne peut être effectuée qu'avec le consentement écrit préalable du couple dont les embryons sont issus, ou du membre survivant de ce couple, par ailleurs dûment informés des possibilités d'accueil des embryons par un autre couple ou d'arrêt de leur conservation. A l'exception des situations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 2131-4 et au troisième alinéa de l'article L. 2141-3, le consentement doit être confirmé à l'issue d'un délai de réflexion de trois mois. Le consentement des deux membres du couple ou du membre survivant du couple est révocable sans motif tant que les recherches n'ont pas débuté.

III.-Les protocoles de recherche sont autorisés par l'Agence de la biomédecine après vérification que les conditions posées au I du présent article sont satisfaites. La décision de l'agence, assortie de l'avis du conseil d'orientation, est communiquée aux ministres chargés de la santé et de la recherche qui peuvent, dans un délai d'un mois et conjointement, demander un nouvel examen du dossier ayant servi de fondement à la décision :

1° En cas de doute sur le respect des principes éthiques ou sur la pertinence scientifique d'un protocole autorisé. L'agence procède à ce nouvel examen dans un délai de trente jours. En cas de confirmation de la décision, la validation du protocole est réputée acquise ;

2° Dans l'intérêt de la santé publique ou de la recherche scientifique, lorsque le protocole a été refusé. L'agence procède à ce nouvel examen dans un délai de trente jours. En cas de confirmation de la décision, le refus du protocole est réputé acquis.

En cas de violation des prescriptions législatives et réglementaires ou de celles fixées par l'autorisation, l'agence suspend l'autorisation de la recherche ou la retire. L'agence diligente des inspections comprenant un ou des experts n'ayant aucun lien avec l'équipe de recherche, dans les conditions fixées à l'article L. 1418-2.

IV.-Les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne peuvent être transférés à des fins de gestation.

V. Sans préjudice du titre IV du présent livre I^{er}, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon *in vitro* avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre I^{er} de la première partie.

- Article L. 4211-9-1 :

Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1, peuvent assurer la préparation, la conservation, la distribution ~~et la cession~~, **la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1** des médicaments de thérapie innovante mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 les établissements ou organismes, **y compris les établissements de santé**, autorisés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé après avis de l'Agence de la biomédecine.

Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans. Elle est renouvelable et peut être modifiée, suspendue ou retirée.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les catégories d'établissements pouvant être autorisés ainsi que les conditions de délivrance, de modification, de renouvellement, de suspension et de retrait de cette autorisation.

Peuvent également exercer ces activités les établissements pharmaceutiques visés aux articles L. 5124-1 et L. 5124-9-1.

- Article L. 4211-9-2 :

Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1 et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation.

- Article L. 5121-1 :

On entend par :

1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-2 ;

2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9 ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-2. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ;

3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;

4° Produit officinal divisé, toute drogue simple, tout produit chimique ou toute préparation stable décrite par la pharmacopée, préparés à l'avance par un établissement pharmaceutique et divisés soit par lui, soit par la pharmacie d'officine qui le met en vente, soit par une pharmacie à usage intérieur, telle que définie au chapitre VI du présent titre ;

5° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la

sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché ;

b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;

Pour l'application du présent b, peuvent être inscrits au répertoire des spécialités génériques les médicaments à base de plantes définis au 16° du présent article, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 5121-14-1, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance active végétale, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente. Les médicaments à base de plantes sont considérés comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active végétale :

-est conforme à la description des monographies communautaires élaborées par l'Agence européenne des médicaments, définies par la directive 2001/83/CE du Parlement et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ; et

-n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables.

Pour l'application du présent b, peuvent être inscrites au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence. Les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales sont considérées comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active minérale répond aux spécifications des monographies de la pharmacopée, lorsqu'elles existent, et qu'elle n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables ;

6° Médicament immunologique, tout médicament consistant en :

a) Allergène, défini comme tout produit destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunologique à un agent allergisant ;

b) Vaccin, toxine ou sérum, définis comme tous agents utilisés en vue de provoquer une immunité active ou passive ou en vue de diagnostiquer l'état d'immunité ;

7° Médicament radiopharmaceutique, tout médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ;

8° Générateur, tout système contenant un radionucléide parent déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, servant à la production d'un radionucléide de filiation obtenu par élution ou par toute autre méthode et utilisé dans un médicament radiopharmaceutique ;

9° Trousse, toute préparation qui doit être reconstituée ou combinée avec des radionucléides dans le produit radiopharmaceutique final ;

10° Précurseur, tout autre radionucléide produit pour le marquage radioactif d'une autre substance avant administration ;

11° Médicament homéopathique, tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la

pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes ;

12° Préparation de thérapie génique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, servant à transférer du matériel génétique et ne consistant pas en des cellules d'origine humaine ou animale. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée ;

13° Préparation de thérapie cellulaire xénogénique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, consistant en des cellules d'origine animale et leurs dérivés utilisés à des fins thérapeutiques, y compris les cellules servant à transférer du matériel génétique, quel que soit leur niveau de transformation. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions relatives à ces préparations prises en application du présent alinéa ;

14° Médicament biologique, tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite et dont la caractérisation et la détermination de la qualité nécessitent une combinaison d'essais physiques, chimiques et biologiques ainsi que la connaissance de son procédé de fabrication et de son contrôle ;

15° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;

Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;

b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du présent 15°. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

16° Médicament à base de plantes, tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ;

17° Médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement, tout médicament tel que défini dans le règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/ CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, fabriqué en France selon des normes de qualité spécifiques et utilisé dans un hôpital en France, sous la responsabilité d'un médecin, pour exécuter une prescription médicale déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé. Ces médicaments font l'objet d'une autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. **Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code.** Elle L'autorisation peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions prises en application du présent 17° ;

18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang ou de ses composants. Ils sont soumis au présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :

a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;

b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, dont l'autorisation de mise sur le marché respecte l'article L. 5121-11 du présent code et dont la collecte et la qualification biologique respectent les exigences prévues par la directive 2002/98/ CE du Parlement européen

et du Conseil, du 27 janvier 2003, établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain, et des composants sanguins, et modifiant la directive 2001/83/ CE.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

Article 37 : cet article réduit les délais de mise en œuvre des recherches cliniques industrielles au sein des établissements de santé et permet de soutenir la recherche dans le domaine des médicaments de thérapie innovante.

Cette mesure répond aux ambitions du contrat stratégique de filière signé le 5 juillet 2013 entre le Gouvernement et les industries de santé qui prévoit de « simplifier et accélérer la mise en place des essais cliniques à promotion industrielle dans les établissements de santé en mettant en place une convention unique intégrant les honoraires investigateurs et augmenter le nombre d'essais cliniques proposés à la France ».

Cette mesure doit renforcer l'attractivité française et l'excellence de sa recherche médicale. Elle propose une simplification administrative qui doit conduire à la réduction des délais de mise en œuvre des recherches cliniques industrielles au sein des établissements de santé et ainsi permettre de redonner de la compétitivité à la France. Pour ce faire, elle crée un contrat unique valant pour toute recherche clinique à promotion industrielle conduite dans un établissement de santé, quel que soit le statut de ce dernier.

Cet article pose également les fondements nécessaires aux établissements de santé pour obtenir une autorisation de fabrication des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTI-PP).

Cet article vise à permettre aux établissements de santé déjà titulaires d'une autorisation au titre de l'article L. 1243-2 du code de la santé publique (banque de tissus et unité de thérapie cellulaire) d'obtenir une autorisation pour fabriquer des MTI au moins dans le cadre de la recherche impliquant la personne humaine. Par ailleurs, dans le cadre de recherches biomédicales, il convient de permettre, afin de ne pas pénaliser les chercheurs français, que les MTI-PP puissent faire l'objet d'importation et d'exportation, notamment dans le cadre des essais multicentriques européens.

b. Amendements déposés en commission

Amendement n°AS67 présenté par M. Touraine

ARTICLE 37

À la fin de l'alinéa 3, supprimer les mots :

« de la recherche ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°AS949 présenté par M. Touraine

ARTICLE 37

À la première phrase de l'alinéa 4, substituer aux mots :

« un ou plusieurs »

le mot :

« des »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°AS68 présenté par M. Touraine

ARTICLE 37

À la première phrase de l'alinéa 4, après le mot :

« frais »

insérer le mot :

« supplémentaires ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°AS1502 présenté par le Gouvernement

ARTICLE 37

Après l'alinéa 7, insérer les alinéas suivants :

« 1° *bis*. Après l'article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4211-9-2.* – : Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1 du présent code, et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1 du même code, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante tels que définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement a pour objet de permettre aux établissements de santé de préparer, dans le cadre des recherches biomédicales, des médicaments de thérapie innovante lorsque ces derniers sont destinés à être mis sur le marché dans les États membres. Dans sa rédaction actuelle, la loi (articles L. 5124-9-1 et L. 5124-18 du code de la santé publique) ne permet pas aux établissements de santé de les préparer, cette possibilité étant toutefois offerte aux autres établissements publics. Le présent amendement permet aux établissements de santé déjà titulaires d'une autorisation d'unité de thérapie cellulaire (en application de l'article L. 1243-2 du code de la santé publique) de solliciter auprès de l'ANSM une autorisation complémentaire pour pouvoir préparer ces médicaments dans le cadre des recherches biomédicales et ce, pour favoriser l'innovation et ne pas freiner la recherche en France.

Amendement n°AS69 présenté par M. Touraine

ARTICLE 37

Rédiger ainsi l'alinéa 8 :

« 2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

« *a*) Après la troisième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

« *b*) Au début de la quatrième phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « l'autorisation » ; ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

c. Examen du texte au cours de la réunion du 19 mars 2015 à 15h, compte rendu n°40

Article 37 (art. L. 1121-13-1 [nouveau], L. 4211-9-1 et L. 5121-1 du code de la santé publique) : Mise en œuvre au sein des établissements de santé de recherches cliniques industrielles et autorisation de fabrication de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement

La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS67, AS949 et AS68 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS1502 du Gouvernement.

Mme la ministre. L'amendement a pour objet de permettre aux établissements de santé de préparer, dans le cadre des recherches biomédicales, des médicaments de thérapie innovante destinés à être mis sur le marché.

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

Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS69 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** ensuite l'amendement AS1121 de M. Arnaud Richard.

Elle **adopte** enfin l'article 37 **modifié**.

d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015

Article 37

(art. L. 1121-13-1 [nouveau], L. 4211-9-1 et L. 5121-1 du code de la santé publique)

Mise en œuvre au sein des établissements de santé de recherches cliniques industrielles et autorisation de fabrication de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement.

Cet article vise à réduire les délais de mise en œuvre des recherches cliniques industrielles au sein des établissements de santé et permet de soutenir la recherche dans le domaine des médicaments de thérapie innovante.

I. LE SOUTIEN À LA RECHERCHE INDUSTRIELLE EN MATIÈRE BIOMÉDICALE

Le I insère un article au sein du chapitre I^{er} du titre II de la première partie du code de santé publique relatif aux principes de la recherche biomédicale.

A. LES PRINCIPES DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE

Définie à l'article L. 1121-1, la recherche biomédicale consiste en une recherche organisée et pratiquée sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales ; elle est encadrée par un régime protecteur de la personne humaine.

En effet, les dispositions législatives prévoient que la recherche ne peut être effectuée sur l'être humain que si certaines conditions sont réunies :

- la recherche doit se fonder sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une expérimentation préclinique suffisante ;
- le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche ne doit pas être hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes ou l'intérêt de cette recherche ;
- la recherche doit viser à étendre la connaissance scientifique de l'être humain et les moyens susceptibles d'améliorer sa condition ;
- la recherche biomédicale doit avoir été conçue de telle façon que soient réduits au minimum la douleur, les désagréments, la peur et tout autre inconvénient prévisible lié à la maladie ou à la recherche ;
- la recherche ne peut être réalisée que si le promoteur a reçu l'avis favorable d'un comité de protection des personnes et l'autorisation de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. La personne qui se prête à la recherche a donné son consentement, après avoir reçu une information sur cette étude.

Les personnes impliquées dans une recherche biomédicale sont les suivantes :

- la personne qui se prête à la recherche ;
- le promoteur, personne physique ou morale qui prend l'initiative de la recherche biomédicale sur l'être humain, qui en assure la gestion et le financement ;
- l'instigateur : personne physique dirigeant et surveillant la réalisation de la recherche sur un lieu. C'est l'interlocuteur principal de la personne qui se prête à la recherche.

B. UNE RECHERCHE INDUSTRIELLE À SOUTENIR

Le nouvel article L. 1121-13-1 vise à mettre en œuvre la mesure n° 19 du contrat stratégique de filière signé le 5 juillet 2013 entre le Gouvernement et les industries de santé.

Celui-ci qui prévoit de « *simplifier et accélérer la mise en place des essais cliniques à promotion industrielle dans les établissements de santé en mettant en place une convention unique intégrant les honoraires investigateurs et augmenter le nombre d'essais cliniques proposés à la France* ». Cette mesure est notamment motivée par le souci de soutenir la recherche industrielle en France dans un contexte de forte diminution (– 21 % entre 2007 et 2011) et de concurrence internationale accrue.

L'hétérogénéité actuelle des contrats de recherche constitue un des obstacles à la réalisation d'études cliniques industrielles en France. En promouvant une convention unique, le contrat stratégique de filière précité vise à augmenter la part des essais cliniques industriels pour le médicament proposés à la France.

Le premier alinéa dispose que pour les recherches à finalité commerciale, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur. Selon les informations transmises à votre rapporteur, les produits en question sont mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique. Ce dispositif ne constitue pas une innovation juridique. En effet, il est actuellement prévu par la voie réglementaire (*Article R.1121-1 du code de la santé publique.*).

Extrait de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique

« 1° Les médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiantes, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique ;

2° Les produits contraceptifs et contragestifs ;

3° Les biomatériaux et les dispositifs médicaux ;

4° Les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* ;

5° Les produits sanguins labiles ;

6° Les organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, y compris lorsqu'ils sont prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ;

7° Les produits cellulaires à finalité thérapeutique ;

8° Le lait maternel collecté, qualifié, préparé et conservé par les lactariums ;

9° Les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact ;

10° (Abrogé) ;

11° Les procédés et appareils destinés à la désinfection des locaux et des véhicules dans les cas prévus à l'article L. 3114-1 ;

12° Les produits thérapeutiques annexes ;

13° (Abrogé) ;

14° Les lentilles oculaires non correctrices ;

15° Les produits cosmétiques ;

16° Les micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1 ;

17° Les produits de tatouage ;

18° Les logiciels qui ne sont pas des dispositifs médicaux et qui sont utilisés par les laboratoires de biologie médicale, pour la gestion des examens de biologie médicale et lors de la validation, de l'interprétation, de la communication appropriée en application du 3° de l'article L. 6211-2 et de l'archivage des résultats ;

19° Les dispositifs à finalité non strictement médicale utilisés dans les laboratoires de biologie médicale pour la réalisation des examens de biologie médicale. »

Le deuxième alinéa prévoit que les frais supplémentaires liés à d'éventuels examens ou fournitures spécifiquement requis par le protocole de la recherche sont à la charge du promoteur. Comme pour le premier alinéa, la rédaction reprend des dispositions d'ordre réglementaire déjà en vigueur (*Article R.1121-1 du code de la santé publique.*).

Le troisième alinéa constitue le cœur de l'article. Il prévoit la mise en place d'une convention unique destinée à la prise en charge des frais et des surcoûts liés à une recherche réalisée dans un ou plusieurs établissements de santé.

Signée entre le promoteur et le représentant légal de chaque établissement de santé, la convention est conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre en charge de la santé.

Aujourd'hui, une telle convention type existe (*Instruction n° DGOS/PF4/2014/195 du 17 juin 2014 relative à la mise en place d'un contrat unique pour les recherches biomédicales à promotion industrielle dans les établissements de santé publics.*) mais elle ne concerne que les établissements publics de santé. Le présent article permettra d'en généraliser l'usage à tous les établissements privés et publics. Le décret qui sera pris définira le modèle de convention qui fera ensuite l'objet de l'arrêté.

II. LE SOUTIEN APPORTÉ À LA THÉRAPIE INNOVANTE

Le II modifie les articles L. 4211-9-1 et L. 5121-1 du code de la santé publique renforce le dispositif de recherche portant sur les thérapies innovantes.

A. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA THÉRAPIE INNOVANTE

L'article L. 4211-9-1 prévoit que les établissements ou organismes autorisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) après avis de l'agence de la biomédecine peuvent assurer la préparation, la conservation, la distribution, la cession, des médicaments de thérapie innovante (MTI) préparés ponctuellement. Celle-ci est délivrée pour une durée de cinq ans et peut être renouvelée.

L'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du 13 novembre 2007 (*Règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/ CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004.*) précise qu'un médicament de thérapie innovante consiste en un médicament de thérapie génique, un médicament de thérapie cellulaire somatique ou un produit issu de l'ingénierie tissulaire.

Un MTI préparé ponctuellement (MTI-PP), quant à lui, est un MTI qui, en raison de ses caractéristiques et de sa destination, est préparé de façon ponctuelle à l'attention d'un malade déterminé. Les MTI-PP sont définis au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Il s'agit de tout médicament tel que défini dans le règlement précité, fabriqué en France selon des normes de qualité spécifiques et utilisé dans un hôpital en France, sous la responsabilité d'un médecin, pour exécuter une prescription médicale déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé.

A. LES ÉVOLUTIONS APPORTÉES PAR LE TEXTE

● Le 1° du II complète la législation pour permettre, dans le cas des MTI-PP, que les établissements ou organismes autorisés par l'ANSM, réalisent les importations et exportations dans le cadre de recherches biomédicales.

Les dispositions législatives actuelles ne prévoient pas que les établissements autorisés à préparer et conserver les MTI-PP puissent également les importer et les exporter notamment dans le cadre de recherches biomédicales. Cette situation se révèle être un frein à l'innovation et à la recherche en France dans la mesure où les chercheurs français ne peuvent pas participer à des essais cliniques multicentriques européens ou internationaux. Afin de permettre aux équipes françaises de recherche de participer aux essais qui se déroulent au sein de l'espace européen ou international, il est nécessaire de prévoir que dans le cadre des recherches biomédicales, les établissements qui préparent des MTI-PP expérimentaux puissent les importer et les exporter.

C'est pourquoi il est proposé de compléter l'article L 4211-9-1 :

- en permettant l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1, c'est-à-dire les recherches biomédicales. L'étude d'impact précise que cette mesure est motivée par le souci de ne pas pénaliser les chercheurs français : les MTI-PP doivent pouvoir faire l'objet d'importation et d'exportation, notamment dans le cadre des essais multicentriques européens ;
- en prévoyant que le dispositif s'appliquerait aux établissements de santé.

Cet article vise à permettre aux établissements de santé déjà titulaires d'une autorisation au titre de l'article L. 1243-2 du code de la santé publique (banque de tissus et unité de thérapie cellulaire) d'obtenir une autorisation pour fabriquer des MTI au moins dans le cadre de la recherche impliquant la personne humaine.

Le 2° du II modifie, par coordination, le 17° de l'article L. 5121-1. La définition des MTI-PP est désormais assortie d'une dérogation accordant la possibilité de fabriquer, importer ou exporter ces médicaments dans le cadre des recherches portant sur la thérapie innovante.

*

Outre quatre amendements rédactionnels, le dispositif a été complété par voie d'amendement gouvernemental afin de permettre aux établissements de santé de préparer, dans le cadre des recherches biomédicales, des médicaments de thérapie innovante lorsque ces derniers sont destinés à être mis sur le marché dans les États membres. Ainsi, les établissements de santé déjà titulaires d'une autorisation d'unité de thérapie cellulaire pourront solliciter auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament une autorisation complémentaire pour pouvoir préparer ces médicaments dans le cadre des recherches biomédicales.

*

La Commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS67, AS949 et AS68 du rapporteur. Elle examine ensuite l'amendement AS1502 du Gouvernement.

Mme la ministre. L'amendement a pour objet de permettre aux établissements de santé de préparer, dans le cadre des recherches biomédicales, des médicaments de thérapie innovante destinés à être mis sur le marché.

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

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS69 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette ensuite l'amendement AS1121 de M. Arnaud Richard.

Elle adopte enfin l'article 37 modifié.

e. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux Outre-mer sur le projet de loi relatif à la santé (n°2302)

9. Le développement de la recherche et de l'innovation dans le domaine des médicaments au sein des établissements de santé (article 37)

L'article 37 du projet de loi a pour objet de soutenir la recherche et l'innovation dans le domaine des médicaments – aussi bien les médicaments classiques que les médicaments de thérapie innovante basés sur la biologie cellulaire – lorsque les études sont réalisées au sein des établissements hospitaliers, quel que soit le statut de ces derniers.

L'article 37 comporte ainsi deux volets : un volet consacré à la recherche clinique à partir de produits fournis par des promoteurs (il s'agit des essais de médicaments à partir de produits principalement fournis par l'industrie pharmaceutique) ; et un volet consacré à la recherche clinique sur les médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement – les MTI PP – qui sont des médicaments utilisés dans le cadre des thérapies cellulaires.

S'agissant du premier volet, l'article 37 – afin de faciliter les relations entre les hôpitaux et les laboratoires industriels – institue le contrat unique de recherche.

Ce contrat unique est défini par un arrêté du ministre chargé de la santé. Il comprend notamment des dispositions concernant la fourniture des médicaments expérimentaux par le promoteur ; des dispositions concernant les dispositifs médicaux requis pour les administrer ; et également des clauses-types pour la prise en charge des frais éventuels supportés par l'établissement dans le cadre de l'expérimentation.

Le dispositif prévu par la première partie de l'article 37 simplifie donc l'organisation des phases de tests cliniques avant la mise sur le marché des médicaments. Il accélère également les délais nécessaires pour mettre en place des expérimentations.

Le second volet de l'article 37 concerne les médicaments de thérapie innovante. L'article prévoit de faciliter l'obtention de l'autorisation de fabriquer des MTI PP lorsqu'il s'agit d'établissements hospitaliers ou d'organismes qui disposent déjà d'une autorisation pour la conservation, la distribution ou la cession de ces médicaments – autorisation accordée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Ces établissements sont principalement les unités de thérapie cellulaire des hôpitaux et les banques de tissus. Indépendamment de la production des MTI PP, les établissements concernés pourront aussi importer et exporter ces médicaments, dans le cadre d'une recherche médicale.

Ces dispositions doivent permettre d'accroître la recherche, ainsi que la coopération internationale, dans le domaine de la biologie.

f. Amendements déposés en séance publique

Amendement N°2509 présenté par le Gouvernement

ARTICLE 37

Après l'alinéa 5, insérer les deux alinéas suivants :

« I bis. – L'article L. 2151-5 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V.- Sans préjudice des dispositions prévues au titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du présent code, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon in vitro avant ou après son transfert à des fins de gestation si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre I^{er} de la première partie du présent code. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi du 6 août 2013 (loi MEZARD) a modifié l'article L. 2151-5 du code de la santé publique relatif aux recherches sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, en substituant au régime d'interdiction de ces recherches un régime d'autorisation strictement encadré.

Elle a parallèlement supprimé le régime spécifique des études sur l'embryon transférable qui était prévu au VI de l'article L. 2151-5 du CSP pour permettre certaines recherches en AMP. Ces recherches avaient en effet désormais vocation à être menées sous le régime protecteur de la recherche biomédicale.

Le Conseil d'État, saisi du projet de décret d'application de la loi de 2013, a toutefois estimé que les dispositions législatives existantes en matière de recherches biomédicales ne pouvaient, à elles seules, servir de base légale au dispositif réglementaire de recherches biomédicales en AMP. Il a considéré que les recherches de cette nature devaient être expressément prévues par le législateur.

Le présent amendement a ainsi pour objet de donner plein effet à la volonté du législateur, qui n'avait pas entendu revenir sur les recherches conduites depuis 2011 sur les gamètes et embryons transférables dans le cadre d'une recherche en AMP et donc de permettre de mener ces recherches dans le cadre et avec les garanties de la recherche biomédicale.

Amendement n°242 présenté par M. Touraine

ARTICLE 37

À l'alinéa 7, substituer aux mots :

« après le mot : « cession », sont insérés les mots : « , l'importation »

les mots :

« les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

g. Discussion en séances publiques

Première séance du 10 avril 2015

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, inscrit sur l'article.

M. Élie Aboud. Nous allons maintenant parler de la recherche clinique et de ce dispositif qui est au cœur du système hospitalo-universitaire. Il existe trois raisons pour ne pas y toucher.

La première, c'est que les patients doivent pouvoir profiter des molécules et des thérapies innovantes – je précise que je n'évoque là que les essais cliniques de la phase II à la phase IIIa, et non ceux de phase IV, qui relèveraient, à la limite, d'une approche commerciale.

La deuxième raison, c'est que beaucoup de praticiens hospitaliers, qui ne sont pas forcément des PU-PH – professeur des université-praticien hospitalier –, choisissent l'hôpital public pour continuer à faire de la recherche.

La troisième raison est économique : tous les directeurs d'hôpitaux disent que, de toute façon, le contribuable n'est pas perdant, puisque l'hôpital public gagne de l'argent avec la recherche clinique.

Certes, on ne peut pas entretenir une armée mexicaine ; certes, il ne faut pas qu'il existe dans chaque hôpital trente à quarante associations, chaque praticien hospitalier ouvrant sa propre boutique. Cela, nous l'entendons. Mais attention : ce qui est proposé va freiner l'envie des PH et des PU-PH de faire de la recherche clinique et, par suite, priver les patients de molécules innovantes qui ne seront mises sur le marché que des mois ou des années après.

Mais nous aurons l'occasion de revenir sur tout cela au cours de l'examen des amendements, madame la ministre.

M. le président. Nous en venons donc aux amendements.

Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1710 et 1191, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 1710.

Mme Dominique Orliac. La recherche clinique en établissement exige l'intervention d'investigateurs, qui sont pour l'essentiel des médecins et qui vont effectuer les consultations et examens nécessaires. Ces praticiens doivent être partie prenante de la recherche à finalité commerciale qu'on ne saurait leur imposer, conformément au principe d'indépendance professionnelle.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1191.

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement est presque identique. Lorsque la recherche est réalisée dans un ou plusieurs établissements de santé, la prise en charge des frais devrait faire l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chaque établissement de santé et les investigateurs. L'intervention de ces derniers, pour l'essentiel des médecins, me paraît indispensable.

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

M. Jean-Louis Touraine, *rapporteur.* Ce sera un avis en trois points.

Premièrement, la convention est destinée à établir le remboursement à l'établissement de santé des surcoûts engendrés par la recherche. Il s'agit donc d'un document signé par le promoteur et le représentant légal de l'établissement.

Deuxièmement, l'investigateur n'est pas le représentant légal, mais on pourrait fort bien imaginer que la convention soit signée en sa présence.

Troisièmement, les amendements entendent garantir l'indépendance de l'investigateur responsable de la recherche au sens du code de la santé publique face aux industriels.

Par conséquent, avis défavorable sur les deux.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Même avis.

(Les amendements n^{os} 1710 et 1191, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n^o 2509.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* L'objet de cet amendement est d'introduire, à la demande du Conseil d'État, une base légale afin que les recherches en assistance médicale à la procréation puissent être poursuivies avec les garanties de la recherche biomédicale.

J'interviendrai ultérieurement sur le fond de l'article – à moins que vous ne préféreriez que je le fasse tout de suite, monsieur Aboud ?

M. Élie Aboud. S'il vous plaît, madame la ministre : cela permettrait de clarifier le débat sur les amendements.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* L'article 37 vise à renforcer l'attractivité de nos établissements et de la recherche clinique en France. Nous avons constaté qu'en raison de procédures souvent trop lourdes, la France, dont la recherche clinique compte parmi les meilleures qui soient, se retrouve « coiffée au poteau » dans des recherches dont elle est souvent à l'initiative. Ce n'est pas satisfaisant.

Nous avons donc engagé des discussions pour introduire de la souplesse dans ces procédures : c'est l'objectif de la convention unique.

M. Élie Aboud. Ce n'est pas de la souplesse !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Si, cela introduit de la souplesse.

Je sais que cela a suscité des inquiétudes, mais l'objectif est d'accroître l'attractivité des établissements français dans ce domaine et de permettre que le plus grand nombre de patients soient inclus dans les essais thérapeutiques. Soyons concrets : en termes de règles budgétaires, cela aboutira-t-il à un financement unique, en dehors duquel l'ensemble des équipes concernées ne pourrait pas bénéficier de financements ? La réponse est non.

M. Élie Aboud. Très bien !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Des règles budgétaires et comptables existent, qui doivent permettre la souplesse nécessaire à des adaptations aux réalités de chaque établissement et aux souhaits des équipes. Des discussions ont eu lieu, notamment avec l'AP-HP et la conférence des directeurs généraux de CHU, dont celui de Montpellier, et les présidents des commissions médicales d'établissement. Je peux donc vous assurer que tant les services de l'AP-HP que ceux – au hasard – du CHU de Montpellier seront en mesure de mettre en place des dispositifs propres à accompagner, avec toute la souplesse nécessaire, la mise en œuvre de ces nouvelles règles et de ces nouvelles préconisations.

J'ai d'ailleurs écrit en ce sens, il y a quelques jours, à l'ensemble des professeurs de médecine qui m'avaient interpellée sur cette question. Je peux les assurer que les travaux techniques en cours nous permettront d'identifier et de diffuser des pratiques et des modèles adaptés aux besoins de la recherche clinique de l'ensemble des acteurs, des partenaires, des professionnels et des investigateurs.

L'objectif, c'est de renforcer l'attractivité de nos établissements, dans l'intérêt des patients ; ce n'est pas de corseter, de compliquer, de réglementer. Si on veut de la recherche, de la réactivité, de l'innovation, il faut de

la souplesse. Il reviendra à chaque CHU d'organiser les règles budgétaires et procédurales qui permettront aux équipes de s'y retrouver.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Favorable, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Il est vrai, madame la ministre, que nous avons peur et que ce vous venez de dire sur la nécessité d'introduire de la souplesse nous reconforte un peu. Nous serons désormais plutôt de votre côté.

M. Gérard Bapt. Très bien !

(L'amendement n° 2509 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 1617 et 2308.

La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 1617.

M. Arnaud Richard. Afin d'être tout à fait convaincus, madame la ministre, nous souhaiterions être rassurés en ce qui concerne le respect des règles communautaires en vigueur et des impératifs de sécurité sanitaire. Comme vous, nous sommes soucieux de l'attractivité de l'industrie pharmaceutique et bien déçus quand la France est coiffée au poteau, pour reprendre votre expression, par ses concurrents.

On peut juger ce type de réglementation trop lourd, mais l'objectif est quand même d'assurer le cadre sanitaire le plus sécurisé au développement de thérapies innovantes. Si vous pouvez nous assurer que les règles plus souples que vous nous proposez d'adopter par cet article 37 ne contreviennent pas aux règles communautaires en vigueur et aux impératifs de sécurité sanitaire, nous sommes prêts à retirer notre amendement.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2308.

Mme Dominique Orliac. Les travaux de recherche biomédicale visant à mettre au point des médicaments de thérapie innovante doivent se poursuivre et être soutenus. Cependant, les alinéas 6 à 14 de l'article 37 contreviennent aux règles communautaires en vigueur.

En supprimant ces alinéas, le présent amendement permet de maintenir un encadrement réglementaire et sanitaire sécurisé pour le développement des médicaments de thérapie innovante au bénéfice des patients et de leur famille. La suppression desdits alinéas ne modifierait en rien le droit en vigueur et n'entraverait donc pas le développement des thérapies innovantes et le dynamisme de l'innovation médicale française.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Nous n'avons pas la même lecture du règlement européen. Selon nous, l'article que nous examinons n'y contrevient en rien.

En ce qui concerne la sécurité, la directive 2001/83/CE prévoit que « les États membres veillent à ce que les exigences nationales de traçabilité et de pharmacovigilance, ainsi que les normes de qualité spécifiques mentionnées au présent paragraphe, soient équivalentes à celles prévues au niveau communautaire pour les médicaments de thérapie innovante. » Vos deux préoccupations sont donc satisfaites.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, votre réponse sur la recherche clinique nous satisfait.

Je vous demanderai simplement une précision : lorsque vous parlez de souplesse, cela signifie-t-il que le soin de déterminer l'organisation pertinente sera laissé à la direction et aux praticiens concernés de chaque centre hospitalier universitaire ? Ou bien un cadre législatif et juridique sera-t-il imposé à tout le monde ? Souplesse signifie décentralisation et coopération entre administration et praticiens hospitaliers.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il reviendra en effet à chaque établissement d'adopter son propre dispositif. Ainsi le dispositif que le CHU de Bordeaux vient d'adopter n'est pas le même que celui de Limoges.

M. Élie Aboud. Parfait ! Merci, madame la ministre.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je retire mon amendement.

(L'amendement n° 1617 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Je retire l'amendement n° 2308.

(L'amendement n° 2308 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 242.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. C'est un amendement rédactionnel, monsieur le président.

(L'amendement n° 242, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 398 et 1079.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 398.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, jusqu'à présent les différents actes liés aux médicaments de thérapie innovante, ou MTI, c'est-à-dire leur préparation, leur conservation, leur distribution et leur cession, s'inscrivent dans un processus industriel. Ils sont, à l'heure actuelle, réservés aux établissements qui ont le statut d'établissements pharmaceutiques.

Or vous proposez, madame la ministre, d'autoriser les établissements de santé, dans le cadre de leurs recherches, à fabriquer, importer, exporter et distribuer ces médicaments. Il ne nous semble pas que les hôpitaux aient vocation à devenir des entreprises du médicament, d'autant que ces établissements ne sont pas soumis aux mêmes règles que les établissements pharmaceutiques en termes de sécurité des patients ; C'est pourquoi nous demandons la suppression de ces alinéas 8 à 10.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 1079.

M. Élie Aboud. Il est vrai qu'à l'heure actuelle, les actes liés à la préparation, la conservation et la distribution des médicaments de thérapie innovante s'inscrivent dans un processus industriel et sont réservés aux établissements ayant le statut d'établissement pharmaceutique.

(Les amendements identiques n°s 398 et 1079, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 1197, 1414 et 1737 rectifié.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1197.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à encadrer le développement des sites qui proposent aux internautes des conseils personnalisés. Nous proposons d'assurer la sécurité des informations données à l'internaute, de protéger les données personnelles de santé et leur caractère non marchand ainsi que de garantir le respect du consentement de l'internaute en intégrant l'activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémédecine.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 1414.

M. Arnaud Richard. Je le retire, monsieur le président.

(L'amendement n° 1414 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 1737 rectifié.

Mme Dominique Orliac. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. La commission émet un avis défavorable. Le champ de la télémédecine ne peut pas être ainsi étendu au téléconseil. La télémédecine est la réalisation d'un acte médical à distance, ce qui n'est pas le cas du téléconseil.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n°s 1197 et 1737 rectifié ne sont pas adoptés.)

(L'article 37, amendé, est adopté.)

h. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 37

I. – Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1121-13-1. – Pour les recherches à finalité commerciale, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, la prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur et le représentant légal de chaque établissement de santé. La convention, conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge des surcoûts liés à la recherche.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

I bis (nouveau). – L'article L. 2151-5 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Sans préjudice du titre IV du présent livre I^{er}, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon *in vitro* avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre I^{er} de la première partie. »

II. – Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

1° *bis (nouveau)* Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4211-9-2. – Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1, et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante, définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) *(nouveau)* Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation ».

2. Sénat

a. Projet de loi transmis au Sénat le 15 avril 2015

Article 37

I. - Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1121-13-1. - Pour les recherches à finalité commerciale, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, la prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur et le représentant légal de chaque établissement de santé. La convention, conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge des surcoûts liés à la recherche.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

I bis (nouveau). - L'article L. 2151-5 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Sans préjudice du titre IV du présent livre I^{er}, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon *in vitro* avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre I^{er} de la première partie. »

II. - Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

1° *bis (nouveau)* Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4211-9-2. - Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1, et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante, définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) *(nouveau)* Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation ».

b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales

Article 37

(art. L. 1121-13-1 [nouveau], L. 2151-5, L. 4211-9-1,

L. 4211-9-2 [nouveau] et L. 5121-1 du code de la santé publique)

Définition d'une convention unique de recherche, autorisation de la recherche biomédicale sur des gamètes destinés à constituer un embryon, autorisation d'importation et d'exportation par les établissements de santé des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement et autorisation pour les établissements de santé de fabriquer des médicaments de thérapie innovante dans le cadre de recherches biomédicales

Objet : Cet article étend le contrat unique de recherche aux établissements privés, autorise la recherche biomédicale sur des gamètes destinées à constituer un embryon et autorise, dans le cadre de recherches biomédicales, l'importation et l'exportation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement.

I - Le dispositif proposé

Le contrat unique de recherche

Les délais de mise en place des essais cliniques à promotion industrielle ont été identifiés comme un handicap pour la compétitivité de la recherche française en dépit des efforts déployés pour la faciliter. Dans un rapport publié en juin 2014, l'IGAS soulignait ainsi : « **chaque modification législative, et réglementaire, nationale ou européenne a affiché un objectif de simplification, or, force est de constater que chaque « avancée » juridique a, au contraire, fait perdre en clarté, visibilité, prévisibilité et compréhension par les acteurs eux-mêmes des déterminants d'une recherche de qualité, dynamique, réactive et attractive** ».

Le contrat stratégique de filière « industrie et technologie de santé », signé le 5 juillet 2013 entre le gouvernement et les représentants des industries de santé, a prévu de « **simplifier et accélérer la mise en place des essais cliniques à promotion industrielle dans les établissements de santé** » par la mise en place d'une convention unique, conclue entre le promoteur industriel et les établissements de santé, identifiant les surcoûts, dont les honoraires investigateurs, liés à l'essai clinique pour l'établissement de santé et les intégrant dans un financement versé directement à l'établissement.

Le principe même d'une telle convention est d'ores et déjà prévu par l'article R. 1121-4 du code de la santé publique qui dispose, dans son second alinéa : « **Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole de la recherche ou pour la mise en oeuvre de celui-ci. Lorsque la recherche est réalisée dans un**

établissement de santé, la pris en charge de ces frais fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur et le représentant légal de l'établissement. » Il s'agit de la standardiser.

| | | |
|---|-----------|-----------------------|
| Promoteurs | et | investigateurs |
| au sens de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique | | |
| Promoteur : personne physique ou morale qui prend l'initiative d'une recherche biomédicale sur l'être humain, qui en assure la gestion et qui vérifie que son financement est prévu | | |
| Investigateur : personne physique qui dirige et surveille la réalisation de la recherche sur un lieu. | | |

La convention unique, ou contrat unique, a été mise en place dans les établissements de santé publics par une instruction de la DGOS en date du 17 juin 2014. Ce texte précise les modalités unifiées de calcul des surcoûts pour les établissements (actes nécessaires en plus de la prise en charge courante, tâches d'investigation liées à la mise en oeuvre du protocole et forfaits administratifs et logistiques). Il distingue les surcoûts exposés par l'établissement de santé de l'incitation financière qui peut être versée par l'entreprise pour un usage au sein du service ou du pôle de l'investigateur référent et qui peut être soit affectée à l'établissement de santé sur un compte de tiers, soit reversée à une fondation hospitalière, soit reversée à un groupement de coopération hospitalière ou un groupement d'intérêt économique auquel appartient l'établissement de santé. Il définit un objectif-cible de 45 jours entre la réception du dossier complet et la signature de la convention pour l'établissement de santé coordonnateur et de 15 jours pour chaque établissement de santé associés.

Le présent article inscrit la convention unique, qui relève actuellement du domaine réglementaire, dans la loi et l'étend aux établissements privés, qui pouvaient d'ores et déjà y avoir recours sur la base du volontariat.

Le contrat unique de recherche permet une plus grande transparence des flux financiers. Pour les besoins de la recherche, les investigateurs créaient des structures spécifiques, associations ou fondations, qui permettent d'établir une convention avec le promoteur et de rémunérer, par exemple, des attachés de recherche clinique ou des techniciens de recherche clinique qui n'avaient pas de lien juridique avec l'hôpital.

Le présent article prévoit également que les produits faisant l'objet d'une recherche à finalité commerciale sont fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur. Ce principe est rappelé dans la convention type au titre des engagements du promoteur.

Cette disposition correspond également au droit en vigueur. L'article L. 1126-10 du code de la santé publique dispose, dans sa rédaction actuelle, que : « *le fait pour le promoteur, dans le cadre d'une recherche biomédicale, de ne pas fournir gratuitement aux investigateurs les médicaments expérimentaux et les cas échéant, les dispositifs utilisés pour les administrer est puni de 30 000 euros d'amende* ». La nouvelle rédaction de cet article, issue de la loi du 5 mars 2012 dite loi « Jardé »^{89(*)}, non encore entrée en vigueur faute de décrets d'application, n'en modifie pas le principe.

En revanche, si l'article L. 1121-16-1 tel qu'issu de la loi du 5 mars 2012 précise clairement les conditions dans lesquelles les recherches à finalité non-commerciales peuvent bénéficier de la gratuité des médicaments expérimentaux, l'article L. 1126-10 ne distingue pas entre les recherches selon qu'elles sont à finalité commerciale ou non.

C'est pourquoi la disposition selon laquelle les médicaments expérimentaux sont fournis gratuitement pour les recherches à finalité commerciale a pu faire craindre à certains acteurs de la recherche académique de ne plus pouvoir bénéficier de cette gratuité.

L'élargissement de la recherche sur des gamètes destinées à constituer un embryon

Introduit en séance publique par un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, le *I bis* nouveau du présent article autorise « *les recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation* » sur « *des gamètes destinées à constituer un embryon ou sur l'embryon in vitro avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent* ».

La ministre de la santé a indiqué en séance publique que l'objet de cet amendement était « d'introduire, à la demande du Conseil d'État, une base légale afin que les recherches en assistance médicale à la procréation puissent être poursuivies avec les garanties de la recherche biomédicale ». Ces recherches, qui ne sont actuellement pas autorisées, ont donné lieu à des contentieux.

L'autorisation d'importer et d'exporter des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTI PP)

Le règlement (CE) n° 1397/2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) 726/2004 a introduit la nouvelle catégorie des « *médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement* » ou MTI PP, avec l'objectif de leur fournir un cadre garantissant une protection de la santé des patients.

Ces dispositions ont été transposées en droit interne par l'article 8 de la loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques au 17° de l'article 5121-1 du code de la santé publique et par le décret 2012-1236 du 6 novembre 2012 relatif aux médicaments de thérapie innovante.

Le MTI PP est un médicament à usage humain autorisé par l'ANSM et soumis à des exigences nationales de traçabilité et de pharmacovigilance.

La fabrication des MTI PP est dérogatoire en ce qu'elle n'est pas réservée au monopole pharmaceutique : c'est une préparation ponctuelle, fabriquée selon des normes de qualité spécifiques, pour exécuter une prescription médicale déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé, utilisée dans un hôpital sous la responsabilité d'un médecin et distribuée sur le seul territoire national.

Le PTI PP se distingue de la préparation de thérapie cellulaire (PTC) qui n'est pas un médicament et du MTI réservé aux établissements pharmaceutiques, dont l'autorisation est centralisée au sein de l'agence européenne du médicament et dont l'import-export est autorisé.

Il n'y a pas d'importation ou d'exportation de MTI PP. L'étude d'impact du projet de loi identifie cette restriction comme un frein à l'innovation dans la mesure où *« les chercheurs français ne peuvent pas participer à des essais cliniques multicentriques européens ou internationaux. »*

Le 1° du II du présent article modifie l'article L. 4211-9-1 du code de la santé publique pour ajouter la possibilité d'assurer, pour les établissements et organismes autorisés par l'ANSM, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1, c'est-à-dire « les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales » ou recherches biomédicales. Il précise que cette possibilité est ouverte aux établissements de santé.

Par coordination, le 2° de l'article modifie le 17° de l'article L. 5121-1 qui définit les MTI PP.

L'autorisation, pour les établissements de santé titulaires d'une autorisation pour une unité de thérapie cellulaire de fabriquer des médicaments de thérapie innovante

À l'initiative du Gouvernement, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a complété cet article par un 1° *bis* qui crée un article L. 4211-9-2 permettant aux établissements de santé autorisés par l'ANSM à « *assurer la préparation, la conservation, la distribution et la cession, à des fins thérapeutiques autologues ou allogéniques, des tissus et de leurs dérivés et des préparations de thérapie cellulaire* » (article L. 1243-2 du code de la santé publique), à assurer, dans le cadre de recherches biomédicales, « *la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante* ». Il s'agit donc, pour les établissements déjà titulaires d'une autorisation d'unité de thérapie cellulaire, de solliciter une autorisation complémentaire de l'ANSM, pour produire des MTI dans le cadre de recherches biomédicales.

Cet ajout représente une disposition très dérogatoire puisqu'il s'agit d'une fabrication de médicaments destinés à être mis sur le marché, dans le cadre d'une autorisation européenne, avec, potentiellement un risque de concurrence avec les laboratoires pharmaceutiques.

La loi du 22 mars 2011, qui a étendu la possibilité d'être un établissement pharmaceutique, jusqu'alors réservée aux entreprises privées, aux organismes à but non-lucratif et aux établissements publics pour certains médicaments, avait exclu les établissements de santé de son champ d'application.

D'après les informations fournies à vos rapporteurs, il existe environ 75 établissements autorisés par l'ANSM au titre de l'article L. 1243-2 du code de la santé publique parmi lesquels un petit nombre est susceptible de pouvoir fabriquer, dans le cadre de recherches sur l'homme, des MTI au standard des normes européennes (obtention d'un certificat de bonnes pratiques de fabrication ou BPF) et pouvant obtenir une AMM.

L'interdiction qui leur est faite actuellement constitue un frein et un désavantage comparatif pour la recherche française : dans le cas où un produit a été développé dans le cadre d'un essai clinique, le développeur peut souhaiter que la phase ultérieure d'essai clinique se déroule dans des conditions répondant aux normes européennes d'obtention d'une AMM.

II - La position de la commission

Vos rapporteurs ont constaté que le rappel de la gratuité des médicaments expérimentaux, déjà prévue par le droit existant et rappelée dans la convention-type, apportait aux chercheurs plus d'inquiétude que de sérénité. Ils proposent donc de supprimer cet alinéa, ce qui n'aura pas pour effet de changer l'état du droit.

Bien que les conditions du déploiement du contrat unique semblent soulever certaines difficultés au sein des établissements de santé et qu'il ne représente pas toujours la simplification attendue, la standardisation des conventions de recherche est de nature à accélérer la mise en place des essais cliniques.

Vos rapporteurs jugent nécessaire de prévoir que cette convention peut être conclue par une structure de coopération, ce qui leur semble de nature à simplifier les processus lorsque cette structure regroupe les établissements concernés par la recherche.

Devant l'inquiétude manifestée par les investigateurs qui craignent que les financements des promoteurs industriels ne soient pas « fléchés » sur leur pôle ou leur service, il semble nécessaire de prévoir au présent article que l'investigateur est signataire de la convention, ce qui est le cas dans la convention-type.

Bien qu'il s'agisse d'une modification ponctuelle, vos rapporteurs estiment que les dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinées à constituer un embryon doivent respecter les formes qui s'attachent à la révision des lois de bioéthique. C'est pourquoi ils proposent la suppression de cet alinéa.

En ce qui concerne les dispositions relatives aux MTI et aux MTI PP, vos rapporteurs considèrent qu'elles doivent rester circonscrites aux besoins non-couverts par l'industrie pharmaceutique. Il appartiendra à l'ANSM d'y veiller dans la gestion des autorisations qu'elle donne.

Sur proposition des rapporteurs, votre commission a adopté un amendement intégrant ces différentes modifications (**amendement COM-313**).

A l'initiative de notre collègue Gérard Roche et des membres du groupe UDI-UC, elle a également adopté un amendement visant à intégrer l'activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémédecine (**amendement COM-115**).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

c. Séances publiques

Séance du 29 septembre 2015

Article 37

I. – Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1121-13-1.* – Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, la prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur d'une part, et l'investigateur et le représentant légal de chaque établissement de santé ou d'une structure de coopération regroupant lesdits établissements, d'autre part. La convention, conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge des surcoûts liés à la recherche.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

I bis. – (*Supprimé*)

II. – Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

1° *bis* Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4211-9-2.* – Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1, et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante, définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 6316-1, après les mots : « de réaliser des prestations ou des actes, », sont insérés les mots : « de donner un conseil personnalisé ».

[Mme la présidente](#). L'amendement n° 1252, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 1121-13-1.- Pour les recherches à finalité commerciale, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

II. – Alinéa 2

Supprimer la référence :

Art. L. 1121-13-1

III. – Alinéa 3

1° Première phrase

Après le mot :

promoteur

rédigé ainsi la fin de la cette phrase :

, le représentant légal de chaque établissement de santé et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des intéressements ayant vocation à financer d'autres activités de recherche auxquelles est associé l'investigateur.

2° Seconde phrase

Remplacer les mots :

des surcoûts liés à la recherche

par les mots :

de tous les coûts et surcoûts liés à la recherche

3° Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette convention est transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. En premier lieu, cet amendement vise à rétablir la rédaction très claire adoptée par l'Assemblée nationale généralisant l'usage de la convention unique entre établissements de santé et promoteurs industriels pour des recherches biomédicales à finalité commerciale.

En effet, le Gouvernement cherche, d'une part, à assurer l'efficacité de la recherche clinique industrielle dans un contexte international concurrentiel et, d'autre part, à renforcer la transparence et la confiance entre acteurs. Cet amendement tend ainsi à introduire la possibilité, pour une structure tierce, d'être partie à la convention unique, afin de répondre à la réalité de la situation rencontrée sur le terrain.

En second lieu, cet amendement a pour objet d'expliquer ce que représentent les surcoûts visés dans la convention unique, car ils nécessitaient une clarification.

Enfin, il tend à prévoir la transmission systématique de toutes les conventions uniques à l'Ordre des médecins.

[Mme la présidente](#). Le sous-amendement n° 1253, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Amendement n° 1252

I. – Alinéa 12

Après le mot :

intéressements

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

versés par le promoteur.

II. – Alinéa 17

Après les mots :

tous les coûts

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

liés à la recherche, qu'ils soient relatifs ou non à la prise en charge du patient

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur, pour présenter ce sous-amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 1252.

M. Alain Milon, corapporteur. Au préalable, je veux indiquer que l'amendement du Gouvernement a été soumis aujourd'hui à la commission, qui l'a étudié à treize heures trente de manière un peu hâtive.

Il porte sur la partie de l'article 37 qui définit la convention unique applicable aux recherches menées dans les établissements de santé. Il vise en partie à rétablir la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale, mais aussi à la modifier sur d'autres points.

En premier lieu, le présent amendement tend donc à rétablir la précision selon laquelle, pour les recherches à finalité commerciale, les produits expérimentaux étudiés sont fournis gratuitement par le promoteur industriel. Or la convention type telle que définie par l'article 37 a pour objet de préciser les conditions de prise en charge des différents postes de dépenses exposés par un établissement de santé, et les produits expérimentaux en font pleinement partie ; ils sont d'ailleurs bien visés dans la rédaction actuelle de la convention type définie par une instruction de la direction générale de l'offre de soins du 17 juin 2014.

C'est pourquoi la commission avait supprimé la mention relative à la gratuité des produits expérimentaux. En outre, cette disposition suscitait l'inquiétude des chercheurs académiques, qui craignaient de ne plus pouvoir bénéficier de la gratuité des produits dès lors que celle-ci semblait réservée aux recherches à finalité commerciale. Cette préoccupation appelle des explications de la part du Gouvernement.

En second lieu, le présent amendement vise à supprimer la précision, introduite par la commission des affaires sociales, selon laquelle l'investigateur est signataire de la convention et qui avait pour objectif d'assurer que les honoraires investigateurs ou les incitations financières étaient bien versés à l'équipe de recherche concernée.

L'amendement tend à préciser qu'est partie à la convention, « le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des intéressements ayant vocation à financer d'autres activités de recherche auxquelles est associé l'investigateur. » L'équipe de recherche ne percevrait les honoraires investigateurs que dans la mesure où elle pourrait justifier que ces financements bénéficient à d'autres recherches plus strictement hospitalières ou académiques.

Si l'on comprend bien la finalité visée par cet amendement, à savoir renforcer la transparence et éviter les liens d'intérêts entre promoteurs et investigateurs, celui-ci tend aussi à priver les structures de recherche de financements incitatifs, lesquels seraient absorbés dans le budget de l'hôpital. Or il paraît paradoxal d'exiger que des financements incitatifs versés dans le cadre d'un projet précis de recherche servent à financer d'autres recherches. Sur ce point, la commission est donc en désaccord profond avec le Gouvernement.

Enfin, en troisième lieu, dès lors qu'il est prévu que la convention stipule les modalités de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, la mention de surcoûts ne paraît pas nécessaire.

C'est pourquoi la commission a adopté un sous-amendement à l'amendement du Gouvernement, afin que les honoraires investigateurs et les incitations financières versées dans le cadre d'un projet de recherche soient bien affectés à la structure de recherche concernée et non au budget de l'hôpital. Ce sous-amendement a aussi pour objet de préciser la notion de coût lié à la recherche pour éviter de devoir mentionner les modalités de prise en charge de coûts et de surcoûts.

La commission des affaires sociales émet un avis favorable sur l'amendement du Gouvernement, si toutefois son sous-amendement est adopté.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 1253 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je découvre ce sous-amendement en séance ; il m'est donc un peu difficile de porter un jugement très précis sur son objet.

M. Alain Gournac. Cela nous arrive souvent avec vos amendements !

Mme Marisol Touraine, ministre. Néanmoins, après avoir écouté attentivement M. Milon, par précaution, j'émet un avis défavorable sur ce sous-amendement. En effet, selon la commission, les surcoûts devraient systématiquement être affectés à la structure de recherche au sein de l'hôpital et en aucun cas à ce dernier.

Or le surcoût facturé peut aussi rémunérer un service rendu par la structure hospitalière. Le centre de recherche, les services menant les investigations cliniques évoluent au sein d'un hôpital et bénéficient de ce fait, pour leur activité, de prestations de l'établissement qui ne sont pas isolables au sein de son budget.

Ainsi, si une partie des financements doit aller à la structure de recherche, une autre partie doit pouvoir être dirigée, le cas échéant, vers l'hôpital. Il ne me paraît pas souhaitable de flécher systématiquement les ressources extérieures vers le seul centre de recherche, dans la mesure où celui-ci profite des prestations de l'hôpital.

Pour toutes ces raisons, sous réserve d'une étude plus approfondie, l'avis du Gouvernement est, je le répète, défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Mme la ministre se retrouve dans la même situation inconfortable que la commission a connue voilà quelques heures, quand elle a reçu l'amendement du Gouvernement, presque au moment de sa réunion. (Marques d'approbation sur les travées du groupe Les Républicains.)

Sur le fond, notre objectif, à travers ce sous-amendement, est que l'équipe de recherche visée par le financement en bénéficie réellement et que cette ressource ne se trouve pas affectée au budget de l'hôpital. Je vous demande donc, mes chers collègues, d'adopter l'amendement du Gouvernement, mais sous-amendé, de sorte que l'équipe perçoive réellement les fonds nécessaires à sa recherche.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Sans vouloir prolonger le débat sur la forme, je découvre pour ma part le sous-amendement en séance, alors que l'amendement du Gouvernement a été déposé avant la réunion de la commission. Les services de cette dernière ont par conséquent eu quelque temps pour l'examiner, contrairement à mon équipe et à moi-même.

Sur le fond, je rappelle que le service investigateur est partie à la convention ; il s'agit là d'une avancée significative puisque, précisément, cela permet d'éviter les ambiguïtés sur l'affectation de tout ou partie du financement à la structure de recherche.

Si je le comprends bien, le sous-amendement vise à ce que toutes les ressources extérieures aillent à cette seule structure. Je le répète, si celle-ci est dans un hôpital, cela omet le fait qu'elle jouit de la logistique de son établissement. Or ce service peut être amené, non systématiquement mais le cas échéant, à être rémunéré.

Nous ne souhaitons pas que les ressources soient systématiquement affectées d'un côté ou de l'autre ; nous voulons ouvrir la possibilité d'une répartition des ressources pour rémunérer ce qui relève exclusivement de la structure d'investigation et ce qui relève de la mise à disposition des services de l'hôpital, par voie de mutualisation.

Je ne suis donc pas certaine que nos points de vue soient si éloignés ; en effet, si l'objectif visé est que la structure de recherche puisse être financée, cela figure dans la convention.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. La commission a reçu l'amendement du Gouvernement à neuf heures trente-deux et, s'étant réunie à treize heures, elle a disposé d'environ trois heures trente pour l'étudier. Elle a déposé à son tour son sous-amendement à quinze heures douze et il est dix-huit heures quarante-cinq, donc le Gouvernement a également disposé de trois heures trente pour l'étudier. (Sourires sur les travées du groupe Les Républicains.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Nicole Bricq, pour explication de vote.

Mme Nicole Bricq. M. le président de la commission vient d'indiquer qu'il était, tout comme Mme la ministre, placé dans une position inconfortable. Mais pour les sénateurs siégeant dans cet hémicycle, qu'ils soient ou non membres de la commission,...

M. Alain Milon, corapporteur. C'est sans doute encore pire !

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Eh oui !

Mme Nicole Bricq. ... le débat est véritablement abscons.

Madame la ministre, je me suis efforcée de comprendre ces dispositions. Dans la mesure où elles traitent de la recherche à finalité commerciale, les enjeux sont de taille !

J'ai bien retenu qu'il s'agissait de la gestion interne aux structures hospitalières. Toutefois, j'ai lu à deux reprises l'exposé des motifs de votre amendement et, je vous l'avoue, je ne suis pas parvenue à le comprendre, pas plus, du reste, que les motifs invoqués par M. Milon. Pardonnez-moi de le dire en ces termes : nous sommes face à un charabia administratif ! (M. Alain Gournac s'exclame.)

En revanche, il m'a semblé discerner un point important dans l'argumentaire du Gouvernement : la mesure adoptée en première lecture doit avoir un caractère opératoire. À mon sens, il s'agit là d'une question essentielle. Si, pour l'heure, l'instruction ministérielle rédigée n'est pas de cette nature, il faut réparer cette erreur.

Aussi, au terme de la courte discussion qui vient d'avoir lieu, il me semble que Mme la ministre a raison de dresser ce constat : si l'équipe de recherche est au sein de la structure hospitalière, elle bénéficie effectivement de l'ensemble des services de l'hôpital. Elle est, comme ce dernier, partie prenante à la convention. Dès lors, il paraît assez logique de suivre le Gouvernement.

Cela étant, ainsi rédigées, de telles dispositions ne sont pas de bonne législation. On peine à saisir leur sens. Je m'y suis efforcée, et j'en tire le sentiment que Mme la ministre a raison. Néanmoins, je ne peux pas voter une mesure que je ne comprends pas !

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1253.

(Le sous-amendement est adopté.)

MM. René Danesi et Alain Gournac. Très bien !

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 1252, modifié.

(L'amendement est adopté.)

[Mme la présidente.](#) Je mets aux voix l'article 37, modifié.

(L'article 37 est adopté.)

d. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 37

I. - Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1121-13-1.* - Pour les recherches à finalité commerciale, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, la prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chaque établissement de santé et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des intéressements versés par le promoteur. La convention, conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient relatifs ou non à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

I bis. - (Supprimé)

II. - Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

1° *bis* Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4211-9-2.* - Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1, et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 6316-1, après les mots : « ou des actes, », sont insérés les mots : « de donner un conseil personnalisé ».

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 37

I. – Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :
« Art. L. 1121-13-1. – Pour les recherches à finalité commerciale, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, la prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chaque établissement de santé et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des intéressements versés par le promoteur. La convention, conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient relatifs ou non à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

I bis. – (Supprimé)

II. – Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

1° bis Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4211-9-2. – Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1, et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 6316-1, après les mots : « ou des actes », sont insérés les mots : « de donner un conseil personnalisé ».

b. Amendements adoptés en commission

Amendement n°AS340 présenté par M. Touraine et M. Sebaoun

ARTICLE 37

Avant l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« I A. – Après le 6° de l'article L. 1122-1 du code de la santé publique, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Pour les recherches à finalité commerciale, les modalités de l'intéressement prévu à l'article L. 1121-13-1, le cas échéant. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Sur la convention unique, il est proposé une nouvelle rédaction prévoyant notamment que lorsqu'une recherche à finalité commerciale donne lieu à versement d'un intéressement collectif à un établissement de santé ou à une structure qui lui est liée, les patients participant à la recherche en sont informés.

Amendement n°AS341 présenté par M. Touraine et M. Sebaoun

ARTICLE 37

Rédiger ainsi les alinéas 4 et 5 :

« Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, des maisons ou des centres de santé, la prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chacune de ces structures et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des intéressements versés par le promoteur. La convention, conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient relatifs ou non à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins. Elle est conforme aux principes et garanties prévus au présent titre. Elle est visée par les investigateurs participant à la recherche. ».

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions auxquelles se conforment les structures destinataires des intéressements mentionnées au troisième alinéa, sont précisées par décret. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Sur la convention unique, il est proposé une nouvelle rédaction prévoyant notamment :

- qu'elle est ouverte aux maisons et aux centres de santé pluri-professionnels dans les mêmes conditions qu'aux établissements de santé ;
- que s'applique l'obligation de respect des droits des patients ;
- que les investigateurs puissent viser la convention.

Amendement n°AS342 présenté par M. Touraine et M. Sebaoun

ARTICLE 37

Substituer à l'alinéa 6 les deux alinéas suivants :

« *I bis.* – L'article L. 2151-5 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Sans préjudice du titre IV du présent livre Ier, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon in vitro avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre Ier de la première partie. » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les modifications apportées par le Sénat ne sont pas toutes opportunes. Il est donc proposé de rétablir les dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinées à devenir un embryon, le vide juridique actuel étant source de contentieux.

Amendement n°AS33 présenté par M. Touraine et M. Sebaoun

ARTICLE 37

Supprimer l'alinéa 16.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est proposé de revenir sur l'intégration de l'activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémédecine. Il doit être rappelé que la télémédecine est bien la réalisation d'un acte médical à distance et ne saurait se confondre avec des activités de téléconseil personnalisé.

c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 16h15, compte rendu n°14

Article 37 : Mise en œuvre au sein des établissements de santé de recherches cliniques industrielles et autorisation de fabrication de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement

La Commission est saisie de l'amendement AS340 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cet amendement prévoit que, lorsqu'une recherche à finalité commerciale donne lieu au versement d'un intéressement collectif à un établissement de santé ou à une structure qui lui est liée, les patients participant à la recherche doivent en être informés.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS149 de M. Rémi Delatte.

M. Bernard Perrut. La notion de « recherche à finalité commerciale » renvoie aux dispositions de la loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite loi Jardé, qui ne définit que les recherches à finalité non commerciale.

Cette loi pose, pour les recherches interventionnelles, l'obligation de fourniture gratuite des médicaments expérimentaux pendant la durée de la recherche et, le cas échéant, des dispositifs utilisés pour les administrer.

Afin que la disposition de l'alinéa 2 de l'article 37 soit intelligible et cohérente avec la loi Jardé, il conviendrait qu'elle fasse explicitement référence aux recherches interventionnelles.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Avis défavorable. Le remplacement du terme « commercial » par « interventionnel » ne me semble pas heureux, car il étend le champ du texte en incluant la recherche à promotion académique, alors que la convention unique vise spécifiquement la recherche à promotion industrielle. En outre, il exclut les recherches observationnelles, qui concernent l'organisation d'un parcours de soins ressortissant de la catégorie des recherches non intentionnelles.

La Commission **rejette** l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS341 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cette nouvelle rédaction de l'article permettrait aux maisons et aux centres de santé de devenir des structures d'expérimentation.

La Commission **adopte** l'amendement.

L'amendement AS150 de M. Rémi Delatte tombe.

Puis la Commission examine l'amendement AS342 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Le Conseil d'État, saisi du projet de décret d'application de la loi du 6 août 2013, a estimé que les dispositions législatives existantes en matière de recherche biomédicale ne pouvaient, à elles seules, servir de base légale au dispositif réglementaire de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Il a considéré que les recherches de cette nature devaient être expressément prévues par le législateur.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement modifie substantiellement le régime juridique de l'autorisation de la recherche sur l'embryon. Les dispositions de la loi bioéthique sur ce sujet ayant fait l'objet de très longs débats, votre amendement, monsieur le rapporteur, n'a absolument pas sa place dans le présent texte, et le Sénat a eu raison d'exclure une telle disposition.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Si cet amendement n'était pas adopté, il faudrait mettre un terme à un programme de recherche mené à l'hôpital Cochin visant à développer une technique de neutralisation des enzymes responsables de la destruction de certains spermatozoïdes. Une telle technique, qui améliore la fécondation in vitro (FIV), est appliquée partout en Europe, sauf en France.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS53 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Défendu.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Avis défavorable. Le développement des thérapies innovantes représente un enjeu majeur, et l'accès de tous les patients aux médicaments de thérapie innovante (MTI) constitue une priorité. Les établissements de santé, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ont acquis une notoriété internationale dans ce domaine et doivent continuer à y jouer un rôle moteur. Or, depuis l'adoption du règlement n° 1394/2007 du Parlement et du Conseil européens, les MTI sont qualifiés de médicaments, ce qui réserve leur production et leur distribution aux seuls établissements pharmaceutiques. Le texte permet également aux hôpitaux de les fabriquer, et nous ne devons pas supprimer cette autorisation.

La Commission **rejette** l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS33 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cet amendement propose de supprimer l'alinéa 16 de l'article 37, afin de lever toute confusion entre la télémédecine et le téléconseil spécialisé.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 37 **modifié**.

d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015

Article 37

(art. L. 1121-13-1 [nouveau], L. 2151-5, L. 4211-9-1, L. 4211-9-2 [nouveau], L. 5121-1 et L. 6316-1 du code de la santé publique)

Mise en œuvre au sein des établissements de santé de recherches cliniques industrielles et autorisation de fabrication de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement

Cet article étend le contrat unique de recherche aux établissements privés, autorise la recherche biomédicale sur des gamètes destinés à constituer un embryon et modifie des dispositions constituant un frein au développement de la recherche biomédicale.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article vise tout d'abord à mettre en œuvre la mesure n° 19 du contrat stratégique de filière signé le 5 juillet 2013 entre le Gouvernement et les industries de santé. Celui-ci qui prévoit de « *simplifier et accélérer la mise en place des essais cliniques à promotion industrielle dans les établissements de santé en mettant en place une convention unique intégrant les honoraires investigateurs et augmenter le nombre d'essais cliniques proposés à la France* ».

Le principal apport du dispositif consiste en la mise en place d'une convention unique destinée à la prise en charge des frais et des surcoûts liés à une recherche réalisée dans un ou plusieurs établissements de santé. Aujourd'hui, une telle convention type existe mais elle ne concerne que les établissements publics de santé. Cet article permet en effet d'en généraliser l'usage à tous les établissements privés et publics.

● Cet article complète la législation pour permettre, dans le cas des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTI-PP), que les établissements ou organismes autorisés par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), réalisent les importations et exportations dans le cadre de recherches biomédicales. Les dispositions législatives actuelles ne prévoient pas que les établissements autorisés à préparer et conserver les MTI-PP puissent également les importer et les exporter notamment dans le cadre de recherches biomédicales. Cette situation se révèle être un frein à l'innovation et à la recherche en France dans la mesure où les chercheurs français ne peuvent pas participer à des essais cliniques multicentriques européens ou internationaux.

● Cet article a été doublement modifié à l'initiative du Gouvernement.

La commission a en effet complété l'article afin de permettre aux établissements de santé de préparer, dans le cadre des recherches biomédicales, des médicaments de thérapie innovante (MTI) lorsque ces derniers sont destinés à être mis sur le marché dans les États membres. Il s'agit, pour les établissements déjà titulaires d'une autorisation d'unité de thérapie cellulaire, de solliciter une autorisation complémentaire de l'ANSM, pour produire des MTI dans le cadre de recherches biomédicales.

La loi du 22 mars 2011 (*Loi n° 2011-302 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques*), qui a étendu la possibilité d'être un établissement pharmaceutique, jusqu'alors réservée aux entreprises privées, aux organismes à but non-lucratif et aux établissements publics pour certains médicaments, avait exclu les établissements de santé de son champ d'application. L'interdiction actuellement faite aux établissements de santé constitue un frein et un désavantage comparatif pour la recherche française.

L'Assemblée a enfin adopté en séance publique un amendement autorisant « les recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation » sur « des gamètes destinées à constituer un embryon ou sur l'embryon in vitro avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent ». Cette disposition est introduite à la demande du conseil d'État en raison d'un vide juridique afin que les recherches en assistance médicale à la procréation puissent être poursuivies avec les garanties existantes en matière de recherche biomédicale.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Sur proposition de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales a adopté un amendement modifiant cet article sur plusieurs points :

– s'agissant du contrat unique de recherche, la commission a entendu supprimer la précision selon laquelle les médicaments expérimentaux sont fournis gratuitement par le promoteur, estimant que cette disposition n'est pas utile et suscitait trop de craintes ;

– la commission a également souhaité préciser que l'investigateur est partie à la convention et, d'autre part, que la convention peut être signée par le représentant d'une structure de coopération, lorsqu'elle regroupe les établissements de santé participant à la recherche ;

– s'agissant des dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinés à devenir un embryon, la commission a entendu les supprimer estimant que de telles modifications relevaient de la révision des lois de bioéthique.

La commission a enfin intégré l'activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémédecine.

● Les sénateurs sont revenus en séance publique sur les dispositions adoptées en commission à l'initiative du Gouvernement.

Il est tout d'abord réaffirmé que la mesure concerne bien la recherche à finalité commerciale et non la recherche à finalité non commerciale (institutionnelle et académique). La nouvelle rédaction rétablit la précision selon laquelle les médicaments expérimentaux sont fournis gratuitement par le promoteur.

Le Sénat n'a pas souhaité maintenir le principe de la signature de la convention de coopération par l'investigateur mais a précisé qu'elle pouvait être signée, le cas échéant, par le représentant légal de la structure destinataire des intéressements versés par le promoteur.

L'article précise désormais que tous les coûts liés à la recherche, en plus des seuls surcoûts, sont pris en charge par le promoteur industriel.

Enfin, l'article prévoit que la convention liant l'établissement à l'industriel pour un projet de recherche donné soit, une fois conclue, transmise à l'ordre des médecins afin que celui-ci conserve une connaissance fine des activités de recherche à promotion industrielle menées par les médecins des établissements de santé et qu'il puisse, le cas échéant, exercer sa mission de garant de la déontologie.

3. La position de la commission

Les modifications apportées par le Sénat ne sont pas toutes opportunes. La commission est donc revenue sur deux d'entre elles :

– l'intégration de l'activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémédecine. Il doit être rappelé que la télémédecine est bien la réalisation d'un acte médical à distance et ne saurait se confondre avec des activités de téléconseil personnalisé.

– s'agissant des dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinés à devenir un embryon, le vide juridique actuel est source de contentieux. La disposition adoptée par l'Assemblée nationale puis supprimée par le Sénat doit être rétablie.

Sur la convention unique, la commission a fait évoluer la rédaction en prévoyant notamment :

– que lorsqu'une recherche à finalité commerciale donne lieu à versement d'un intéressement collectif à un établissement de santé ou à une structure qui lui est liée, les patients participant à la recherche en sont informés ;

– qu'elle est ouverte aux maisons et aux centres de santé pluri-professionnels dans les mêmes conditions qu'aux établissements de santé ;

– que s'applique l'obligation de respect des droits des patients ;

– que les investigateurs puissent viser la convention.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS340 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cet amendement prévoit que, lorsqu'une recherche à finalité commerciale donne lieu au versement d'un intéressement collectif à un établissement de santé ou à une structure qui lui est liée, les patients participant à la recherche doivent en être informés.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS149 de M. Rémi Delatte.

M. Bernard Perrut. La notion de « recherche à finalité commerciale » renvoie aux dispositions de la loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite loi Jardé, qui ne définit que les recherches à finalité non commerciale.

Cette loi pose, pour les recherches interventionnelles, l'obligation de fourniture gratuite des médicaments expérimentaux pendant la durée de la recherche et, le cas échéant, des dispositifs utilisés pour les administrer.

Afin que la disposition de l'alinéa 2 de l'article 37 soit intelligible et cohérente avec la loi Jardé, il conviendrait qu'elle fasse explicitement référence aux recherches interventionnelles.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Avis défavorable. Le remplacement du terme « commercial » par « interventionnel » ne me semble pas heureux, car il étend le champ du texte en incluant la recherche à

promotion académique, alors que la convention unique vise spécifiquement la recherche à promotion industrielle. En outre, il exclut les recherches observationnelles, qui concernent l'organisation d'un parcours de soins ressortissant de la catégorie des recherches non intentionnelles.

La Commission **rejette** l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS341 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cette nouvelle rédaction de l'article permettrait aux maisons et aux centres de santé de devenir des structures d'expérimentation.

La Commission **adopte** l'amendement.

L'amendement AS150 de M. Rémi Delatte tombe.

Puis la Commission examine l'amendement AS342 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Le Conseil d'État, saisi du projet de décret d'application de la loi du 6 août 2013, a estimé que les dispositions législatives existantes en matière de recherche biomédicale ne pouvaient, à elles seules, servir de base légale au dispositif réglementaire de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Il a considéré que les recherches de cette nature devaient être expressément prévues par le législateur.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement modifie substantiellement le régime juridique de l'autorisation de la recherche sur l'embryon. Les dispositions de la loi bioéthique sur ce sujet ayant fait l'objet de très longs débats, votre amendement, monsieur le rapporteur, n'a absolument pas sa place dans le présent texte, et le Sénat a eu raison d'exclure une telle disposition.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Si cet amendement n'était pas adopté, il faudrait mettre un terme à un programme de recherche mené à l'hôpital Cochin visant à développer une technique de neutralisation des enzymes responsables de la destruction de certains spermatozoïdes. Une telle technique, qui améliore la fécondation in vitro (FIV), est appliquée partout en Europe, sauf en France.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS53 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Défendu.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Avis défavorable. Le développement des thérapies innovantes représente un enjeu majeur, et l'accès de tous les patients aux médicaments de thérapie innovante (MTI) constitue une priorité. Les établissements de santé, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ont acquis une notoriété internationale dans ce domaine et doivent continuer à y jouer un rôle moteur. Or, depuis l'adoption du règlement n° 1394/2007 du Parlement et du Conseil européens, les MTI sont qualifiés de médicaments, ce qui réserve leur production et leur distribution aux seuls établissements pharmaceutiques. Le texte permet également aux hôpitaux de les fabriquer, et nous ne devons pas supprimer cette autorisation.

La Commission **rejette** l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS33 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun, rapporteur. Cet amendement propose de supprimer l'alinéa 16 de l'article 37, afin de lever toute confusion entre la télémédecine et le téléconseil spécialisé.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 37 **modifié**.

e. Amendements adoptés en séance publique

Amendement n°831 présenté par le Gouvernement

ARTICLE 37

I. – Après le mot :

« de »,

rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« versement de contreparties en sus de la prise en charge des frais supplémentaires liés à la recherche, le cas échéant et dans les conditions prévues à l'article L. 1121-13-1. ».

II. – En conséquence, rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« Art. L. 1121-13-1. – Lorsqu'une recherche biomédicale à finalité commerciale est réalisée dans des établissements de santé, des maisons ou des centres de santé, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur. »

III. – En conséquence, au début de la première phrase de l'alinéa 6, supprimer les mots :

« Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, des maisons ou des centres de santé, ».

IV. – En conséquence, à la même phrase du même alinéa, substituer au mot :

« intéressements versés »

le mot :

« contreparties versées ».

V. – En conséquence, à la troisième phrase du même alinéa, substituer au mot :

« départemental »

le mot :

« national ».

VI. – En conséquence, à l'alinéa 7, après le mot :

« conformément »,

insérer les mots :

« , dans leur fonctionnement et dans l'utilisation des fonds reçus, ».

VII. – En conséquence, au même alinéa, substituer au mot :

« intéressements »

le mot :

« contreparties ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

I. Le premier alinéa du nouvel article L.1121-13-1 créé par la présente loi prévoit que, afin d'aider à la structuration et au développement de la recherche en soins primaires et de permettre aux acteurs de l'offre de soins de ville d'y participer, les conventions uniques régissant les recherches biomédicales à finalité commerciale sont ouvertes aux maisons et aux centres de santé dans les mêmes conditions qu'aux établissements de santé.

Cette disposition est de nature à permettre que ces structures d'exercice coordonné prennent toute leur place dans le développement, l'évaluation et la diffusion des technologies de santé, en particulier celles qui s'appliquent aux soins primaires et aux prises en charge ambulatoires et facilitent l'organisation du parcours de soins des patients.

II. Le 1° relève d'une simplification rédactionnelle, la mention étant déjà présente en tête de l'article nouvellement créé.

Le 2° prévoit que les intéressements collectifs versés par les industriels soient dénommés « contreparties » afin de ne pas induire de confusion laissant penser qu'une activité de recherche biomédicale pourrait être gratifiée en fonction du nombre de patients inclus par les médecins investigateurs et en contradiction avec le code de déontologie. La même modification de coordination est faite dans le reste de l'article.

Le 3° dispose que les conventions, une fois signées, sont transmises, non pas aux conseils départementaux, mais au conseil national de l'ordre des médecins : en effet, les conventions concernent fréquemment plusieurs établissements situés dans des départements différents et seul le CNOM est à même d'apprécier l'économie de l'ensemble des conventions.

III. Les structures tierces destinataires des contreparties sont liées aux établissements mais organiquement indépendantes d'eux. Elles doivent donc, quelle que soit leur forme juridique, respecter certaines critères qui permettront de garantir que, dans les structures liées à des établissements publics, les règles de la commande publique et de la séparation de l'ordonnateur et du comptable seront respectées. Le décret d'application de cet article prévoira notamment ces critères.

f. Discussion en séance publique

Deuxième séance du 27 novembre 2015

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, inscrit sur l'article.

M. Dominique Tian. La modification de l'article 37 inquiète beaucoup le groupe Les Républicains, notamment Jean Leonetti, qui, chacun le sait, est un spécialiste de la question.

Jean-François Mattei, ancien ministre de la santé, dont je fus le suppléant, m'a dit de faire très attention à cet article, qui, aux alinéas 8 et 9, élargit les conditions d'autorisation de la recherche sur l'embryon. Ces deux alinéas sont issus d'un amendement du Gouvernement, dont on peut dire qu'il a été un peu déposé à la sauvette, hors délai, lors de l'examen du texte en première lecture.

L'article 37 vient modifier de manière très substantielle le régime juridique applicable à la recherche sur l'embryon. Ce sujet éthique sur lequel nous n'avons pas le droit de légiférer à la légère nous a occupés de longs mois lors de la révision des lois de bioéthique de 2010. Le Comité consultatif national d'éthique s'était prononcé à l'époque.

Maintenant, sans aucun nouvel avis du comité ni débat public encadré, vous vous apprêtez à revenir sur ce texte très compliqué et, notamment, ce qui inquiète un peu tout le monde, vous passeriez d'une interdiction avec dérogations à une autorisation encadrée et donc élargie de la recherche sur les embryons surnuméraires destinés à être détruits.

Aujourd'hui, vous autorisez donc dans la loi, au détour d'un amendement à peine discuté et quasiment sans encadrement, la recherche sur les embryons destinés à naître. Cela nous inquiète et même nous révolte. Nous voterons donc contre.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 831.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement vise à améliorer la rédaction proposée pour le dispositif de contrat unique. Des évolutions sont proposées notamment pour tenir compte de remarques judicieuses formulées par l'ordre des médecins et faire en sorte que les patients soient informés de la nature et des modalités de versement de contreparties par les industriels aux établissements de santé lorsqu'ils sont inclus dans une étude à promotion industrielle et pour faire en sorte que les contrats soient transmis après signature au Conseil national de l'ordre des médecins plutôt qu'aux conseils départementaux.

(L'amendement n° 831, accepté par la commission, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 218 rectifié et 260.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 218 rectifié.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n° 260.

M. Denis Jacquat. Défendu.

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

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Monsieur Tian, s'agissant de la recherche sur l'embryon comme sur les cellules-souches d'origine embryonnaire, nous ne nous sommes plus, depuis plusieurs années, dans une situation d'interdiction avec dérogation, mais dans un système d'autorisations encadrées. Ce progrès a permis le développement de très nombreuses recherches, et notre pays a enfin pu commencer à rattraper le retard pris sur les pays anglo-saxons dans ce domaine. Cette avancée importante bénéficie à des recherches à visée thérapeutique sur des maladies très multiples, qu'il s'agisse du cœur, du cerveau ou d'autres organes.

Toutefois, alors que l'une des principales finalités de ce progrès est d'améliorer la production d'embryons et, partant, d'enfants, grâce à la procréation médicalement assistée, pour des raisons juridiques, ce progrès dans les recherches sur les cellules-souches embryonnaires ne bénéficie pas à la PMA aussi automatiquement que l'on aurait pu le penser. Le Conseil d'État a ainsi pu instaurer une sorte de moratoire sur beaucoup de recherches faites notamment sur des enzymes qui permettraient d'améliorer les PMA, en augmentant la fécondité.

Chacun connaît les difficultés des couples qui doivent multiplier les PMA avant d'avoir un enfant. Si nous pouvons obtenir un taux de succès plus important demain, ce sera un bénéfice pour tous. Nous prévoyons donc simplement dans ce texte de permettre l'application de ce que nous avons voté ensemble au cours de l'examen

de la loi de bioéthique, afin de garantir un plus grand succès à la PMA. J'émet un avis défavorable à toute modification.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. J'aurais aimé que le Gouvernement s'exprime. Je ne sais si ce point est important ou non, mais je pense qu'il l'est, puisque Jean Leonetti et Jean-François Mattei, qui sont plutôt raisonnables et hommes de consensus, me l'ont dit. Le Sénat n'a pas dit autre chose, monsieur Touraine, puisqu'il a qualifié ces modifications, qu'il a supprimées, de « substantielles ». C'est à mon avis un vrai sujet d'éthique. C'est pourquoi j'aurais aimé que Mme la ministre nous rassure, car ce débat n'est pas inutile.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. C'est un sujet d'éthique qui a été résolu par la dernière loi de bioéthique.

(Les amendements identiques n^{os} 218 rectifié et 260 ne sont pas adoptés.)

(L'article 37, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale

Article 37

I A (*nouveau*). – Après le 6° de l'article L. 1122-1 du code de la santé publique, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :

« 6° *bis* Pour les recherches à finalité commerciale, les modalités de versement de contreparties en sus de la prise en charge des frais supplémentaires liés à la recherche, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article L. 1121-13-1 ; ».

I. – Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1121-13-1. – Lorsqu'une recherche biomédicale à finalité commerciale est réalisée dans des établissements de santé ou des maisons ou des centres de santé, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« La prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chacune de ces structures et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des contreparties versées par le promoteur. La convention, conforme à une convention type définie par arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient ou non relatifs à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil national de l'ordre des médecins. Elle est conforme aux principes et garanties prévus au présent titre. Elle est visée par les investigateurs participant à la recherche.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions auxquelles se conforment, dans leur fonctionnement et dans l'utilisation des fonds reçus, les structures destinataires des contreparties mentionnées au troisième alinéa, sont précisées par décret. »

I *bis*. – L'article L. 2151-5 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Sans préjudice du titre IV du présent livre I^{er}, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon *in vitro* avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre I^{er} de la première partie. »

II. – Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

1° *bis* Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4211-9-2. – Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1 et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE)

n° 726/2004 les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation » ;

3° (*Supprimé*)

2. Sénat

a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015

Article 37

I A (*nouveau*). - Après le 6° de l'article L. 1122-1 du code de la santé publique, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :

« 6° *bis* Pour les recherches à finalité commerciale, les modalités de versement de contreparties en sus de la prise en charge des frais supplémentaires liés à la recherche, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article L. 1121-13-1 ; ».

I. - Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1121-13-1. - Lorsqu'une recherche biomédicale à finalité commerciale est réalisée dans des établissements de santé ou des maisons ou des centres de santé, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.

« Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.

« La prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chacune de ces structures et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des contreparties versées par le promoteur. La convention, conforme à une convention type définie par arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient ou non relatifs à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil national de l'ordre des médecins. Elle est conforme aux principes et garanties prévus au présent titre. Elle est visée par les investigateurs participant à la recherche.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions auxquelles se conforment, dans leur fonctionnement et dans l'utilisation des fonds reçus, les structures destinataires des contreparties mentionnées au troisième alinéa, sont précisées par décret. »

I *bis*. - L'article L. 2151-5 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Sans préjudice du titre IV du présent livre I^{er}, des recherches biomédicales menées dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation peuvent être réalisées sur des gamètes destinés à constituer un embryon ou sur l'embryon *in vitro* avant ou après son transfert à des fins de gestation, si chaque membre du couple y consent. Ces recherches sont conduites dans les conditions fixées au titre II du livre I^{er} de la première partie. »

II. - Le même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, les mots : « et la cession » sont remplacés par les mots : « , la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;

1° *bis* Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4211-9-2. - Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1 et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui

disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;

2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;

b) Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation » ;

3° (*Supprimé*)

b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015

Article 37 - (art. L. 1121-13-1 [nouveau], L. 2151-5, L. 4211-9-1, - L. 4211-9-2 [nouveau], L. 5121-1 et L. 6316-1 du code de la santé publique) - Mise en oeuvre au sein des établissements de santé - de recherches cliniques industrielles et autorisation de fabrication - de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement

Objet : Cet article étend le contrat unique de recherche aux établissements privés, autorise la recherche biomédicale sur des gamètes destinées à constituer un embryon et rend possible, dans le cadre de recherches biomédicales, l'importation et l'exportation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement.

I - La position du Sénat en première lecture

Vos rapporteurs ont constaté en première lecture que le rappel de la gratuité des médicaments expérimentaux, déjà prévue par le droit existant et rappelée dans la convention-type, apportait aux chercheurs plus d'inquiétude que de sérénité. Ils ont donc proposé de supprimer cet alinéa, sans effet sur l'état du droit.

Ils ont jugé nécessaire de prévoir que cette convention peut être conclue par une structure de coopération, ce qui leur semblait de nature à simplifier les processus lorsque cette structure regroupe les établissements concernés par la recherche.

Devant l'inquiétude manifestée par les investigateurs qui craignent que les financements des promoteurs industriels ne soient pas « fléchés » sur leur pôle ou leur service, il leur a semblé nécessaire de prévoir au présent article que l'investigateur est signataire de la convention, ce qui est le cas dans la convention-type.

Bien qu'il s'agisse d'une modification ponctuelle, vos rapporteurs ont estimé que les dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinées à constituer un embryon devaient respecter les formes qui s'attachent à la révision des lois de bioéthique. C'est pourquoi ils ont proposé la suppression de cet alinéa.

A l'initiative de notre collègue Gérard Roche, votre commission a également adopté un amendement visant à intégrer l'activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémédecine.

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement présenté par le Gouvernement et modifié par un sous-amendement présenté par les rapporteurs, revenant partiellement sur les dispositions adoptées en commission tout en tenant compte des observations qu'elle avait formulées en prévoyant la possibilité que, le cas échéant, la structure destinataire des intéressements financiers versés par l'industrie pour soutenir les activités des investigateurs de l'établissement soit partie à la convention au même titre que l'établissement et le promoteur. En revanche, l'investigateur, employé par l'établissement de santé, s'il vise la convention pour attester qu'il en a pris connaissance, n'était plus une partie signataire.

L'amendement du Gouvernement a précisé que tous les coûts liés à la recherche, en plus des seuls surcoûts, sont pris en charge par le promoteur industriel. Les coûts de la recherche intègrent en particulier les prestations d'investigation clinique, ainsi que les coûts d'ingénierie administrative et logistique supportés par l'établissement du fait de la mise en oeuvre de la recherche.

Enfin, cet amendement prévoyait que la convention liant l'établissement à l'industriel pour un projet de recherche donné soit, une fois conclue, transmise à l'ordre des médecins afin que celui-ci conserve une connaissance fine des activités de recherche à promotion industrielle menées par les médecins des établissements de santé et qu'il puisse, le cas échéant, exercer sa mission de garant de la déontologie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a modifié cet article sur plusieurs points.

Elle a supprimé l'intégration de l'activité de téléconseil personnalisé dans le champ de la télémédecine.

Elle a rétabli les dispositions relatives à la recherche sur des gamètes destinés à devenir un embryon.

Elle a complété les dispositions relatives au contrat unique de recherche pour prévoir que lorsqu'une recherche à finalité commerciale donne lieu à versement d'un intéressement collectif à un établissement de santé, les patients participant à la recherche en sont informés. Elle a ouvert la convention-type aux maisons et aux centres de santé pluridisciplinaires et a prévu le visa des investigateurs.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article présenté par le Gouvernement, qui remplace notamment le terme d' « intéressements » par celui de « contreparties » et prévoit une transmission des conventions au conseil national de l'ordre des médecins.

c. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015

RAS

Décision n° 2015 - 727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 178 de la loi Santé (ex art.43 bis)

*Transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques
et les autres acteurs du monde de la santé*

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|--|----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 5 |
| III. Travaux parlementaires | 9 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté..... | 3 |
| II. Consolidation | 5 |
| A. Code de la santé publique..... | 5 |
| - Article L. 1114-1 | 5 |
| - Article L. 1451-1 | 5 |
| - Article L. 1451-3 | 6 |
| - Article L. 1453-1 | 6 |
| - Article L. 1454-3 | 8 |
| - Article L. 1454-3-1 | 8 |
| III. Travaux parlementaires | 9 |
| A. Première lecture | 9 |
| 1. Assemblée nationale | 9 |
| a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014 | 9 |
| 1 - Exposé des motifs..... | 9 |
| b. Amendements déposés en commission..... | 9 |
| c. Examen du texte au cours de la réunion du 19 mars 2015 à 15h, compte rendu n°40.... | 9 |
| d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015 | 9 |
| e. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux Outre-mer sur le projet de loi relatif à la santé (n°2302)..... | 9 |
| f. Amendements déposés en séance publique..... | 10 |
| g. Discussion en séances publiques..... | 15 |
| h. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture | 22 |
| 2. Sénat..... | 23 |
| a. Projet de loi transmis au Sénat le 15 avril 2015..... | 23 |
| b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales | 25 |
| c. Séances publiques | 28 |
| d. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015 | 36 |
| B. Commission mixte paritaire (désaccord) | 37 |
| C. Nouvelle lecture | 37 |
| 1. Assemblée nationale..... | 37 |
| a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015 | 37 |
| b. Amendements adoptés en commission | 39 |
| c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 16h15, compte rendu n°14..... | 39 |
| d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015 | 40 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 42 |
| f. Discussion en séance publique..... | 43 |
| g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale..... | 44 |
| 2. Sénat..... | 45 |
| a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015..... | 45 |
| b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015 | 47 |
| c. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015 | 47 |

I. Texte adopté

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « , y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant de la part d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie, sont insérées une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » et comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » et comprenant l'article L. 5141-13-2, qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après les mots : « au II de l'article L. 5311-1 », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17° », le mot : « publique » est remplacé par les mots : « publics, sur un site internet public unique, » et les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

– au début du 6°, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

– au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;

– au 9°, après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « ou continue » ;

– sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés aux 14°, 15° et 17° du II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherche biomédicale qu'elles concluent avec les bénéficiaires mentionnés aux 1° à 9° du présent I.

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du présent code ou assurant des prestations associées à ces produits. » ;

b) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I du présent article, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I. » ;

c) Au II, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

d) Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40. » ;

e) La première phrase du III est ainsi modifiée :

– après le mot : « État », sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

– après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

– après le mot : « objet », il est inséré le mot : « précis » ;

6° L'article L. 1453-2, tel qu'il résulte du 4° du présent article, est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

6° *bis* 7° À l'article L. 1454-3, les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

7° 8° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée : « 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I *bis* dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent. » ;

8° 9° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° 10° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1454-3-1. – Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I *bis* du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent. »

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Partie législative

Première partie : Protection générale de la santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre IV : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

- Article L. 1114-1

Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'Etat, dont un membre du Conseil d'Etat et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.

~~A compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. La Haute Autorité de santé publie les informations déclarées.~~

Livre IV : Administration générale de la santé

Titre V : Règles déontologiques et expertise sanitaire

Chapitre Ier : Liens d'intérêts et transparence

- Article L. 1451-1

I.-Les membres des commissions et conseils siégeant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les membres des cabinets des ministres ainsi que les dirigeants, personnels de direction et d'encadrement et les membres des instances collégiales, des commissions, des groupes de travail et conseils des autorités et organismes mentionnés aux articles L. 1123-1, L. 1142-5, L. 1142-22, L. 1222-1, L. 1313-1, L. 1413-2, L. 1415-2, L. 1417-1, L. 1418-1, L. 1431-1, L. 3135-1 et L. 5311-1 du présent code, à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, à l'article 5 de la loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 créant une Agence française de sécurité sanitaire environnementale et à l'article L592-2 du code de l'environnement sont tenus, lors de leur prise de fonctions, d'établir une déclaration d'intérêts.

Cette déclaration est remise à l'autorité compétente.

Elle mentionne les liens d'intérêts de toute nature, directs ou par personne interposée, que le déclarant a, ou qu'il a eus pendant les cinq années précédant sa prise de fonctions, avec des entreprises, des établissements ou des organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence de l'autorité sanitaire au sein de laquelle il exerce ses fonctions ou de l'organe consultatif dont il est membre ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Elle est rendue publique, **y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant de la part d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient.** Elle est actualisée à l'initiative de l'intéressé.

Les présidents, les directeurs et les directeurs généraux des instances mentionnées aux articles L. 1142-22, L. 1222-1, L. 1313-1, L. 1413-2, L. 1415-2, L. 1417-1, L. 1418-1, L. 3135-1 et L. 5311-1 du présent code, à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, à l'article 5 de la loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 précitée et à l'article L592-2 du code de l'environnement sont auditionnés par le Parlement avant leur nomination.

Les personnes mentionnées au présent article ne peuvent prendre part aux travaux, aux délibérations et aux votes des instances au sein desquelles elles siègent qu'une fois la déclaration souscrite ou actualisée. Elles ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prendre part ni aux travaux, ni aux délibérations, ni aux votes de ces instances si elles ont un intérêt, direct ou indirect, à l'affaire examinée. Elles sont tenues au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

II.-Sont également tenus d'établir la déclaration prévue au I, lors de leur prise de fonctions, les agents des autorités et des organismes mentionnés au même I dont les missions ou la nature des fonctions le justifient et qui sont mentionnés sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat.

- Article L. 1451-3

Les conditions d'application du présent chapitre, et notamment le modèle et le contenu de la déclaration d'intérêts, les conditions dans lesquelles elle est rendue publique, **notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés**, ainsi que ses modalités de dépôt, d'actualisation et de conservation, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre II : Expertise sanitaire

Chapitre III : Avantages consentis par les entreprises

Section 1 : Produits de santé à usage humain

- Article L. 1453-1

I. - Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 à **l'exception de ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17°** ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre ~~publique~~ **publics, sur un site internet public unique, l'existence l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant** des conventions qu'elles concluent avec :

1° Les professionnels de santé relevant de la quatrième partie du présent code ;

2° Les associations de professionnels de santé ;

3° Les étudiants se destinant aux professions relevant de la quatrième partie du présent code ainsi que les associations et groupements les représentant ;

4° Les associations d'usagers du système de santé ;

5° Les établissements de santé relevant de la sixième partie du présent code ;

6° **Les académies**, les fondations, les sociétés savantes et les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits ou prestations mentionnés au premier alinéa ;

7° Les ~~entreprises~~ **personnes morales** éditrices de presse, ~~les éditeurs~~ de services de radio ou de télévision et ~~les éditeurs~~ de services de communication au public en ligne ;

8° Les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance ;

9° Les personnes morales assurant la formation initiale **ou continue** des professionnels de santé mentionnés au 1° ou participant à cette formation.

Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés aux 14°, 15° et 17° du II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherche biomédicale qu'elles concluent avec les bénéficiaires mentionnés aux 1° à 9° du présent I.

Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du présent code ou assurant des prestations associées à ces produits.

I bis. – Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà

d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I du présent article, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I.

II. - La même obligation s'applique, au-delà d'un seuil fixé par décret, à tous les avantages en nature ou en espèces **autres que les rémunérations mentionnées au I bis** que les mêmes entreprises procurent, directement ou indirectement, aux personnes, associations, établissements, fondations, sociétés, organismes et organes mentionnés au I.

II bis. – Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40.

III. - Un décret en Conseil d'Etat, **pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés**, fixe les conditions d'application du présent article, la nature des informations qui doivent être rendues publiques, **sur le site internet public unique** notamment l'objet **précis** et la date des conventions mentionnées au I, ainsi que les délais et modalités de publication et d'actualisation de ces informations. Il précise également les modalités suivant lesquelles les ordres des professions de santé sont associés à cette publication.

Section 2 : Médicaments vétérinaires

Article L. 5141-13-2 Article L. 1453-2

I.-Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec :

1° Les professionnels mentionnés à l'article L. 5143-2 et les groupements mentionnés à l'article L. 5143-6, ainsi que les associations les représentant ;

2° Les étudiants se destinant à la profession de vétérinaire ou à la profession de pharmacien, ainsi que les associations les représentant ;

3° Les établissements d'enseignement supérieur assurant la formation de vétérinaires ;

4° Les établissements d'enseignement supérieur assurant la formation de pharmaciens ;

5° **Les académies**, les fondations, les sociétés savantes et les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits ou prestations mentionnés au premier alinéa du présent I ;

6° Les entreprises éditrices de presse, les éditeurs de services de radio ou de télévision et les éditeurs de services de communication au public en ligne ;

7° Les personnes morales autres que celles mentionnées aux 3° et 4° du présent I assurant la formation initiale ou continue des professionnels mentionnés à l'article L. 5143-2 et des groupements mentionnés à l'article L. 5143-6 ou participant à cette formation ;

8° Les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance du médicament.

L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa.

I bis. – Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I.

II.-Les entreprises mentionnées au I informent de l'existence de l'une de ces conventions le public bénéficiaire d'une formation ou d'un support de formation en application de cette convention.

III.-Elles rendent publics, au-delà d'un seuil fixé par décret, tous les avantages en nature ou en espèces **autres que les rémunérations mentionnées au I bis** qu'elles procurent, directement ou indirectement, aux personnes physiques et morales mentionnées au I.

IV.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, la nature des informations qui doivent être rendues publiques, notamment l'objet et la date des conventions mentionnées au I, les conditions permettant de garantir le respect du secret des affaires et la confidentialité des travaux de recherche ou d'évaluation scientifique, ainsi que les délais et modalités de publication et d'actualisation de ces informations.

Chapitre IV : Dispositions pénales

- Article L. 1454-3

Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 ou assurant les prestations associées à ces produits d'omettre sciemment de rendre publics ~~l'existence~~ **l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant** des conventions mentionnées à l'article L. 1453-1, conclues avec les personnes, associations, établissements, fondations, sociétés, organismes et organes mentionnés aux 1° à 7° ~~du I du même article, ainsi que les avantages mentionnés au II dudit article qu'elles leur procurent~~ **9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I bis dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent.**

- Article L. 1454-3-1

Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics **l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant** des conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I bis du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent.

Cinquième partie : Produits de santé

Livre Ier : Produits pharmaceutiques

Titre IV : Médicaments vétérinaires

Chapitre Ier : Dispositions générales

~~Article L. 5141-13-2~~ I. Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec :

~~1° Les professionnels mentionnés à l'article L. 5143-2 et les groupements mentionnés à l'article L. 5143-6, ainsi que les associations les représentant ;~~

~~2° Les étudiants se destinant à la profession de vétérinaire ou à la profession de pharmacien, ainsi que les associations les représentant ;~~

~~3° Les établissements d'enseignement supérieur assurant la formation de vétérinaires ;~~

~~4° Les établissements d'enseignement supérieur assurant la formation de pharmaciens ;~~

~~5° Les fondations, les sociétés savantes et les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits ou prestations mentionnés au premier alinéa du présent I ;~~

~~6° Les entreprises éditrices de presse, les éditeurs de services de radio ou de télévision et les éditeurs de services de communication au public en ligne ;~~

~~7° Les personnes morales autres que celles mentionnées aux 3° et 4° du présent I assurant la formation initiale ou continue des professionnels mentionnés à l'article L. 5143-2 et des groupements mentionnés à l'article L. 5143-6 ou participant à cette formation ;~~

~~8° Les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance du médicament.~~

~~II. Les entreprises mentionnées au I informent de l'existence de l'une de ces conventions le public bénéficiaire d'une formation ou d'un support de formation en application de cette convention.~~

~~III. Elles rendent publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, tous les avantages en nature ou en espèces qu'elles procurent, directement ou indirectement, aux personnes physiques et morales mentionnées au I.~~

~~IV. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, la nature des informations qui doivent être rendues publiques, notamment l'objet et la date des conventions mentionnées au I, les conditions permettant de garantir le respect du secret des affaires et la confidentialité des travaux de recherche ou d'évaluation scientifique, ainsi que les délais et modalités de publication et d'actualisation de ces informations.~~

~~Art. L. 5442-13 — Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publiques les conventions mentionnées au I de l'article L. 5141-13-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, ainsi que les avantages mentionnés au III du même article qu'elles leur procurent.~~

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°2302 relatif à la santé, déposé le 15 octobre 2014

1 - Exposé des motifs

RAS

b. Amendements déposés en commission

RAS

c. Examen du texte au cours de la réunion du 19 mars 2015 à 15h, compte rendu n°40

RAS

d. Rapport n°2673 déposé le 20 mars 2015

RAS

e. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux Outre-mer sur le projet de loi relatif à la santé (n°2302)

Après l'article 43

La Commission examine l'amendement AS1171 de Mme Maud Olivier.

Mme Marie-Françoise Clergeau. L'amendement vise à promouvoir la parité entre les femmes et les hommes dans les collèges de l'ANSES.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Nous devons revoir la rédaction de tous les amendements relatifs à la représentation paritaire dans les différentes instances : c'est pourquoi je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement. Il s'agit d'être efficace.

L'amendement AS1171 est **retiré**.

La Commission examine ensuite l'amendement AS931.

M. Gérard Bapt. L'amendement AS931 vise à tenir compte de l'arrêt récent du Conseil d'État après requête de l'ordre des médecins et du Formindep relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises commercialisant ou produisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique.

Selon les termes du Conseil d'État, l'esprit de la loi doit être respecté. Le montant de la rémunération en euros concernant les conventions passées entre les praticiens et les laboratoires doit être indiqué.

L'association Regards Citoyens a en effet prouvé que ces conventions donnaient lieu à des rémunérations importantes, de plusieurs dizaines de milliers d'euros chacune.

L'amendement complète la volonté de transparence du législateur de 2011.

Mme la ministre. Le Gouvernement est d'autant plus favorable à l'objectif que vous poursuivez, monsieur Bapt, qu'il a demandé son avis au Conseil d'État dans l'intention de déposer sur le sujet en séance publique un amendement dont le champ sera plus large que le vôtre. En effet, votre amendement ne couvre pas l'ensemble des besoins qui résultent de l'arrêt du Conseil d'État. Celui-ci nous demande par exemple de nous prononcer sur l'antériorité des versements.

C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

L'amendement est **retiré**.

La Commission examine l'amendement AS1173 de Mme Maud Olivier.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cet amendement concerne le conseil d'administration de l'Agence nationale de sécurité des médicaments. Je le retire.

L'amendement est **retiré**.

La Commission est saisie de l'amendement AS1181 de la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il est nécessaire de mieux prendre en compte la participation des usagers. Cet amendement vise à généraliser la publicité des débats au sein du collège de la HAS. Toutefois, eu égard à ce qui a été dit précédemment, je le retire.

L'amendement est **retiré**.

La Commission en vient à l'amendement AS1188 de la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il s'agit de prévoir un droit d'alerte auprès de la HAS. Là encore, je le retire, dans l'attente d'une nouvelle rédaction en séance publique.

L'amendement est **retiré**.

Les amendements AS1187 de la rapporteure et AS1174 de Mme Maud Olivier sont retirés.

La Commission en vient aux amendements AS271, AS304 et AS303 de M. Jean-Louis Roumegas, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je suis défavorable à ces amendements qui concernent le comité fixant les prix du médicament et la participation des usagers.

La Commission **rejette** successivement les amendements.

f. Amendements déposés en séance publique

Amendement n°2505 présenté par le Gouvernement

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, établissements ou organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie est inséré une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » comprenant l'article L. 5141-13-2 qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- Au premier alinéa, après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « , sur un site internet public unique, » ;

- Au début du 6° sont insérés les mots : « Les académies, » ;

- Au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;

- Au 9°, après le mot : « initiale » sont insérés les mots : « ou continue » ;

- Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les dispositions des articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. »

b) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. »

c) Au II, après le mot : « espèces » sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis*. » ;

d) Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment ses articles 7, 38 et 40 » ;

e) Le III est ainsi modifié :

- Après le mot : « État » sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

- Après le mot : « objet », est inséré le mot : « précis » ;

- Après le mot : « publiques » sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

6° L'article L. 5141-13-2 devenu L. 1453-2 est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont insérés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa ne s'applique pas aux conventions régies par les dispositions des articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° auprès des entreprises mentionnées au 1^{er} alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un nouveau I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces » sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

7° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée :

« 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I *bis*, ainsi que les avantages mentionnés au II dudit article qu'elles leur procurent. » ;

8° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1454-3-1. – Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics les conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I *bis*, ainsi que les avantages mentionnés au III du même article qu'elles leur procurent. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement comporte trois dispositions principales.

1/ L'amendement complète les dispositions des articles L.14511 et L.1451-3 du code de la santé publique en prévoyant que la publication des déclarations publiques d'intérêt englobe la publication des rémunérations perçues au titre des liens d'intérêts.

2/II modifie l'article L14531 du code de la santé publique en prévoyant que les rémunérations versées par les laboratoires à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions sont publiées sur le site internet public (transparence.gouv.fr).

Sont exclues de la publication, les conventions commerciales visées aux articles L.4413 et L.441-7 du code de commerce, c'est-à-dire les conventions qui ont pour objet l'achat de produits destinés à une activité professionnelle.

3/ l'amendement autorise un tiers à réutiliser les informations publiées sur le site public transparence. Cette réutilisation est soumise à trois obligations: elle est faite à titre gratuit, elle doit respecter la finalité de transparence des liens d'intérêts et les dispositions prévues par les lois du 6 janvier 1978 (informatique et libertés) et 17 juillet 1978 (relations entre l'administration et le public).

Enfin, l'amendement propose plusieurs mesures visant à clarifier ou à compléter la législation relative au sunshine act.

A ce titre, il supprime l'article L11114 du code de la santé publique qui dispose que les laboratoires doivent déclarer à la HAS le montant des aides financières versées aux associations de patients. Ces informations sont maintenant disponibles sur le site unique public.

Amendement n°2506 présenté par le Gouvernement

I. – L'article L. 1451-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1451-4. – I. – Chaque autorité compétente veille, pour les personnes relevant d'elle et mentionnées à l'article L. 1451-1, au respect des obligations de déclaration des liens d'intérêts et de prévention des conflits d'intérêts définies au présent chapitre.

« II. – Les autorités et organismes mentionnés aux articles L. 1142-22, L. 1222-1, L. 1313-1, L. 1413-2, L. 1415-2, L. 1417-1, L. 1418-1, L. 3135-1 et L. 5311-1 du présent code et à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale désignent en outre chacun un déontologue chargé de cette mission et notamment de s'assurer au moins annuellement, auprès de chaque personne tenue à déclaration de ses liens d'intérêts, que cette déclaration est à jour.

« Le déontologue remet chaque année, au plus tard au 31 mars, un rapport sur les conditions d'application des dispositions relatives à la transparence et aux liens d'intérêts. Ce rapport est publié sur le site internet de l'autorité ou de l'organisme concerné.

« Les personnes mentionnées à l'article L. 1451-1 sont tenues de répondre aux demandes d'informations que leur adresse, dans l'exercice de sa mission, le déontologue de l'autorité ou de l'organisme dont elles relèvent.

« Les conditions de désignation et d'exercice des fonctions du déontologue sont précisées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 1451-1 du même code est complété par les mots : « ainsi que, le cas échéant, au déontologue mentionné au II de l'article L. 1451-4 ».

III. – L'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les ministres auprès desquels est placé le Comité économique des produits de santé désignent, dans les conditions définies au II de l'article L. 1451-4 du code de la santé publique, un déontologue chargé, pour le comité, de la mission définie par les mêmes dispositions. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le I du présent article remplace les dispositions de l'article L. 1451-4 du code de la santé publique et consacre, pour chaque autorité concernée par le dispositif de déclaration publique d'intérêts mentionné à l'article L. 1451-1, ses obligations en matière de déontologie. Il revient ainsi à chacune de ces autorités de mettre en place les mesures d'organisation de la gestion du risque de conflits d'intérêts.

Pour les agences et autorités sanitaires dont l'importance le justifie (ONIAM, EFS, ANSES, INVS, INCa, INPES, ABM, EPRUS, ANSM et HAS), l'efficacité du dispositif est renforcée par l'institution d'un déontologue. Il assurera le suivi de l'organisation et contrôlera en particulier chaque année que les déclarations d'intérêts sont à jour. Ce déontologue établira un rapport annuel qui sera rendu public. Il pourra adresser aux personnes tenues à déclaration des demandes d'information auxquelles elles seront tenues de répondre.

Par coordination, le II ajoute le déontologue, dans les agences et autorités où il sera institué, parmi les destinataires de la déclaration d'intérêts.

Enfin, le III étend le dispositif du déontologue au CEPS en tenant compte de son organisation particulière (commission auprès des ministres compétents).

Amendement n°1023 présenté par Mme Hélène Geoffroy

Après le douzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé sur toute question entrant dans son champ de compétence. Après instruction de la demande, la Haute Autorité de santé rend publique sa réponse, le cas échéant, à l'issue d'une audition publique. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le projet de loi prévoit la généralisation de la participation des usagers dans un certain nombre d'instances de décisions d'autorités ou d'organismes sanitaires.

La Haute autorité de santé est une instance incontournable de notre système de santé et rend des décisions importantes dans le domaine de la prise en charge.

Les associations n'ont pas seulement vocation à représenter les intérêts des usagers comme le prévoit l'article L. 1114-1 du code de la santé publique dans sa rédaction actuelle. La loi sur les lanceurs d'alerte a prévu la possibilité, pour les associations de patients, de se voir reconnaître un pouvoir d'alerte en saisissant la commission nationale de la déontologie et des alerte, ce qui constitue une indéniable avancée.

Cet amendement complète le dispositif de la loi sur les lanceurs d'alerte :

- en permettant aux associations agréées de saisir directement la HAS ;
- de rendre publiques les réponses de la HAS, le cas échéant, à l'issue d'une audience publique.

Sous-amendement n°2480 présenté par Mme Lemorton à l'amendement n°1023 de Mme Hélène Geoffroy

I. – À la fin de la première phrase de l'alinéa 2, supprimer les mots :

« sur toute question entrant dans son champ de compétence »

II. – En conséquence, après la même phrase du même alinéa, insérer la phrase suivante :

« À ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Ce sous-amendement vise à préciser les dispositions selon lesquelles la HAS peut être saisie de questions relevant de son champ de compétence (chapitre 1 bis du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale).

Sous-amendement n°2481 présenté par Mme Lemorton à l'amendement n°1023 de Mme Hélène Geoffroy

I. – Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

II. – En conséquence, compléter cet amendement par l'alinéa suivant :

« La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Ce sous-amendement est de précision. Il substitue au terme « réponses » les termes « suites qu'elle apporte aux saisines des associations ». Il précise aussi que la HAS rend publiques les modalités selon lesquelles la saisine a été instruite, ainsi que le cadre de l'audience publique.

Amendement n°1254 (Rect) présenté par Mme Hélène Geoffroy

I. – Après l'article L. 162-17-4-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-4-2. – Le comité économique des produits de santé peut conclure un accord cadre, d'une durée maximale de trois ans renouvelable, avec une ou plusieurs associations représentant les malades et les usagers du système de santé agréées au niveau national en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et une ou plusieurs associations de lutte contre les inégalités de santé. Cet accord a notamment pour objet de favoriser la concertation et les échanges d'informations concernant la fixation, dans le domaine de compétence du comité, des prix et des tarifs des produits de santé remboursables par la solidarité nationale.

« L'accord peut être conclu entre le comité économique des produits de santé et les associations mentionnées à l'alinéa précédent ayant transmis au comité une demande de participation aux négociations en vue de sa signature. . La demande est accompagnée d'un dossier présentant l'activité de l'association ainsi que, le cas échéant, les liens de toute nature, directs ou indirects, qu'elle entretient avec les entreprises ou établissements

dont les produits entrent dans le champ de compétence du comité, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ce champ de compétence.

« Les associations représentant les malades et usagers du système de santé agréées au niveau national en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique peuvent présenter une demande d'adhésion à un accord cadre en cours de validité ou de participation aux négociations en vue du renouvellement de l'accord ; dans les deux cas l'association est tenue de produire le dossier mentionné à l'alinéa précédent.

« L'accord cadre détermine notamment :

« 1° Les conditions dans lesquelles les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique sont auditionnées, à leur demande, par le comité économique des produits de santé, sous réserve d'avoir déposé auprès du comité le dossier mentionné au deuxième alinéa du présent article.

« 2° Les modalités selon lesquelles, en vue d'exercer leur droit d'audition, les associations mentionnées au 1° sont régulièrement informées des dates de réunion du comité et des sujets figurant à son ordre du jour.

« 3° La composition et les modalités de fonctionnement d'un comité d'interface, réuni au moins deux fois par an, au cours duquel le Président du comité économique des produits de santé présente aux associations agréées mentionnées au 1° un bilan de l'activité du comité. Cette présentation est suivie d'un débat.

« 4° Les règles et délais applicables à la procédure d'adhésion à l'accord cadre et de renouvellement de celui-ci.

« 5° Les modalités selon lesquelles les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique respectent des obligations de réserve et de confidentialité au regard des informations qu'elles reçoivent dans le cadre de l'application du présent article. »

II. – La demande mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17-4-2 du code de la sécurité sociale est transmise dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, en vue de la première conclusion d'un accord cadre.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est important de renforcer l'association des représentants des usagers tout au long de la chaîne du médicament : les représentants des usagers participent au Conseil d'administration de l'ANSM et vont très prochainement siéger à la Haute Autorité de santé dans les commissions relatives à l'évaluation des produits de santé (modifications réglementaires en cours).

Les discussions autour de l'hépatite C ont souligné la nécessité de renforcer également les liens avec le Comité économique des Produits de santé (CEPS). Tel est l'objet du présent amendement qui instaure un accord-cadre entre le CEPS et les associations de patients et de lutte contre les inégalités de santé, avec l'objectif d'associer étroitement celles-ci au fonctionnement du comité : est ainsi créé un droit d'audition systématique, ainsi qu'un comité d'interface dont les réunions régulières permettront au CEPS de présenter un bilan circonstancié de son activité.

Amendement n°2191 (Rect) présenté par Mme Lemorton et autres

I. – Après l'article L. 162-17-4-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-4-2. – Le comité économique des produits de santé peut conclure un accord cadre, d'une durée maximale de trois ans renouvelable, avec une ou plusieurs associations représentant les malades et les usagers du système de santé agréées au niveau national en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et une ou plusieurs associations de lutte contre les inégalités de santé. Cet accord a notamment pour objet de favoriser la concertation et les échanges d'informations concernant la fixation, dans le domaine de compétence du comité, des prix et des tarifs des produits de santé remboursables par la solidarité nationale.

« L'accord peut être conclu entre le comité économique des produits de santé et les associations mentionnées à l'alinéa précédent ayant transmis au comité une demande de participation aux négociations en vue de sa signature. . La demande est accompagnée d'un dossier présentant l'activité de l'association ainsi que, le cas échéant, les liens de toute nature, directs ou indirects, qu'elle entretient avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du comité, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ce champ de compétence.

« Les associations représentant les malades et usagers du système de santé agréées au niveau national en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique peuvent présenter une demande d'adhésion à un accord cadre en cours de validité ou de participation aux négociations en vue du renouvellement de l'accord ; dans les deux cas l'association est tenue de produire le dossier mentionné à l'alinéa précédent.

« L'accord cadre détermine notamment :

« 1° Les conditions dans lesquelles les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique sont auditionnées, à leur demande, par le comité économique des produits de santé, sous réserve d'avoir déposé auprès du comité le dossier mentionné au deuxième alinéa du présent article.

« 2° Les modalités selon lesquelles, en vue d'exercer leur droit d'audition, les associations mentionnées au 1° sont régulièrement informées des dates de réunion du comité et des sujets figurant à son ordre du jour.

« 3° La composition et les modalités de fonctionnement d'un comité d'interface, réuni au moins deux fois par an, au cours duquel le Président du comité économique des produits de santé présente aux associations agréées mentionnées au 1° un bilan de l'activité du comité. Cette présentation est suivie d'un débat.

« 4° Les règles et délais applicables à la procédure d'adhésion à l'accord cadre et de renouvellement de celui-ci.

« 5° Les modalités selon lesquelles les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique respectent des obligations de réserve et de confidentialité au regard des informations qu'elles reçoivent dans le cadre de l'application du présent article. »

II. – La demande mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17-4-2 du code de la sécurité sociale est transmise dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, en vue de la première conclusion d'un accord cadre.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est important de renforcer l'association des représentants des usagers tout au long de la chaîne du médicament : les représentants des usagers participent au Conseil d'administration de l'ANSM et vont très prochainement siéger à la Haute Autorité de santé dans les commissions relatives à l'évaluation des produits de santé (modifications réglementaires en cours).

Les discussions autour de l'hépatite C ont souligné la nécessité de renforcer également les liens avec le Comité économique des Produits de santé (CEPS). Tel est l'objet du présent amendement qui instaure un accord-cadre entre le CEPS et les associations de patients et de lutte contre les inégalités de santé, avec l'objectif d'associer étroitement celles-ci au fonctionnement du comité : est ainsi créé un droit d'audition systématique, ainsi qu'un comité d'interface dont les réunions régulières permettront au CEPS de présenter un bilan circonstancié de son activité.

g. Discussion en séances publiques

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 2277.

M. Stéphane Claireaux. Cet article reprend la recommandation n° 6 de la décision du Défenseur des droits datée du 11 avril 2013 relative au respect des droits des personnes âgées vulnérables avant et pendant leur séjour en établissement spécialisé. La défense des usagers du secteur social et médico-social doit en effet s'appuyer, comme dans le secteur hospitalier, sur des associations agréées à cet effet, offrant toutes les garanties d'absence de conflit d'intérêts, d'indépendance et d'impartialité. Il est donc proposé d'insérer dans le code de l'action sociale et des familles un article renvoyant aux dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. L'avis de la commission est défavorable, non pas que nous serions en désaccord avec votre proposition, monsieur le député, mais parce que votre amendement est satisfait. En effet, dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, un amendement similaire a été adopté au Sénat. Je vous invite donc à retirer le vôtre.

(L'amendement n° 2277, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 2505.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement a déposé deux amendements importants sur cet article, n°s 2505 et 2506, que je vais présenter conjointement. Tout d'abord, je signale à M. le député Bernard Debré que les associations sont également concernées par la démarche que je propose.

Ces deux amendements visent à renforcer la transparence des informations pour ce qui concerne les liens entre les professionnels de santé, les acteurs de santé et les laboratoires pharmaceutiques. Le premier, n° 2505, autorise la publication des rémunérations perçues par les professionnels de santé dans le cadre des conventions signées avec les laboratoires pharmaceutiques, et autorise les tiers à réutiliser les données publiées sur le site internet transparence.sante.gouv.fr. Je vous rappelle que j'ai engagé une politique de transparence qui a abouti à la création de ce site internet unique, dont la fréquentation est importante. Chacun de nos concitoyens peut

aller y regarder si un médecin qu'il connaît, un professionnel de santé, un étudiant, perçoit des rémunérations de la part d'un laboratoire pharmaceutique.

Cependant, dans le cadre de la loi adoptée en 2011, nous ne pouvions publier que les rémunérations directes sous forme de dons – repas, cadeaux ou encore voyages. Ce site fonctionne très bien et les données qu'il publie sont d'ailleurs exploitées par des acteurs extérieurs. Mais la loi de 2011 comportait une limite : lorsque les rémunérations des professionnels résultent d'une convention, le site ne fait que mentionner que la convention, mais pas son montant ni la nature des versements effectués.

L'amendement n° 2505 vise à aller jusqu'au bout de la logique de la transparence et à mettre fin aux soupçons en permettant la mise en ligne des rémunérations versées dans le cadre de collaborations entre industries et professionnels de santé. Elles seront publiées sur le site transparence.sante.gouv.fr, qui sera amélioré pour héberger ces informations supplémentaires. Je suis certaine que ce sera une avancée majeure en matière de transparence.

Mais il ne suffit pas de prévoir la publicité des informations ; il faut également en assurer le suivi. Or, le secteur se caractérisant par un très grand nombre d'intervenants et d'agences sanitaires – même si nous nous orientons vers une diminution et une coordination de ces dernières –, l'amendement n° 2506 vise à compléter le dispositif en dotant chaque agence sanitaire d'un déontologue. Concrètement, en l'état actuel du paysage sanitaire, cela signifie que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux – l'ONIAM –, l'Établissement français du sang, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – l'ANSES –, l'Institut de veille sanitaire – l'InVS –, l'Institut national du cancer – l'INCa –, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – l'INPES –, l'Agence de la biomédecine – l'ABM –, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires – l'EPRUS –, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – l'ANSM –, la Haute autorité de santé – la HAS – et le Comité économique des produits de santé – le CEPS – devront se doter d'un déontologue chargé d'établir un rapport annuel, qui sera rendu public. Il pourra adresser aux personnes tenues à déclaration des demandes d'informations auxquelles elles seront tenues de répondre.

Compte tenu de ces deux amendements, je demande à M. Bapt de bien vouloir retirer son amendement n° 131, qui me semble satisfait. Par ces amendements, j'affirme mon attachement à la transparence des liens d'intérêt des personnalités qui participent, à un titre ou à un autre, à la décision publique sur le médicament, qu'il s'agisse de la recherche, de la fixation des prix, de la mise sur le marché ou de la détermination du service médical rendu. Des affaires récentes ont de nouveau mis en lumière l'exigence de transparence. Le dispositif que j'annonce ce soir a été engagé avant la révélation de ces affaires mais il me semble y répondre de manière adaptée. Il est de nature à parachever – même si nous ne sommes jamais au bout du chemin – une grande politique de la transparence, donc de l'éthique, en matière de rémunération et de liens entre les professionnels et les laboratoires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements n° 2505 ?

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse.* Avis favorable. Ce dispositif permettra de répondre à certaines interrogations, notamment celles de Mme Fraysse et de M. Roumegas. Avec cet amendement, nous informons les usagers sur l'ensemble des liens existant dans le domaine de la santé et renforçons la démocratie sanitaire. Je suggère à mon tour à M. Bapt de retirer son amendement n° 131 car il est satisfait par l'amendement du Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Bien entendu, nous soutiendrons les amendements du Gouvernement, qui vont dans le bon sens. Cependant, ils ne sont pas suffisants. Nous proposerons tout à l'heure par voie d'amendement un dispositif qui, de toute évidence, serait plus efficace.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Madame la ministre, ce sont deux bons amendements. Pour l'heure, nous avons connaissance des conflits d'intérêts représentant 35 euros ou 100 euros, ce qui n'avait aucun intérêt. Nous pouvions savoir par exemple que tel médecin s'était fait rembourser son déjeuner ou son dîner par un laboratoire – ce qu'on pouvait critiquer. Mais les gros contrats, eux, n'étaient que signalés sans que leur montant ne soit indiqué.

Mme Jacqueline Fraysse. On ne les connaît pas !

M. Bernard Debré. Or les contrats majeurs peuvent aller de 10 000 à 100 000 euros, ce qui est d'ailleurs dans certains cas contraire à la loi, puisque les médecins hospitaliers publics ne peuvent recevoir davantage qu'une certaine proportion de leur rémunération publique. Jusqu'à aujourd'hui, cela passait complètement à l'as !

Il est donc tout à fait important que l'on puisse connaître les rémunérations de ces médecins, donc les conflits

d'intérêts. Un médecin à qui un laboratoire – je n'en citerai aucun – a versé 100 000 euros n'est pas libre. Il n'est pas libre quand on lui demande si un médicament doit être mis sur le marché et à quel prix. Vous avez donc raison, madame la ministre. (« *Très bien* » sur plusieurs bancs du groupe SRC.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n° 131.

M. Gérard Bapt. Mon amendement concerne aussi les obligations de déclaration des liens d'intérêt nés de conventions, mais il est moins large que celui du Gouvernement. Je suis heureux que ce soit M. Debré qui cite le montant de certaines conventions, qui n'a en effet rien à voir avec les petits avantages comme les déjeuners-débats, auxquels il peut nous arriver de participer, dans la mesure où il s'agit de débats sur de vrais sujets.

Bien entendu, je me réjouis de l'imposition de ces nouvelles règles. Mon amendement ne concerne que les agents du service public du secteur de la santé et les professionnels exerçant une mission de service public. J'avais pensé le proposer, en coordination avec Mme Lemorton, à l'occasion de la discussion d'un texte sur la transparence de la vie publique. À l'époque, on nous avait renvoyés à un texte à venir sur la fonction publique, mais celui-ci n'a jamais été examiné. Le présent projet de loi était donc l'occasion de faire une troisième tentative.

Au-delà de l'obligation de souscrire une telle déclaration, les agents du service public et les agents publics ont aussi, me semble-t-il, une obligation morale. Ils pourraient éventuellement être sanctionnés si, profitant du prestige que leur confèrent leurs titres hospitalo-universitaires ou même la publication d'études, d'ailleurs financées par les laboratoires, ils démentent les recommandations de bonnes pratiques ou les restrictions d'usage émises par la Haute autorité de santé ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament. Je pense notamment aux déclarations d'un professeur bien connu sur les pilules de troisième et quatrième génération.

Je vais retirer mon amendement, qui va moins loin que ceux du Gouvernement, mais je tiens à approfondir le débat sur le sujet particulier du secret commercial et industriel.

M. le président. Monsieur Bapt, vous disposiez de deux minutes pour présenter votre amendement. Or vous en êtes déjà à trois minutes !

M. Gérard Bapt. Mais je participais également au débat sur les deux amendements du Gouvernement, ce qui fait au total six minutes ! (*Sourires.*)

M. Dominique Tian. Nous ne sommes pas tous égaux !

M. Gérard Bapt. Le secret commercial et industriel est l'une des raisons qui a conduit le Gouvernement à limiter le champ de son décret. À l'occasion du débat à venir sur la nouvelle organisation voulue en matière de transparence et d'association des usagers, voire du Parlement, il faudra mieux le définir au regard de la réglementation européenne et veiller à ce que la publication d'informations ne lui porte pas atteinte.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Notre groupe salue ces deux amendements du Gouvernement, que nous attendions. Ils permettront d'améliorer la transparence en révélant la réalité. Nous tenons à vous en remercier, madame la ministre. Même les instances ordinales s'en réjouissent.

(L'amendement n° 131 est retiré.)

(L'amendement n° 2505 est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 2506 a déjà été défendu.

(L'amendement n° 2506, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 114 et 2260.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 114.

M. Dominique Tian. Il vise à préciser que, lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoint deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé. On ne peut être plus consensuel !

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2260.

Mme Dominique Orliac. Le présent projet de loi tend à renforcer les droits des patients et la démocratie sanitaire, ce qui constitue une évolution souhaitable. Cet amendement a pour objectif de se conformer à cette évolution en permettant aux représentants des usagers de siéger au sein des chambres disciplinaires de première instance et de la chambre nationale d'appel lorsqu'une affaire concerne un ou des patients.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse*. Avis défavorable, d'autant que, sauf erreur de ma part, cet amendement vise à permettre aux représentants des usagers de siéger au sein de l'Ordre des infirmiers, que nous avons supprimé. Ces amendements n'ont donc plus d'objet.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Avis défavorable. Les députés ayant en effet voté hier la suppression de l'Ordre des infirmiers, ces amendements n'ont plus beaucoup de sens.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Je précise qu'il existe d'autres ordres de professions paramédicales, notamment celui des masseurs-kinésithérapeutes et celui des pédicures-podologues.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse*. L'alinéa mentionné par l'amendement concerne l'Ordre national des infirmiers. Le dispositif que vous proposez est déjà prévu pour les ordres que vous avez cités, madame Orliac. Tel est en tout cas le sens de votre exposé sommaire.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. De toute façon, nous pensons que le Sénat rétablira l'Ordre des infirmiers. Il s'agit donc d'une simple anticipation ! (*Sourires.*)

(Les amendements identiques n^{os} 114 et 2260 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy pour soutenir l'amendement n° 1022.

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse*. Il prévoit la publicité des réunions du collège de la HAS, dont les décisions en matière de prise en charge sont importantes. Si son régime prévoit la publicité de certaines réunions de commission, il ne s'applique pas à celles de son collège. Il s'agit d'en donner l'accès aux usagers en prévoyant la publicité d'un certain nombre de réunions.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. La demande formulée par Mme la rapporteure est tout à fait fondée. Il me semble néanmoins qu'elle est déjà satisfaite car les mesures de transparence ont été rassemblées dans un titre du code de la santé publique intitulé « Règles déontologiques et expertise sanitaire » dont relève la HAS et dont l'article L. 451-1-1 prévoit la publicité des séances des instances collégiales d'expertise. Je demande donc à Mme la rapporteure de retirer l'amendement qui me semble satisfait.

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse*. Cet amendement traite de la publicité des réunions du collège et le suivant du pouvoir d'alerte des usagers auprès de la HAS. Si l'adoption du second emporte la publicité des réunions du collège, je retire cet amendement, mais je tiens à m'en assurer.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je demande le retrait de l'amendement n° 1022 et émets en revanche un avis favorable à l'amendement n° 1023 à venir, relatif au droit d'alerte sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements que présentera Mme la présidente Catherine Lemorton.

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse*. Je retire donc l'amendement n° 1022.

(L'amendement n° 1022 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1023 qui fait l'objet de deux sous-amendements, n° 2480 et 2481.

La parole est à Mme Hélène Geoffroy pour soutenir l'amendement.

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse*. L'amendement n° 1023 prévoit que les associations d'usagers puissent rendre publics les débats du collège de la HAS dans le cadre d'un droit de tirage, ce dont nous avons discuté tout à l'heure.

M. le président. Nous en venons aux deux sous-amendements, n° 2480 et 2481, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour les soutenir.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je commencerai par dire mon contentement d'aborder le sujet. J'ai commis au mois d'avril 2008 un rapport intitulé « Prescrire moins, consommer mieux » avec le soutien de l'ensemble de la commission des affaires sociales de l'époque. J'y dénonçais les liens et les conflits d'intérêts dans toutes ces structures. Pendant deux ans, jusqu'à la révélation

de l'affaire du Mediator grâce à notre collègue Gérard Bapt, de nombreux députés, notamment sur certains bancs, me jugeaient excessive.

M. Arnaud Robinet. Ne me regardez pas, je ne siégeais pas encore !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Lorsque nous avons discuté de la loi « post-Mediator », nous avons fait un beau travail législatif et il s'en est fallu de très peu que nous la votions, je le dis honnêtement. Nous y arrivons aujourd'hui. Mes collègues M. Bapt, M. Mallot, lequel n'est plus dans nos rangs, et moi-même avons alors présenté des amendements de cette teneur. Ce que nous défendions alors fut repoussé. Peut-être cela allait-il trop loin à ce moment-là, peut-être n'y étions-nous pas encore prêts ! Telle est en tout cas la raison pour laquelle nous n'avons pas voté cette loi à laquelle pourtant nous étions favorables sur de nombreux points.

J'en viens aux sous-amendements. Vous vous rendrez compte, madame Fraysse, monsieur Roumegas, qu'ils vont bien au-delà de ce que vous proposez. Au fond, toutes les associations agréées au titre de l'article L. 111-4-1 pourront selon les circonstances signaler un problème à la HAS. Nommer deux usagers choisis au hasard sans critère précis empêcherait certaines associations de faire correctement leur travail en cas de problème sur un sujet bien particulier. Ces associations agréées, on en compte des dizaines. L'amendement n° 1023 va dans le bon sens. Le sous-amendement n° 2480 vise à supprimer les mots « sur toute question entrant dans son champ de compétence » et à insérer la phrase « À ce titre, elles [ces associations] peuvent la [la HAS] saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre ».

Le sous-amendement n° 2481 propose de supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2 et de compléter l'amendement par un alinéa ainsi rédigé : « La Haute autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée ». Je pense comme Mme la ministre et comme M. Debré que les associations d'usagers sont l'une des portes d'entrée des laboratoires qui ont parfois le cynisme de jouer sur la peur des associations, notamment pour les pathologies lourdes. Comme je l'ai déjà dit maintes fois, il arrive que les laboratoires jouent sur la peur qui gagne les associations en cas de réévaluation par la HAS visant à vérifier l'opportunité ou le bien-fondé de certaines prescriptions.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. J'approuve tout ce que vient de dire Mme Lemorton. Je n'ai qu'une précision à demander au sujet de la rédaction du sous-amendement n° 2480. Qu'entend-on exactement par « incidences importantes sur la santé » ?

M. Bernard Debré. Il a raison !

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je me félicite de l'amendement n° 1023 et des sous-amendements que Mme Lemorton vient de présenter. Ils améliorent indiscutablement le texte et avancent des propositions tout à fait intéressantes, d'autant plus qu'elles donnent aux associations la possibilité de saisir elles-mêmes la HAS en tant que de besoin, ce qui est très bien. Pour autant, cela n'est pas contradictoire avec l'éventualité que des usagers siègent aussi dans les instances.

Les deux propositions sont complémentaires mais je reconnais que la vôtre est très intéressante, madame Lemorton, et je la soutiendrai.

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Ce qu'on entend par « incidences importantes sur la santé », monsieur Sebaoun, le débat sur l'*open data* et les données de santé le dira ! Par exemple, lorsque les membres d'associations touchés ou intéressés par une pathologie, pour eux-mêmes ou pour leur entourage, recevront des données de santé en matière de pharmacovigilance, voilà ce que j'appelle des incidences importantes. Il s'agit aussi d'éviter qu'une personne isolée, à la suite d'une seule contre-indication ou d'un seul effet secondaire, saisisse la HAS qui, de fait, serait alors complètement débordée. À cette fin, le sous-amendement n° 2480 encadre quelque peu la saisine de la HAS.

(Les sous-amendements n°s 2480 et 2481, acceptés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'amendement n° 1023, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1821 rectifié.

M. Jean-Louis Roumegas. Il est possible selon moi d'être plus efficace sur le sujet, et de prendre des décisions définitives. Nous proposons de renforcer le contrôle des conflits d'intérêts et des obligations de déport dans les agences œuvrant dans le secteur de la santé et du médicament, la HAS bien sûr mais aussi le Comité économique des produits de santé et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de

santé. Comment ? En instaurant l'obligation de déclarer patrimoine et liens d'intérêt à la Haute autorité pour la transparence de la vie publique. Il n'est pas besoin d'en rappeler l'historique mais chacun sait à quoi il a fallu en arriver, à propos des élus, pour tenter de régler les problèmes. Les simples mesures de transparence ne suffisaient pas. Seul le pouvoir d'investigation de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique a permis d'aller plus loin.

Dès lors, pourquoi ne pas appliquer la même logique aux conflits d'intérêts dans le domaine de la santé, compte tenu des sommes en jeu que M. Debré a rappelées tout à l'heure à juste titre et de l'importance de certaines décisions pour les comptes sociaux ? Il s'agit également d'éviter les scandales comme celui révélé récemment par le site *Mediapart*. Il nous semble nécessaire d'instaurer un contrôle mené par une autorité extérieure ayant de réelles prérogatives d'investigation, capable de procéder à des recoupements avec des déclarations fiscales, de façon que puissent éventuellement être prises des sanctions pénales. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions vraiment lutter ! Ce qu'ont proposé Mme la ministre et Mme la présidente de la commission a grandement fait progresser la transparence au moyen d'une déontologie interne, c'est vrai. Il s'agit ici d'aller plus loin en instaurant un véritable pouvoir d'investigation qui est à mon avis le seul moyen d'être efficace.

M. Bernard Debré. Mais non !

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

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse.* La commission demande à M. Roumegas de retirer son amendement. Le débat sur les amendements portant article additionnel après l'article 43 a donné lieu à un certain nombre d'avancées comme l'instauration par l'amendement n°2506 du Gouvernement d'un déontologue dans l'ensemble des agences, ce qui permettra de contrôler les liens d'intérêt. L'amendement n°2505 du Gouvernement traitait de la déclaration de liens d'intérêt. Nous venons de prévoir un pouvoir d'alerte auprès de la HAS. Bref, nous avons désormais à notre disposition un certain nombre d'outils dont il me semble qu'il faut d'abord commencer à utiliser : ils permettront déjà de réelles avancées. Nous pouvons nous sentir rassurés pour ce qui est de la transparence dans le monde de la santé. C'est pourquoi je vous demande de retirer votre amendement, cher collègue.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Je comprends que M. Roumegas ne voudra pas retirer son amendement. Nous en avons déjà discuté et j'émetts un avis défavorable. Tout d'abord, les membres du collège et certains membres des commissions de la HAS sont d'ores et déjà soumis à l'obligation de déclaration.

M. Arnaud Robinet. Eh oui !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Et permettez-moi de vous dire, monsieur le député, qu'à un moment donné il ne s'agit pas simplement de multiplier les dispositifs mais de garantir que, même en étant en règle avec les dispositifs existants, on respecte bien les règles de déontologie. C'est pourquoi j'ai proposé la mise en place d'un déontologue dans chaque agence, qui a été votée. Concrètement et sans citer de noms, dans le cas que vous évoquez, révélé par le site *Mediapart*, la personne avait rempli sa déclaration d'intérêts et rien à ce jour ne permet de dire qu'elle n'a pas respecté les règles en vigueur. Je n'en sais rien, mais rien ne permet de le dire. Il est même probable que ce qui a été révélé n'entraîne pas dans le champ de la déclaration d'intérêt. Le déontologue aurait sans doute débusqué, pour ainsi dire, un problème qu'une simple déclaration d'intérêt, laquelle en l'espèce a bien été remplie, ne permettait pas d'identifier. Je ne pense pas que les garde-fous que vous proposez, monsieur le député, constituent une réelle protection alors que la mise en place de ce qui a été voté me semble aller dans le bon sens.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Je n'analyse pas tout à fait la situation comme vous le faites, madame la ministre. Ce que je propose ne me semble pas du tout contradictoire avec les mesures que vous avez formulées et que nous avons votées, avec enthousiasme d'ailleurs, mais complémentaire. Si l'on applique votre raisonnement à la transparence imposée aux élus, on peut se demander pourquoi une Haute autorité pour la transparence de la vie publique dotée de pouvoirs d'investigation renforcés a été créée ! Des mesures similaires à celles que vous mettez en place s'appliquaient déjà aux élus et on a bien vu qu'elles n'ont pas suffi. Les affaires et les enjeux face auxquels nous nous trouvons représentent des sommes colossales. Il n'y a pas d'équivalent de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique car les membres des commissions ne sont pas systématiquement tenus de remplir une déclaration. Préciser ce point dans la loi renforcera le pouvoir d'investigation. La menace même d'investigation et de sanctions est bien plus efficace que la simple déclaration.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Il y a une très grosse différence entre faire confiance en prévoyant des règles à appliquer et en imposant de déclarer tout conflit d'intérêts et considérer que tout le monde est pourri. Moi, je pense qu'il faut faire confiance et ne pas considérer que tout le monde est pourri.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Personne sans doute ici ne considère que tout le monde est pourri, monsieur Debré – heureusement, sinon vous allez nous mettre le moral à zéro – mais, quand on n'est pas pourri, on ne redoute pas de remplir des documents et de faire des déclarations.

M. Bernard Debré. Ce n'est pas ce que demande M. Roumegas.

Mme Jacqueline Fraysse. Les dispositions proposées par le Gouvernement, Mme Lemorton et notre rapporteure sont très intéressantes mais l'amendement de M. Roumegas, qui, effectivement, ne répond pas à tout – je ne sais pas d'ailleurs si ce serait possible – ne me paraît pas contradictoire, il complète plutôt le dispositif, utilement. Je le soutiens donc.

M. le président. La parole est à Mme Cécile Duflot.

Mme Cécile Duflot. Comme l'a souligné Mme Fraysse, la question n'est pas de considérer, à partir du moment où l'on instaure la transparence, que tout le monde est pourri, c'est plutôt l'inverse.

Mme Jacqueline Fraysse. Absolument.

Mme Cécile Duflot. Il s'agit de faire en sorte que l'on reconnaisse légitimement que tous ceux qui vivent une forme de globalisation dans leur positionnement respectent l'ensemble des règles. C'est donc parfaitement complémentaire.

Ce qui garantit l'application des règles, ce sont la transparence et le pouvoir d'investigation, ce n'est pas la simple déclaration qui, Mme la ministre a raison, ne nous préserve pas de tout, notamment pas du mensonge et de la dissimulation. Il faut placer les barrières le plus haut possible, ce qui est facteur de transparence pour ceux qui respectent l'intégralité des règles mais est aussi assez dissuasif pour tous ceux à qui l'absence de règles permet de ne pas avoir à dissimuler. Une chose est de mentir, une autre est de ne pas avoir à déclarer.

(L'amendement n° 1821 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1887.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement complète lui aussi les dispositions proposées par le Gouvernement. Il tend à rendre publiques les conventions conclues entre le CEPS et l'entreprise exploitant le médicament.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable. Cet amendement sera satisfait par celui que Mme Lemorton et moi-même présenterons dans un instant et dont j'ai parlé en introduction, sur les accords-cadres avec les associations d'usagers.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, pour les mêmes raisons.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. L'amendement dont parle Mme Geoffroy représente certes un progrès, mais ce sera une simple présentation dans des réunions avec des associations désignées. Il ne s'agira pas de rendre publiques les conventions et vous savez bien qu'à chaque fois, le CEPS oppose le secret de fabrication. La mesure que je propose va plus loin.

(L'amendement n° 1887 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1888.

M. Jean-Louis Roumegas. Il est défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable, pour les mêmes raisons.

(L'amendement n° 1888, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 1254 rectifié et 2191 rectifié.

La parole est à Mme Hélène Geoffroy pour soutenir l'amendement n° 1254 rectifié.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. C'est l'amendement dont je parlais précédemment, qui prévoit qu'un accord-cadre peut être conclu entre le Comité économique des produits de santé et les associations représentant les malades et les usagers du système de santé.

L'objectif, monsieur Roumegas, est non pas simplement d'organiser une discussion mais de favoriser la concertation et les échanges d'informations concernant la fixation, dans le domaine de compétence du comité, des prix et des tarifs des produits de santé remboursables par la solidarité nationale.

L'accord-cadre va notamment déterminer les conditions dans lesquelles les associations sont auditionnées, à leur demande, par le CEPS, la composition et les modalités de fonctionnement d'un comité d'interface, et les modalités selon lesquelles les associations agréées respectent des obligations de réserve et de confidentialité, ce qui garantit que l'échange sera complet et efficace.

Je pense qu'en adoptant cet amendement, nous répondrons aux préoccupations qui sont les vôtres.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour soutenir l'amendement n° 2191 rectifié.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Je me félicite qu'en plus des associations déjà citées, l'on associe les associations de lutte contre les inégalités de santé, je pense en particulier à Médecins du monde, qui ne sont pas des associations de malades à proprement parler mais qui, comme elles luttent contre les inégalités de santé, voient des personnes très éloignées du système de soins, notamment atteintes de pathologies très lourdes. Nous avons vu à quel point c'était nécessaire quand il s'est agi du traitement contre l'hépatite C.

(Les amendements identiques n°s 1254 rectifié et 2191 rectifié, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Monsieur le président, je souhaiterais une suspension de séance de cinq minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures cinquante-cinq, est reprise à dix-huit heures cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

h. Texte adopté n°505 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 43 bis (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « , y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie, sont insérées une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » et comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » et comprenant l'article L. 5141-13-2, qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « , sur un site internet public unique, » ;

– au début du 6°, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

– au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;

– au 9°, après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « ou continue » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

b) Après le I, il est inséré un I bis ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I. » ;

c) Au II, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

d) Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40. » ;

e) La première phrase du III est ainsi modifiée :

– après le mot : « État », sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

– après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

– après le mot : « objet », il est inséré le mot : « précis » ;

6° L'article L. 1453-2, tel qu'il résulte du 4° du présent article, est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

7° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée : « 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I *bis* dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent. » ;

8° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1454-3-1. – Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics les conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I *bis* du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent. »

2. Sénat

a. Projet de loi transmis au Sénat le 15 avril 2015

Article 43 *bis* (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « , y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie, sont insérées une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » et comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » et comprenant l'article L. 5141-13-2, qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « , sur un site internet public unique, » ;

- au début du 6°, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

- au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;

- au 9°, après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « ou continue » ;

- il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

b) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. - Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I. » ;

c) Au II, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

d) Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. - Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40. » ;

e) La première phrase du III est ainsi modifiée :

- après le mot : « État », sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

- après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

- après le mot : « objet », il est inséré le mot : « précis » ;

6° L'article L. 1453-2, tel qu'il résulte du 4° du présent article, est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. - Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I bis » ;

7° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée : « 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I bis dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent. » ;

8° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1454-3-1. - Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics les conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I bis du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent. »

b. Rapport n°653 déposé le 22 juillet 2015 de la commission des affaires sociales

Article 43 bis

(art. L. 1114-1, L. 1451-1, L. 1451-3, L. 1453-1, L. 1453-2, L. 1454-3, L. 1454-3-1 [nouveau] et L. 5442-13 du code de la santé publique)

Transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques et les autres acteurs du monde de la santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit notamment que l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé - ainsi que les rémunérations qui leur sont associées - doit être rendue publique sur Internet.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement déposé par le Gouvernement et adopté par l'Assemblée nationale en séance publique avec l'avis favorable de la commission.

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, adoptée suite à l'affaire du Mediator, avait pour objet de garantir l'indépendance et l'impartialité des décisions prises en matière de santé en imposant la transparence des liens d'intérêt entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé.

Les différents liens d'intérêt entre laboratoires pharmaceutiques et acteurs du monde de la santé

Les **conventions** entre les entreprises et les acteurs de la santé sont des accords impliquant des obligations de part et d'autre. Il s'agit, par exemple, de la participation à un congrès en tant qu'orateur (obligation remplie par le professionnel), avec prise en charge du transport et de l'hébergement (obligation remplie par l'entreprise). Les conventions peuvent aussi avoir pour objet une activité de recherche ou des essais cliniques sur un produit de santé, la participation à un congrès scientifique, une action de formation, etc.

Les **avantages** recouvrent tout ce qui est alloué ou versé sans contrepartie par une entreprise à un acteur de la santé (don de matériel, repas, transport, hébergement, etc.).

Source : www.transparence.sante.gouv.fr

La transparence sur ces liens d'intérêt est en effet essentielle pour garantir que ces échanges, a priori légitimes, ne donnent pas lieu à des conflits d'intérêt.

Le présent article entend compléter les dispositions introduites par la loi du 29 décembre 2011 dans le code de la santé publique pour rendre encore plus effective cette transparence.

Publicité des rémunérations et participations financières des membres des autorités du domaine de la santé

L'article L. 1451-1 du code de la santé publique prévoit que sont tenus d'établir une déclaration d'intérêts, lors de leur prise de fonctions :

- les membres des commissions et conseils siégeant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

- les membres des cabinets des ministres ;

- les dirigeants, personnels de direction et d'encadrement et les membres de nombreuses instances collégiales, commissions, groupes de travail et conseils chargés d'une mission dans le domaine de la santé publique^{98(*)}.

Ces personnalités disposent en effet de pouvoirs de décision importants et il est essentiel de garantir leur impartialité.

Leur déclaration d'intérêts, qui est remise à l'autorité compétente et qui est rendue publique, mentionne les liens d'intérêts de toute nature, directs ou par personne interposée, que le déclarant a, ou qu'il a eus pendant les cinq années précédant sa prise de fonctions, avec des entreprises, des établissements ou des organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence de l'autorité sanitaire au sein de laquelle il exerce ses fonctions ou de l'organe consultatif dont il est membre ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Le 2° du présent article prévoit que seront désormais expressément rendues publiques les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au précédent paragraphe ainsi que les participations financières qu'il détient.

Le 3° précise que le modèle et le contenu de la déclaration d'intérêts, les conditions dans lesquelles elle est rendue publique, notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêt directs déclarés ainsi que ses modalités de dépôt, d'actualisation et de conservation, seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces dispositions visent à renforcer la transparence et à lutter encore plus efficacement contre les conflits d'intérêt, dans la mesure où toute personne en position de responsabilité au sein d'une autorité sanitaire ou d'un organe consultatif du domaine de la santé devra rendre publique :

les rémunérations qu'elle a perçues de la part des entreprises, établissements ou organismes dont les activités entrent dans le champ de l'organisme auquel elle appartient ;

les participations financières qu'elle détient au sein de ces mêmes entreprises, établissements ou organismes.

Publication sur Internet de l'existence des conventions entre laboratoires pharmaceutiques et membres du monde de la santé

Enrichissement de la liste des acteurs du monde de la santé dont les conventions avec l'industrie pharmaceutique doivent être publiées

L'article L. 1453-1 du code de la santé publique, issu de la loi de 2011, prévoit que les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé à usage humain, ou assurant des prestations associées à ces produits, sont tenues de rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec un grand nombre d'acteurs du monde de la santé (professionnels de santé, associations d'usagers, établissements de santé...).

Le 5° du présent article vient enrichir la liste de ces acteurs en y incluant notamment les académies et les personnes morales assurant la formation continue des professionnels de santé ainsi qu'en visant l'ensemble des personnes morales éditrices de presse, de services de radio ou de télévision et de services de communication au public en ligne et non pas seulement les entreprises ou les éditeurs.

En revanche, il exclut du champ de l'obligation de publicité les conventions qui ont pour objet l'achat de biens ou de services.

Publication sur Internet des conventions et des rémunérations qui leur sont associées

Le 5° du présent article prévoit que l'existence des conventions visées par l'article L. 1453-1 sera publiée sur un site internet public unique (***transparence.sante.gouv.fr***). Cette publication avait déjà lieu sur transparence.sante.gouv.fr sans que la loi l'ait expressément prévue : elle disposera désormais d'une base légale.

Le 5° précise que les informations relatives aux conventions publiées sur ***transparence.sante.gouv.fr*** seront réutilisables à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêt^{99(*)}.

Ces informations pourront également donner lieu à un traitement de données, dans le respect des dispositions légales relatives aux liens d'intérêt, à l'informatique et aux libertés^{100(*)}.

Selon le Gouvernement, ces exigences sont celles qui ont été posées par l'assemblée générale du Conseil d'État pour la réutilisation des données par un tiers.

En outre, les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé à usage humain devront rendre publiques pour la première fois sur ***transparence.sante.gouv.fr***, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre d'une convention. De la sorte, chacun pourra connaître avec précision les liens financiers qu'entretiennent entre eux industries de santé et professionnels de santé.

Une telle disposition sera de nature à garantir la transparence de ces conventions et à lutter contre les conflits d'intérêt.

Publicité des conventions entre industries productrices de médicaments vétérinaires et professionnels du monde de la santé

Le présent article renforce également dans son 6° les obligations de transparence des entreprises produisant ou commercialisant des produits vétérinaires.

A l'instar de ce que l'article L. 1453-1 du code de la santé publique prévoit pour les produits de santé à usage humain, l'article L. 1453-2 prévoit que les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec un grand nombre d'acteurs du monde de la santé.

Le 6° du présent article ajoute les académies dans la liste de ces acteurs.

Il prévoit également que ces entreprises devront rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations qu'elles versent à des personnes physiques ou morales dans le cadre desdites conventions.

Là encore, l'obligation de publicité est exclue pour les conventions qui ont pour objet l'achat de biens ou de services.

Il convient de noter que le présent article ne prévoit pas la publication sur le site internet unique transparence.sante.gouv.fr des conventions signées entre les entreprises vétérinaires et les acteurs du monde de la santé, ni *a fortiori* le montant des rémunérations liées à ces conventions.

Cette publication sera assurée différemment, dans la mesure où transparence.sante.gouv.fr ne concerne que la santé humaine.

Les sanctions prévues en cas d'absence de publicité sur les rémunérations associées aux conventions signées entre industries de la santé et professionnels de santé

L'article L. 1454-3 du code de la santé publique prévoit déjà qu'est puni de 45 000 euros d'amende le fait, pour les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé à usage humain, d'omettre sciemment de rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec des professionnels de santé. La même disposition était prévue pour les produits vétérinaires par l'article L. 5442-13.

Le 7° du présent article complète les dispositions de l'article L. 1454-3 pour pénaliser également le fait de ne pas rendre publics les rémunérations associées à ces conventions ainsi que les avantages qu'elles procurent à leurs bénéficiaires.

Le 9° introduit un article L. 1454-3-1 qui reprend les dispositions de l'article L. 5442-13 (article dont l'abrogation est prévue par le 8°) en prévoyant que la sanction pénale de 45 000 euros est également encourue par les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires qui ne rendraient pas publiques les rémunérations liées aux conventions qu'elles concluent avec des professionnels de santé.

Autres dispositions prévues par le présent article

Le 1° du présent article supprime le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique qui prévoit que les entreprises fabriquant et commercialisant des produits de santé doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé (HAS), la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente.

Selon le Gouvernement, cette disposition n'est plus nécessaire dans la mesure où ces informations sont disponibles sur le site unique public www.transparence.gouv.fr.

Le 4° est une disposition rédactionnelle qui permet de rassembler au sein du même chapitre du code de la santé publique les dispositions relatives à la transparence pour les produits à usage humain et pour les médicaments vétérinaires.

II - La position de la commission

S'il est légitime que les entreprises qui produisent ou commercialisent des produits de santé entretiennent des liens avec les autres acteurs du monde de la santé, dans la mesure où les échanges qui en résultent peuvent être sources de progrès scientifiques, l'opacité qui les a longtemps entourés a nourri une méfiance grandissante à leur égard, faisant craindre que des professionnels de santé puissent être prisonniers de conflits d'intérêt.

Sensible à cette préoccupation, le présent article renforce de façon importante les obligations de transparence des entreprises qui produisent ou commercialisent des produits de santé à usage humain ou des médicaments vétérinaires.

Dans le cas des produits de santé à usage humain, la publication des conventions sur le site unique public www.transparence.gouv.fr, et le fait que ces informations soit réutilisables à titre gratuit, y compris sous forme de traitement de données, permettra à tous ceux qui le souhaitent, associations comme simples citoyens, d'analyser les risques de conflits d'intérêt qui pourraient concerner des professionnels de santé.

La publication sur Internet des rémunérations versées dans le cadre de conventions au-delà d'un certain seuil constitue à cet égard un pas décisif vers davantage de transparence.

La publication des rémunérations versées par des entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires sera également de nature à rassurer les citoyens.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

c. Séances publiques

Séance du 18 septembre 2015

(...)

Mme Marisol Touraine, ministre : Mme Marisol Touraine, ministre. Je sollicite également le retrait de ces amendements.

Votre préoccupation est certes parfaitement légitime, mais elle n'entre pas dans le champ d'application du service public d'information en santé. Ce dernier vise à communiquer des informations sur l'organisation et l'offre de soins ou de santé disponible afin de réduire les inégalités d'accès à l'information, et donc de réduire les inégalités en santé.

Vous évoquez les liens d'intérêts qui peuvent exister entre des industriels et des acteurs publics.

Une première démarche a été engagée par le Gouvernement à travers le site *transparence.sante.gouv.fr*, qui donne au public une information sur les liens d'intérêts pouvant exister entre les industriels et les professionnels de santé ou les établissements de santé.

Vous souhaitez aller plus loin, et c'est ce que le Gouvernement vous propose de faire dans le cadre de l'article 43 *bis* du présent projet de loi, avec des dispositions permettant de déterminer les liens susceptibles d'influencer les comportements des acteurs publics amenés à être en contact avec des entreprises.

Il est ainsi prévu de mettre en place un déontologue dans l'ensemble des agences publiques œuvrant en matière de santé, avec obligation de publier un rapport.

Quel que soit le jugement que vous porterez sur cet article 43 *bis*, je veux vraiment insister sur le fait que le service public d'information en santé ne porte pas sur des enjeux de liens d'intérêts. Il s'agit simplement de savoir où l'on peut trouver un kinésithérapeute, quelles sont les maisons de retraite disponibles, ou encore quels établissements de santé prennent en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, afin que chacun ait le même degré d'information.

(...)

Séance du 30 septembre 2015

[M. le président](#). La parole est à M. Claude Malhuret, sur l'article.

[M. Claude Malhuret](#). Madame la ministre, mes paroles vont sans doute sonner plus agréablement à vos oreilles que celles que j'ai prononcées hier.

Plusieurs articles de ce titre IV comportent de réelles avancées en matière de transparence, il convient de le dire. Mais, avant de les évoquer, je voudrais répondre aux propos de notre collègue Barbier hier après-midi. Je n'ai pu le faire sur-le-champ, parce que mon temps de parole était épuisé, mais il n'est pas question de laisser ses propos sans réponse.

Gilbert Barbier me reproche, pas moins, d'injurier les chercheurs français et d'insulter la recherche médicale française. Je vais donc préciser ma pensée, directement en lien avec le débat sur l'article 43 *bis*.

J'ai le plus grand respect pour la recherche française et pour les chercheurs français. Les vrais : ceux qui ne roulent en général pas sur l'or, travaillent sans faire de bruit dans leur laboratoire et font avancer la science. Ce n'est pas eux que j'ai pris à partie, et je regrette que notre collègue ait suggéré que je les auras confondus avec les quelques chefs de service dont j'ai parlé : ceux qui signent quinze, vingt ou trente contrats par an avec l'industrie pharmaceutique.

Quand on sait qu'un essai clinique dure au minimum de six mois à un an, il n'est pas difficile de comprendre que ceux-là apposent leur signature sur des essais dont ils n'ont pas vu le commencement de l'ombre d'un patient. Ce sont eux que j'ai qualifiés de baudets à contrats et à conflits d'intérêts. Je maintiens très sereinement mes propos.

Ce sont les mêmes qui trustent les places dans les commissions, agences et hautes autorités, avec leur titre d'experts. À cet égard, je tiens à démonter l'argument souvent entendu, ici comme ailleurs, et que Gilbert Barbier a repris hier, un argument qui me met en colère : on ne pourrait se passer de ces experts, car c'est

précisément parce qu'ils travaillent avec l'industrie pharmaceutique qu'ils seraient compétents en matière de médicaments.

À la vérité, deux mondes existent qui n'ont rien à voir l'un avec l'autre : celui de la recherche fondamentale, qui découvre les molécules, et celui des essais cliniques, qui se borne à recevoir les produits des laboratoires et à les tester sur des patients. Ce travail-là, n'importe quel chef de service de n'importe quel hôpital peut le réaliser, et l'on fait injure à tous ces médecins en soutenant que des experts sans conflit d'intérêts seraient des experts sans intérêt.

C'est, bien entendu, le contraire qui est vrai : 90 % des chefs de service refusent de cosigner des essais qu'ils n'ont pas conduits ; ils signent seulement ceux qu'ils peuvent matériellement conduire, c'est-à-dire un ou deux par an, parfois aucun. Naturellement, ils sont dix fois moins cités dans la littérature que ceux qui en signent, de façon anormale, trente par an. Voilà comment l'industrie fabrique des « experts » !

Il est dramatique que les commissions, aveuglées par ce tour de passe-passe, recrutent en priorité ces prétendus experts, dont la notoriété est le fruit de conflits d'intérêts. Aussi bien, contrairement à ce qu'on répète, il n'y aurait aucune difficulté à trouver des experts qui n'ont pas de conflit d'intérêts : il suffirait de s'adresser aux centaines de chefs de service hospitalo-universitaire qui n'en ont pas, ou peu, et qui sont évidemment tout aussi experts que ceux qui en sont bardés.

Si toutes les agences et commissions faisaient le contraire de ce qu'elles font aujourd'hui et ne recrutaient plus aucun expert qui signe plus de deux contrats par an avec l'industrie, la santé publique française et le déficit de la sécurité sociale s'en porteraient beaucoup mieux !

Je remercie Gilbert Barbier de m'avoir donné l'occasion de préciser ma pensée.

[M. le président](#). La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je tiens à exposer au Sénat, dès avant que M. Malhuret ne présente son premier amendement, la logique d'ensemble des dispositions figurant aux articles 43 *bis* et 43 *ter* du projet de loi.

La transparence, j'en ai fait l'un des engagements de l'action que je mène et l'un des fils conducteurs de plusieurs textes adoptés depuis trois ans. Au demeurant, je remercie M. Malhuret d'avoir reconnu que, parmi les dispositions dont nous allons débattre dans quelques instants, certaines représentent des avancées tout à fait importantes dans ce domaine.

Je suis absolument convaincue que, pour sortir de l'ère du soupçon, ce qui est absolument indispensable, nous avons besoin de transparence : c'est en ne cachant rien, en permettant à chacune et à chacun de connaître les liens d'intérêts qui unissent des professionnels de santé avec des industriels, des liens qui ne sont pas nécessairement des conflits, que nous irons de l'avant.

Des mesures ont déjà été adoptées il y a un certain temps. Ainsi, ce n'est pas un hasard si le site transparence.sante.gouv.fr est extrêmement fréquenté : les Français sont désireux de connaître les relations qui unissent leurs professionnels de santé à des industriels. N'oublions pas non plus le décret du 9 juillet 2015, dont nous avons parlé hier, relatif à la composition de la commission de la transparence et de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

Lors des débats à l'Assemblée nationale, j'ai fait adopter deux séries de dispositions.

L'article 43 *bis* prévoit que les rémunérations versées dans le cadre des collaborations entre industries et professionnels de santé seront rendues publiques sur le site transparence.sante.gouv.fr et *via* la mise en ligne des déclarations publiques d'intérêts. En outre, il autorise la réutilisation de ces données, mesure qui n'est pas négligeable : des journalistes, mais d'autres aussi, pourront se saisir des informations portées sur le site, les trier, les exploiter et les présenter en fonction de leurs objectifs.

L'article 43 *ter* se rapporte au suivi de ces informations. Compte tenu du très grand nombre d'intervenants concernés et de la spécificité du secteur, la solution la plus efficace pour assurer ce suivi consiste à demander à chaque agence sanitaire de se doter d'un déontologue ; celui-ci établira un rapport annuel rendu public et pourra adresser aux personnes tenues à déclaration des demandes d'informations auxquelles elles seront tenues de répondre.

Tel est le dispositif adopté par l'Assemblée nationale. Je propose au Sénat de le compléter pour franchir une nouvelle étape en matière de transparence.

Il s'agit, plus précisément, d'habiliter le Gouvernement à renforcer les dispositions dites anti-cadeaux. Je vous rappelle que l'actuel dispositif en la matière, distinct de celui relatif à la transparence, interdit l'octroi par les entreprises d'avantages aux acteurs concernés, à l'exception des avantages accordés dans le cadre de conventions de recherche, d'évaluations scientifiques ou de l'hospitalité offerte de manière directe ou indirecte lors de manifestations de promotion ou de manifestations à caractère exclusivement professionnel et

scientifique, dès lors qu'elles sont prévues par convention. Il est destiné à préserver l'indépendance des professionnels de santé, en particulier celle des prescripteurs.

Je souhaite que cette réglementation soit étendue à toutes les entreprises dont les produits ou les prestations sont susceptibles d'avoir une incidence sur la santé publique ; à toutes celles, en somme, qui proposent des produits de santé, qu'ils soient remboursés ou non – seuls les produits remboursés sont aujourd'hui concernés. Nous débattons plus en détail de cette proposition dans quelques instants, mais je tenais à en souligner dès à présent l'importance.

Je vous proposerai également de compléter l'article 43 *ter*, relatif à la création du déontologue, afin d'en étendre les dispositions aux personnes qui, sans faire partie des commissions, sont invitées à apporter leur expertise sanitaire au conseil placé auprès du ministre.

Toutes ces mesures forment un ensemble cohérent destiné à renforcer la transparence.

Mesdames, messieurs les sénateurs, notre intention est d'assurer la transparence, mais sans encourager l'esprit de soupçon systématique. Des fraudes ont été commises, et aussi des tentatives pour occulter la réalité des choses ; elles ont conduit à une prise de conscience qui doit nous inspirer. Il n'en faut pas moins rappeler que les liens entre la recherche et l'université passent par les relations entretenues par des services hospitaliers, des professionnels de santé et des chercheurs avec des industriels. Ces relations sont possibles, et même nécessaires, mais elles doivent être nouées dans la transparence absolue, car c'est la transparence qui distingue le lien d'intérêts du conflit d'intérêts.

Tels sont les principes qui guideront mes positions au sujet des amendements présentés sur les articles 43 *bis* et 43 *ter*.

[M. le président](#). L'amendement n° 438, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après les mots :

intérêts directs

insérer les mots :

ou par personne interposée

La parole est à M. Claude Malhuret.

[M. Claude Malhuret](#). Notre débat intervient au moment même où s'ouvre le procès que quinze caisses d'assurance maladie ont intenté au laboratoire Servier, qui refuse – on croit rêver ! – de leur rembourser les dépenses qu'elles ont engagées pour les victimes du Mediator ; au moment aussi où trente médecins, parmi lesquels plusieurs chefs de service notoires, publient un manifeste dans lequel ils appellent leurs confrères à cesser toute collaboration avec ce laboratoire, et alors que paraît le nouveau livre du professeur Even, *Corruption et crédulité en médecine*.

Ce débat est donc opportun, et nous pouvons vous remercier, madame la ministre, de l'avoir lancé. J'émettrai à ce stade seulement deux réserves.

En premier lieu, ce projet de loi est le énième texte censé améliorer la lutte contre l'opacité et contre les conflits d'intérêts. Si vous nous le proposez, c'est que les précédents textes n'ont rien changé, ou si peu. Il faut donc que votre projet aille plus loin qu'eux, comme vous venez vous-même de nous l'expliquer. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé un certain nombre d'amendements, en liaison avec deux institutions exemplaires en la matière : la revue *Prescrire* et le Formindep.

Je regrette de n'avoir pas obtenu la majorité, hier, sur mon amendement touchant à la publication des essais cliniques, car les exceptions à la transparence contenues dans l'article L. 1121-1 du code de la santé publique constituent une véritable lacune. Nous avons eu peu de temps pour en débattre ; j'espère que la commission et vous-même, madame la ministre, pourront se pencher à nouveau sur ma proposition d'ici à la prochaine lecture.

L'amendement n° 438 trouve sa justification dans le fait que les personnes physiques concernées par l'article 43 *bis* perçoivent souvent des rémunérations et détiennent fréquemment des participations financières par l'intermédiaire de personnes morales dans lesquelles elles possèdent des intérêts. Dès lors, si ces personnes morales ne sont pas visées par l'article, la transparence recherchée pourra aisément être contournée.

En second lieu, je m'interroge sur la date d'application des dispositions de la future loi. Hier, madame la ministre, nous avons eu un échange un peu vif au sujet de votre décret de mai 2013 pris en application de la loi Bertrand. Vous m'avez expliqué que ce décret avait été cassé par le Conseil d'État non pas parce qu'il supprimait l'indication des montants des contrats, mais parce qu'il manquait de base légale. Je ne continuerai pas à polémiquer avec vous sur ce sujet, car je suis persuadé que nous souhaitons l'un et l'autre aller dans la même direction. Reste que l'invalidation du décret, quelle qu'en soit la raison, a eu une conséquence :

l'impossibilité d'appliquer complètement la loi. Nous allons combler cette lacune en adoptant le présent article, mais il faudra attendre encore plusieurs mois la parution des nouveaux décrets.

Si la date choisie comme point de départ pour la déclaration des contrats devait être celle de la publication des nouveaux décrets, ce sont plus de quatre ans qui auraient été perdus depuis la première loi de 2011. Il est donc important de fixer cette date au point de départ initialement prévu : le 1^{er} janvier 2012. Il ne s'agit bien sûr pas de rétroactivité, mais de l'application des dispositions initiales, que l'invalidation du décret a malheureusement suspendue. Pouvez-vous nous confirmer que telle est bien votre intention ?

[M. le président.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. Cet amendement vise à étendre la publicité aux participations financières détenues par personnes interposées. Un tel élargissement a paru excessif à la commission, qui sollicite le retrait de l'amendement ; s'il est maintenu, elle y sera défavorable.

[M. le président.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Malhuret, vous soulevez un débat important, même si je ne suis pas certaine que la rédaction de votre amendement corresponde exactement à votre intention.

À plusieurs reprises, hier et cet après-midi, vous avez mentionné le laboratoire Servier et le scandale absolu que l'affaire du Mediator a été et continue d'être. De fait, ce laboratoire ne se grandit ni ne s'honore en jouant la montre vis-à-vis de certaines victimes, auxquelles il explique qu'il aurait trop de travail pour pouvoir traiter en temps et en heure les dossiers de demande d'indemnisation qui lui sont présentés. Si vraiment il souhaite, comme il l'affirme, tourner la page de l'épisode frauduleux du Mediator, qu'il cesse de lambiner, de ratiociner et de prendre des mesures dilatoires, et qu'il agisse ! Je suis sûre, monsieur le sénateur, que vous serez d'accord avec moi pour lancer cet appel au laboratoire Servier, à qui il suffit d'indemniser les victimes, identifiées comme telles par un comité unanimement reconnu et respecté.

Dans l'exposé des motifs de votre amendement, vous expliquez que le champ des sommes soumises à déclaration doit être étendu aux sommes perçues par l'intermédiaire de personnes morales. Le dispositif de votre amendement, quant à lui, comporte l'expression « personne interposée ». C'est cette formulation qui pose problème.

Soumettre à déclaration les sommes perçues par le truchement de personnes morales, j'y suis d'autant moins opposée que cette mesure a déjà été prise. En effet, elle figure dans l'arrêté du 5 juillet 2012 portant fixation du document type de la déclaration publique d'intérêts mentionnée à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, qui prévoit l'identification des personnes morales. En d'autres termes, il faudra déclarer non seulement les sommes touchées directement, mais aussi celles perçues par l'intermédiaire de personnes morales.

En revanche, la notion de « personne interposée » peut s'appliquer à une personne physique. Dans ce cas, on se heurte à des difficultés d'ordre constitutionnel, puisque la jurisprudence du Conseil constitutionnel précise que les exigences posées à l'égard d'un conjoint ou d'un proche, par exemple, doivent être proportionnées à l'objectif d'intérêt public recherché.

Je ne suis pas certaine que le Conseil constitutionnel considérerait ici que la proportionnalité est bien respectée. Par conséquent, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

[M. le président.](#) Monsieur Malhuret, l'amendement n° 438 est-il maintenu ?

[M. Claude Malhuret.](#) Compte tenu de ce que je viens d'entendre, il va être très facile de nous mettre d'accord. Plutôt que de retirer mon amendement, je vais le rectifier en ajoutant le mot « morale ».

[M. le président.](#) Je suis donc saisi d'un amendement n° 438 rectifié, présenté par M. Malhuret, et ainsi libellé :

Alinéa 4

Après les mots :

intérêts directs

insérer les mots :

ou par personne morale interposée

Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. Tout comme Mme la ministre, nous avons tiqué sur les mots « personne interposée ». Néanmoins, ainsi rectifié, l'amendement est déjà satisfait par le droit en vigueur.

[M. le président.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Comme je l'ai déjà indiqué, un arrêté vise clairement la société ou l'association dont la personne est membre.

[M. le président.](#) La parole est à M. Claude Malhuret, pour explication de vote.

[M. Claude Malhuret](#). Ce débat est un peu technique. L'article du code de la santé publique auquel vous avez fait référence, madame la ministre, précise, certes, que les personnes morales doivent être mentionnées, mais il ne prévoit pas de déclaration des montants. Or, vous le savez bien, ce sont souvent les associations cliniques, les sociétés ou groupes dans lesquels les chefs de service réalisent des essais cliniques qui permettent de financer leurs propres services. Je ne le conteste pas, cela me semble tout à fait normal. Toutefois, si nous voulons la transparence, il faut soit faire en sorte que l'article que vous citez mentionne la déclaration des montants ou y insérer les mots « personnes morales interposées ».

[M. le président](#). La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Un projet de décret prévoit que le montant figurera. Je peux vous transmettre le texte si vous le souhaitez.

[M. Claude Malhuret](#). Dans ces conditions, je retire l'amendement, monsieur le président.

[M. le président](#). L'amendement n° 438 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 540 est présenté par Mmes Bricq et Génisson, MM. Daudigny, Sueur et Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 837 rectifié est présenté par M. Forissier, Mme Di Folco, MM. Kennel, Husson, Laufoaulu, Laménié et Calvet et Mmes Deseyne et Deromedi.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

- au premier alinéa, après les mots : « au II de l'article L. 5311-1 » sont insérés les mots : « à l'exception de ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17° » ;

II. – Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés aux 14°, 15° et 17° du II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherche biomédicale qu'elles concluent avec les bénéficiaires mentionnés aux 1° à 9° du présent I. » ;

III. – Alinéa 13

Remplacer les mots :

mentionnées au premier alinéa

par les mots :

produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits

La parole est à Mme Nicole Bricq, pour présenter l'amendement n° 540.

[Mme Nicole Bricq](#). La loi de 2011 sur le renforcement de la sécurité sanitaire a prévu la publicité des conventions conclues entre les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé et un certain nombre de bénéficiaires. C'est une question de transparence, sujet dont vous avez parlé avec force, madame la ministre. Je vous remercie d'ailleurs d'avoir exposé votre perception générale de cet article.

Le décret d'application du 21 mai 2013 a limité, pour les produits cosmétiques, la liste des conventions devant faire l'objet de déclaration. Or, le 24 février 2015, le Conseil d'État a annulé ce décret au motif que cette restriction n'avait pas de base légale. Notre amendement, que je défends ici en toute transparence – je n'ai aucun lien, ni de près ni de loin, avec l'industrie cosmétique –, a pour objet de donner une base légale à cette restriction.

Les entreprises du secteur de la cosmétique ont fonctionné pendant deux ans sur une base simplifiée qui reconnaissait leur spécificité, sans remettre en cause la nécessaire transparence. Je n'évoque pas ici les grands navires amiraux, les grandes sociétés mondiales dans le domaine des cosmétiques. Je parle de toute une grappe de petites et moyennes entreprises qui font partie d'un pôle de compétitivité dans la région Centre, la région d'Île-de-France et un peu partout en France, comme à Grasse notamment. Beaucoup de ces entreprises travaillent, seules ou pour des grands groupes, dans un secteur très performant où la compétition mondiale est forte.

Ces entreprises seront en difficulté si on ne donne pas une base légale à cette restriction. Elles devront alors remplir beaucoup de paperasse. Il faut prendre en compte cette situation dont elles risquent de pâtir, car nous sommes engagés, aux côtés du Président de la République, dans une démarche de simplification de la bureaucratie qui pénalise les entreprises.

Je défends donc très ouvertement les entreprises du secteur de la cosmétique, parce que, dans de nombreuses communes en France, elles produisent, exportent, innovent et investissent même beaucoup dans la recherche – parfois jusqu’à 15 % à 20 % de leurs profits.

M. le président. La parole est à M. Michel Forissier, pour présenter l'amendement n° 837 rectifié.

M. Michel Forissier. Je souscris pleinement à ce que vient de dire notre excellente collègue Mme Bricq. (Exclamations amusées sur les travées du groupe Les Républicains.)

Hier, dans cet hémicycle, certains ont déclaré examiner ce texte à travers le prisme du médecin. Pour ma part, je regarde ce projet de loi à travers le prisme du chef d'entreprise. En effet, pour la petite histoire, j'ai créé ma première entreprise en mai 1968. Beaucoup d'entre nous ont fait des choses en mai 68... (Sourires.)

Aujourd'hui, ce qui me semble aberrant, c'est le double discours du Gouvernement. D'un côté, M. Macron nous explique qu'il faut favoriser la création d'entreprise et simplifier la vie des entreprises. De l'autre, on a une disposition qui, telle qu'elle est présentée, est un handicap supplémentaire pour un secteur qui – je le rappelle – est susceptible de se délocaliser. Nous n'avons pourtant pas tellement les moyens d'affaiblir un secteur, classé deuxième en France derrière le secteur aéronautique en matière d'exportations en 2014, et premier exportateur mondial. Les produits cosmétiques véhiculent de surcroît une image positive de la France.

Notre pays demeure *leader* mondial. La croissance du secteur est portée par un grand dynamisme et un tissu divers d'entreprises : il y a aussi bien des TPE, des PME, des ETI que des grands groupes. Nous envoyons donc un mauvais signal à ce secteur économique. C'est la raison pour laquelle je présente cet amendement.

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

Mme Catherine Deroche, corapporteur. La restriction des exigences légales peut être de nature à simplifier les procédures auxquelles sont soumises certaines entreprises du secteur de la cosmétique, notamment les plus petites d'entre elles. La commission souhaite donc connaître l'avis du Gouvernement sur ces amendements, en sachant qu'elle y est *a priori* plutôt favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. J'indique d'emblée que le Gouvernement émet un avis favorable. Je formulerai tout de même une observation : on ne peut pas justifier ces amendements au nom de considérations économiques.

Ces amendements visent à inscrire dans la loi un système dérogatoire au droit commun, qui avait été précédemment prévu par décret. Une fois le décret annulé, les règles qui avaient été élaborées pour le secteur de la cosmétique n'existent plus. Désormais, ce sont les règles générales valables pour les produits de santé qui s'appliquent.

Vous proposez un système spécifique. Soit ! Mais on ne peut pas réclamer un tel système au nom de considérations économiques, sinon vous pourriez voir des entreprises du médicament qui, au nom de l'intérêt économique de leur secteur, demandent que la transparence ne s'applique pas à elles. Cela a d'ailleurs été le cas pendant longtemps !

Dans le secteur de la cosmétique, il n'est pas question de relation entre un professionnel et un patient ou une personne susceptible de tomber malade. C'est la spécificité du secteur qui justifie que l'on applique des règles différentes.

Le Gouvernement est favorable à ces amendements, car ils visent purement et simplement à inscrire dans la loi les dispositions qui figuraient dans le décret annulé. Ils permettent ainsi de donner une base légale à des pratiques et des orientations. En revanche, il convient de ne pas se tromper d'explication.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Sueur. Je tiens à remercier Mme Bricq et M. Forissier d'avoir déposé ces amendements, ainsi que Mme la ministre d'y être favorable.

Je suis bien d'accord avec vous, madame la ministre, sur l'état d'esprit qui doit être celui de ces amendements. Cependant, une difficulté est apparue après que le décret a été annulé. Dans une région que nous connaissons bien, où se situe un pôle de compétitivité lié à la cosmétique, cette question n'est pas neutre. Il faut bien entendu avoir à l'esprit l'ensemble des réflexions en matière sanitaire et en matière de transparence, car elles sont nécessaires, mais il faut aussi prendre en compte la situation de ces entreprises.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 540 et 837 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

[M. le président.](#) L'amendement n° 439, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

- au premier alinéa, les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

La parole est à M. Claude Malhuret.

[M. Claude Malhuret.](#) Dans sa rédaction actuelle, l'article 43 *bis* resterait compatible avec une simple publication du montant agrégé de l'ensemble des contrats passés entre laboratoires et professionnels de santé et ne requerrait pas une publication détaillée contrat par contrat. Cette éventualité est d'autant plus à craindre que la publication du montant total agrégé des contrats correspond à la définition de la « transparence » qu'a adoptée le syndicat européen de l'industrie pharmaceutique, l'EFPIA.

Il me paraît opportun de préciser sans ambiguïté dans la loi que la publication individuelle du montant de chaque contrat est nécessaire. C'est d'autant plus facile que ces données sont déjà soumises au Conseil national de l'ordre des médecins dans le cadre de la loi « anti-cadeaux ». Toute objection concernant une quelconque difficulté technique est donc à écarter.

Quant à l'objection qui consisterait à considérer la mesure comme fragilisant les entreprises françaises dans le contexte concurrentiel, la réponse est simple : la publication individuelle des rémunérations des contrats est appliquée par nos laboratoires aux États-Unis, au titre de *l'open payments data*. Par conséquent, toute objection s'appuyant sur une incompatibilité avec le droit de la concurrence apparaîtrait également infondée.

[M. le président.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. On peut effectivement considérer que la formule « l'existence des conventions » est floue et qu'il serait bienvenu d'apporter des précisions. La commission s'est donc montrée plutôt favorable à cet amendement. Néanmoins, nous souhaiterions entendre Mme la ministre à ce sujet.

[M. le président.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis sensible à la préoccupation que vous exprimez, monsieur le sénateur, même si je crois que ce que vous appelez de vos vœux est d'ores et déjà possible. Vous souhaitez que figure un montant individualisé par prestation. Nous travaillons dans ce sens, mais nous avons la conviction que, sur un plan juridique, les textes actuels permettent une telle démarche.

Cela étant, si le fait de l'écrire ainsi – sachant que les textes actuels appellent un travail d'interprétation – clarifie la situation, je suis prête à m'en remettre à la sagesse du Sénat.

J'ajouterai un point, qui ne concerne pas votre amendement. Pour ma part, je suis sensible à la crédibilité de la démarche que nous engageons. En effet, dès lors que nous mettons en place des règles de transparence, assorties de sanctions en cas de non-respect, encore faut-il avoir les moyens de vérifier qu'elles sont bien respectées. Or cela ne va pas de soi. Nous recevons des informations, mais sur quoi nous fonder pour dire que ces informations ont été correctement transmises ou sont incomplètes ? Un travail est à réaliser sur ce point, et j'ai souhaité que mes équipes puissent s'y atteler dès à présent.

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 439.

(L'amendement est adopté.)

[M. le président.](#) L'amendement n° 440, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... À l'article L. 1454-3, le mot : « sciemment » est supprimé ;

La parole est à M. Claude Malhuret.

[M. Claude Malhuret.](#) Le terme « sciemment » rend inopérant tout contrôle et toute sanction. En outre, il est contradictoire avec les dispositions identiques visant l'industrie vétérinaire. Il s'agit donc de mettre les deux sujets en cohérence.

[M. le président.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. Le présent amendement tend à punir les entreprises omettant, même de bonne foi, de rendre publiques des conventions qu'elles ont signées avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou d'autres personnes physiques ou morales du monde de la santé.

Le caractère intentionnel de la faute nous semble essentiel et la rigueur de la loi en matière de lutte contre les conflits d'intérêts ne doit pas être excessive. C'est pourquoi la commission a émis un avis défavorable.

[M. le président.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette question, me semble-t-il, dépasse très largement les enjeux qui nous occupent ici. Elle concerne effectivement l'équilibre de la loi pénale : on ne peut sanctionner des fautes qui ne sont pas intentionnelles. Pour cette raison, je vous demande, monsieur Malhuret, de bien vouloir retirer votre amendement.

[M. le président.](#) Monsieur Malhuret, l'amendement n° 440 est-il maintenu ?

[M. Claude Malhuret.](#) N'ayant aucune chance de le voir adopter, je le retire, mais je voudrais faire l'observation suivante : c'est précisément parce que le principe de la loi pénale consiste à condamner uniquement en cas d'acte intentionnel que le mot est inutile. Par définition, les juges ne prennent en compte que les infractions volontaires.

Je voudrais également poser une question – on verra bien si j'obtiens une réponse.

Mme Deroche nous a expliqué que les choses allaient trop loin et que les entreprises ne devaient pas être condamnées quand, de bonne foi, elles n'ont pas effectué les déclarations. Peut-on m'indiquer dans quelles conditions des entreprises peuvent, de bonne foi, omettre d'effectuer les déclarations prévues, c'est-à-dire les déclarations portant sur leurs liens d'intérêts avec les professionnels de santé ? J'attends que l'on me donne des exemples, car, comme le disait quelqu'un, quand c'est flou, c'est qu'il y a un loup.

[Mme Nicole Bricq.](#) C'est de la vieille histoire !

[M. le président.](#) L'amendement n° 440 est retiré.

L'amendement n° 441, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... À l'article L. 1454-3, les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

La parole est à M. Claude Malhuret.

[M. Claude Malhuret.](#) Cet amendement ainsi que le suivant répondent à la même préoccupation que l'amendement n° 439. Le sujet revient simplement à différents alinéas de l'article que nous examinons.

[M. le président.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. Cet amendement vise effectivement, comme l'amendement n° 439, à remplacer le terme « existence » par une liste plus détaillée des modalités. L'avis est donc favorable.

[M. le président.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Comme précédemment, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

Pour répondre à M. Malhuret, je citerai l'exemple d'un congrès rassemblant 500 ou 1 000 personnes, au cours duquel un repas est offert à tous les participants ou à certains d'entre eux. En dressant la liste des invités, un nom ou deux sont oubliés de bonne foi, sans volonté de fraude de la part de l'entreprise. C'est un exemple que nous avons eu à connaître dans le cadre de l'activité du site transparence.sante.gouv.fr et, dans ce cas de figure, la bonne foi de l'entreprise peut effectivement être reconnue.

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 441.

(L'amendement est adopté.)

[M. le président.](#) L'amendement n° 442, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Alinéa 33

Remplacer les mots :

publics les

par les mots :

publics l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des

Cet amendement a été précédemment défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. Favorable.

[M. le président.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 442.

(L'amendement est adopté.)

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'article 43 bis, modifié.

(L'article 43 bis est adopté.)

d. Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015

Article 43 bis

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « , y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie, sont insérées une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » et comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » et comprenant l'article L. 5141-13-2, qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après les mots : « au II de l'article L. 5311-1 », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17° », après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « , sur un site internet public unique, » et les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

- au début du 6°, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

- au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;

- au 9°, après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « ou continue » ;

- sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés aux 14°, 15° et 17° du II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherche biomédicale qu'elles concluent avec les bénéficiaires mentionnés aux 1° à 9° du présent I.

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du présent code ou assurant des prestations associées à ces produits. » ;

b) Après le I, il est inséré un I bis ainsi rédigé :

« I bis. - Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I. » ;

c) Au II, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I bis » ;

d) Après le II, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

« II bis. - Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40. » ;

e) La première phrase du III est ainsi modifiée :

- après le mot : « État », sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

- après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

- après le mot : « objet », il est inséré le mot : « précis » ;

6° L'article L. 1453-2, tel qu'il résulte du 4° du présent article, est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. - Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

6° *bis (nouveau)* À l'article L. 1454-3, les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

7° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée : « 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I *bis* dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent. » ;

8° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1454-3-1. - Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I *bis* du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent. »

B. Commission mixte paritaire (désaccord)

RAS

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°3103 déposé le 7 octobre 2015

Article 43 *bis*

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « , y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie, sont insérées une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » et comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » et comprenant l'article L. 5141-13-2, qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après les mots : « au II de l'article L. 5311-1 », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17° », après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « , sur un site internet public unique, » et les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

– au début du 6°, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

– au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;

– au 9°, après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « ou continue » ;

– sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés aux 14°, 15° et 17° du II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherche biomédicale qu'elles concluent avec les bénéficiaires mentionnés aux 1° à 9° du présent I.

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du présent code ou assurant des prestations associées à ces produits. » ;

b) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I. » ;

c) Au II, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

d) Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40. » ;

e) La première phrase du III est ainsi modifiée :

– après le mot : « État », sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

– après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

– après le mot : « objet », il est inséré le mot : « précis » ;

6° L'article L. 1453-2, tel qu'il résulte du 4° du présent article, est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

6° *bis (nouveau)* À l'article L. 1454-3, les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

7° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée : « 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I *bis* dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent. » ;

8° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1454-3-1.* – Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I *bis* du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent. »

b. Amendements adoptés en commission

RAS

c. Réunion du mardi 10 novembre 2015, séance de 16h15, compte rendu n°14

Article 43 bis : Transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques et les autres acteurs du monde de la santé

La Commission examine les amendements identiques AS54 de M. Bernard Accoyer et AS108 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Accoyer. En supprimant le mot « précis », on évite d'exposer les laboratoires à trahir les secrets industriels qui sont au cœur de l'innovation et des enjeux de développement et de commercialisation de nouvelles molécules.

M. Denis Jacquat. Le présent projet de loi prévoit que seront publiées par décret les rémunérations versées dans le cadre des conventions. Dans ce contexte, l'ajout du caractère « précis » de l'objet des conventions publiées soulève de réelles difficultés en matière de secret industriel et commercial, particulièrement pour des conventions qui portent sur des activités de recherche dont les axes sont éminemment confidentiels. Voilà pourquoi il est préférable de s'en tenir à la formulation du projet de loi initial.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Cet article – introduit sous forme d'amendement par le Gouvernement – prévoit la publicité tant de l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé, que des rémunérations qui leur sont associées.

La mention du terme « précis » relatif à l'objet de la convention répond à une demande du Conseil national de l'ordre des médecins. Aujourd'hui, la saisie des informations par les entreprises est variable. Le fait de prévoir le terme « précis » permettra de mettre en place une méthodologie commune de renseignement de la base de données : une nuit d'hôtel ou un repas doivent ainsi pouvoir faire l'objet d'une désignation générique.

Le terme « précis » fera ensuite l'objet d'une définition par décret, comme le prévoit le texte de l'alinéa 2 – que vos amendements visent à supprimer. Bien évidemment, la mention de l'objet de la convention se fera dans le respect du secret industriel et commercial.

Avis défavorable, donc.

La Commission **rejette** les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS55 de M. Bernard Accoyer et AS87 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Accoyer. La distinction introduite entre le « bénéficiaire direct » et le « bénéficiaire final » est très confuse. Il s'agit de concepts flous créant une insécurité juridique. Il est préférable de se référer à une terminologie claire, et donc de remplacer les termes « le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final » par les termes « les parties signataires ».

M. Jean-Pierre Door. Il faut rendre cet article beaucoup plus lisible. La seule information que les entreprises détiennent, et de façon certaine, sur le bénéficiaire, est celle du signataire de la convention.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable. Le législateur souhaite garantir la transparence des conventions qui bénéficient aux personnes physiques, ou dont les personnes physiques bénéficient par le truchement de personnes morales.

En d'autres termes, il faudra déclarer non seulement les sommes touchées directement, mais aussi celles perçues par l'intermédiaire de personnes morales. D'où l'intérêt de la distinction entre « bénéficiaire direct » et « bénéficiaire final », « bénéficiaire direct et final » et « signataire à la convention ». Il faut pouvoir s'adresser aux personnes mêmes qui ont bénéficié des dispositions de la convention.

La Commission **rejette** les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS56 de M. Bernard Accoyer et AS88 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Accoyer. Il s'agit d'un amendement rédactionnel. La publication des rémunérations est déjà prévue, de façon non équivoque, à l'alinéa 16 de l'article 43 bis.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS88 est défendu.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Contrairement à ce que pourrait laisser penser l'exposé sommaire, ces amendements n'ont rien de rédactionnel. Le terme « montant » couvre plusieurs aspects : les avantages consentis, les rémunérations, mais aussi les achats de matériels. Il importe donc de le maintenir dans la rédaction du texte. Cela correspond à notre souci de parvenir à une publication détaillée des avantages consentis, et non pas à une publication agrégée.

La Commission **rejette** les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS85 de M. Jean-Pierre Door.

M. Arnaud Robinet. C'est encore un amendement rédactionnel. Le terme « montant » n'étant aucunement utilisé au sein de l'article 1453-1 du code de la santé publique auquel le présent article L. 1454-3 fait référence, il convient, dans un souci de cohérence et de lisibilité, d'utiliser le même terme que celui déjà employé à l'alinéa 16 du présent article, à savoir « rémunérations ».

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je l'ai déjà dit, le terme « montant » couvre plusieurs aspects, les rémunérations, mais aussi les achats de matériels. Une convention signée avec un établissement de santé peut ainsi prévoir l'achat d'un ordinateur ou de fournitures diverses. Il faut être clair.

Par ailleurs, le dispositif prévoit que les entreprises doivent déclarer le montant des conventions. Il importe de prévoir les sanctions associées en cas d'omission volontaire.

Très logiquement, mon avis sera défavorable.

La Commission **rejette** l'amendement.

Elle **adopte** ensuite l'article 43 bis **sans modification**.

d. Rapport n°3215 déposé le 10 novembre 2015

Article 43 bis (art. L. 1114-1, L. 1451-1, L. 1451-3, L. 1453-1, L. 1453-2, L. 1454-3, L. 1454-3-1 [nouveau] et L. 5442-13 du code de la santé publique). Transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques et les autres acteurs du monde de la santé

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, prévoit la publicité tant de l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé que des rémunérations qui leur sont associées.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article complète les dispositions introduites par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

- Il vise notamment à ce que les membres des autorités du domaine de la santé mentionnées à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique rendent publiques les rémunérations reçues par le déclarant d'entreprises, d'établissements ou d'organismes ainsi que les participations financières qu'il y détient. Il précise également les modalités de publicité de ces informations.

- L'article étend également la liste des acteurs du monde de la santé dont les conventions avec l'industrie pharmaceutique doivent être publiées. Le dispositif inclut désormais les académies et les personnes morales assurant la formation continue des professionnels de santé ainsi que l'ensemble des personnes morales éditrices de presse, de services de radio ou de télévision et de services de communication au public en ligne.

En revanche, il exclut du champ de l'obligation de publicité les conventions qui ont pour objet l'achat de biens ou de services.

L'article prévoit que l'existence des conventions sera publiée sur le site internet public unique (transparence.sante.gouv.fr) qui dispose désormais d'une base légale.

Enfin, les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé à usage humain devront rendre publiques pour la première fois sur ce site internet, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre d'une convention.

● L'article renforce enfin les obligations de transparence des entreprises produisant ou commercialisant des produits vétérinaires. Un nouvel article L. 1453-2 prévoit ainsi que les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec un certain nombre d'acteurs du monde de la santé. Il prévoit que ces entreprises devront rendre publiques, au-delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations qu'elles versent à des personnes physiques ou morales dans le cadre des dites conventions. Cette obligation de publicité ne s'applique pas aux conventions qui ont pour objet l'achat de biens ou de services.

Les modalités de publicité seront assurées différemment, le site *transparence.sante.gouv.fr* ne concernant que la santé humaine.

Enfin l'article prévoit des sanctions en cas d'absence de publicité sur les rémunérations associées aux conventions signées entre industries de la santé et professionnels de santé.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article n'a pas fait l'objet de modification par la commission des affaires sociales du Sénat. Il a cependant fait l'objet d'évolutions lors de son examen en séance publique.

Une première série d'amendement identique vise à donner une base légale à la possibilité de restreindre les déclarations faites par les entreprises cosmétiques.

Les amendements visent à inscrire dans la loi un système dérogatoire au droit commun, qui avait été précédemment prévu par décret. Le décret ayant été annulé par le Conseil d'État, les règles qui avaient été élaborées pour le secteur de la cosmétique n'existent plus. Le secteur de la cosmétique ne se caractérisant pas par une relation entre un professionnel et un patient, il n'y a pas lieu d'appliquer les règles valables pour les produits de santé.

Une seconde série d'amendement prévoit la publication individuelle des contrats passés entre laboratoires et professionnels de santé alors que la rédaction initiale ne requiert pas une publication détaillée contrat par contrat.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

La Commission examine les amendements identiques AS54 de M. Bernard Accoyer et AS108 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Accoyer. En supprimant le mot « précis », on évite d'exposer les laboratoires à trahir les secrets industriels qui sont au cœur de l'innovation et des enjeux de développement et de commercialisation de nouvelles molécules.

M. Denis Jacquat. Le présent projet de loi prévoit que seront publiées par décret les rémunérations versées dans le cadre des conventions. Dans ce contexte, l'ajout du caractère « précis » de l'objet des conventions publiées soulève de réelles difficultés en matière de secret industriel et commercial, particulièrement pour des conventions qui portent sur des activités de recherche dont les axes sont éminemment confidentiels. Voilà pourquoi il est préférable de s'en tenir à la formulation du projet de loi initial.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Cet article – introduit sous forme d'amendement par le Gouvernement – prévoit la publicité tant de l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé, que des rémunérations qui leur sont associées.

La mention du terme « précis » relatif à l'objet de la convention répond à une demande du Conseil national de l'ordre des médecins. Aujourd'hui, la saisie des informations par les entreprises est variable. Le fait de prévoir le terme « précis » permettra de mettre en place une méthodologie commune de renseignement de la base de données : une nuit d'hôtel ou un repas doivent ainsi pouvoir faire l'objet d'une désignation générique.

Le terme « précis » fera ensuite l'objet d'une définition par décret, comme le prévoit le texte de l'alinéa 2 – que vos amendements visent à supprimer. Bien évidemment, la mention de l'objet de la convention se fera dans le respect du secret industriel et commercial.

Avis défavorable, donc.

La Commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS55 de M. Bernard Accoyer et AS87 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Accoyer. La distinction introduite entre le « bénéficiaire direct » et le « bénéficiaire final » est très confuse. Il s'agit de concepts flous créant une insécurité juridique. Il est préférable de se référer à une terminologie claire, et donc de remplacer les termes « le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final » par les termes « les parties signataires ».

M. Jean-Pierre Door. Il faut rendre cet article beaucoup plus lisible. La seule information que les entreprises détiennent, et de façon certaine, sur le bénéficiaire, est celle du signataire de la convention.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable. Le législateur souhaite garantir la transparence des conventions qui bénéficient aux personnes physiques, ou dont les personnes physiques bénéficient par le truchement de personnes morales.

En d'autres termes, il faudra déclarer non seulement les sommes touchées directement, mais aussi celles perçues par l'intermédiaire de personnes morales. D'où l'intérêt de la distinction entre « bénéficiaire direct » et « bénéficiaire final », « bénéficiaire direct et final » et « signataire à la convention ». Il faut pouvoir s'adresser aux personnes mêmes qui ont bénéficié des dispositions de la convention.

La Commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS56 de M. Bernard Accoyer et AS88 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Accoyer. Il s'agit d'un amendement rédactionnel. La publication des rémunérations est déjà prévue, de façon non équivoque, à l'alinéa 16 de l'article 43 bis.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS88 est défendu.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Contrairement à ce que pourrait laisser penser l'exposé sommaire, ces amendements n'ont rien de rédactionnel. Le terme « montant » couvre plusieurs aspects : les avantages consentis, les rémunérations, mais aussi les achats de matériels. Il importe donc de le maintenir dans la rédaction du texte. Cela correspond à notre souci de parvenir à une publication détaillée des avantages consentis, et non pas à une publication agrégée.

La Commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS85 de M. Jean-Pierre Door.

M. Arnaud Robinet. C'est encore un amendement rédactionnel. Le terme « montant » n'étant aucunement utilisé au sein de l'article 1453-1 du code de la santé publique auquel le présent article L. 1454-3 fait référence, il convient, dans un souci de cohérence et de lisibilité, d'utiliser le même terme que celui déjà employé à l'alinéa 16 du présent article, à savoir « rémunérations ».

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je l'ai déjà dit, le terme « montant » couvre plusieurs aspects, les rémunérations, mais aussi les achats de matériels. Une convention signée avec un établissement de santé peut ainsi prévoir l'achat d'un ordinateur ou de fournitures diverses. Il faut être clair.

Par ailleurs, le dispositif prévoit que les entreprises doivent déclarer le montant des conventions. Il importe de prévoir les sanctions associées en cas d'omission volontaire.

Très logiquement, mon avis sera défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 43 bis sans modification.

e. Amendements adoptés en séance publique

Amendement n°308 présenté par Mme Hélène Geoffroy

ARTICLE 43 BIS

À l'alinéa 3, après le mot :

« déclarant »,

insérer les mots :

« de la part ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Amendement n°309 présenté par Mme Hélène Geoffroy

À l'alinéa 8 , après la référence :

« 17° », »

sont insérés les mots :

« le mot « publique » est remplacé par le mot : « publics » et ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

f. Discussion en séance publique

Article 43 *bis*

Mme la présidente. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 308.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 308, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 309.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il est également rédactionnel.

(L'amendement n° 309, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 100.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable, qui a déjà été donné en commission. L'article 43 *bis* est important, car il prévoit la publicité tant de l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé, que des rémunérations qui leur sont associées.

Il porte sur la transparence et les déclarations d'intérêts, sujets que nous portons tous. La présence du mot « précis » permettra de mettre en place, je l'ai déjà dit, une méthodologie commune de renseignement de bases de données, afin de savoir exactement ce qu'il faudra déclarer. Ce terme fera l'objet d'une définition par décret, comme le prévoit le texte.

Bien évidemment, car je sais qu'il s'agit là de l'une de vos préoccupations, la mention de l'objet de la convention existant entre les industries et les acteurs du monde de la santé se fera dans le respect du secret industriel et commercial.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n° 100 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 319.

M. Gilles Lurton. Défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable également. J'ai déjà expliqué pourquoi on ne pouvait pas supprimer le mot « précis » dans l'objet de la convention. De même, remplacer la notion de « bénéficiaire direct et final » par « les parties signataires » remet en question une disposition importante de l'article.

Je rappelle que celui-ci vise à établir la transparence des conventions dont l'objet peut bénéficier aux personnes physiques, le cas échéant par le truchement de personnes morales. Il faut donc déclarer non seulement les sommes touchées directement, mais aussi les sommes qui seraient perçues par l'intermédiaire de personnes morales. Cela permet d'éviter le contournement des mesures de transparence, auxquelles je suis sûre que vous êtes attaché.

Enfin, le mot « montant » que vous souhaitez supprimer est lui aussi indispensable car il couvre tant les rémunérations que les achats de matériel qui pourraient être transcrits dans ces conventions. Avis défavorable.

(L'amendement n° 319, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 43 bis, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté n°618 adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale

Article 43 bis

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « , y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant de la part d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie, sont insérées une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » et comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » et comprenant l'article L. 5141-13-2, qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après les mots : « au II de l'article L. 5311-1 », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17° », le mot : « publique » est remplacé par les mots : « publics, sur un site internet public unique, » et les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

– au début du 6°, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

– au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;

– au 9°, après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « ou continue » ;

– sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés aux 14°, 15° et 17° du II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherche biomédicale qu'elles concluent avec les bénéficiaires mentionnés aux 1° à 9° du présent I.

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du présent code ou assurant des prestations associées à ces produits. » ;

b) Après le I, il est inséré un I bis ainsi rédigé :

« I bis. – Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I du présent article, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I. » ;

c) Au II, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I bis » ;

d) Après le II, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

« II bis. – Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40. » ;

e) La première phrase du III est ainsi modifiée :

– après le mot : « État », sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

– après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

– après le mot : « objet », il est inséré le mot : « précis » ;

6° L'article L. 1453-2, tel qu'il résulte du 4° du présent article, est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

6° *bis* À l'article L. 1454-3, les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

7° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée : « 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I *bis* dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent. » ;

8° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1454-3-1. – Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I *bis* du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent. »

2. Sénat

a. Projet de loi n°209 déposé le 2 décembre 2015

Article 43 *bis*

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 est supprimé ;

2° La première phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 1451-1 est complétée par les mots : « , y compris en ce qui concerne les rémunérations reçues par le déclarant de la part d'entreprises, d'établissements ou d'organismes mentionnés au troisième alinéa ainsi que les participations financières qu'il y détient » ;

3° À l'article L. 1451-3, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne les rémunérations reçues et les participations financières détenues au titre des liens d'intérêts directs déclarés, » ;

4° Au chapitre III du titre V du livre IV de la première partie, sont insérées une section 1 intitulée : « Produits de santé à usage humain » et comprenant l'article L. 1453-1 et une section 2 intitulée : « Médicaments vétérinaires » et comprenant l'article L. 5141-13-2, qui devient l'article L. 1453-2 ;

5° L'article L. 1453-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après les mots : « au II de l'article L. 5311-1 », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17° », le mot : « publique » est remplacé par les mots : « publics, sur un site internet public unique, » et les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

- au début du 6°, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;
- au 7°, le mot : « entreprises » est remplacé par les mots : « personnes morales » et les deux occurrences des mots : « les éditeurs » sont supprimées ;
- au 9°, après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « ou continue » ;
- sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés aux 14°, 15° et 17° du II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publique l'existence des conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherche biomédicale qu'elles concluent avec les bénéficiaires mentionnés aux 1° à 9° du présent I.

« Cette obligation ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du présent code ou assurant des prestations associées à ces produits. » ;

b) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. - Les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, sur le site mentionné au I du présent article, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au même I. » ;

c) Au II, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

d) Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. - Les informations publiées sur le site internet public unique mentionné au I du présent article sont réutilisables, à titre gratuit, dans le respect de la finalité de transparence des liens d'intérêts et dans les conditions prévues aux articles 10 à 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et, lorsque cette réutilisation donne lieu à un traitement de données, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à ses articles 7, 38 et 40. » ;

e) La première phrase du III est ainsi modifiée :

- après le mot : « État », sont insérés les mots : « , pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, » ;

- après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « sur le site internet public unique » ;

- après le mot : « objet », il est inséré le mot : « précis » ;

6° L'article L. 1453-2, tel qu'il résulte du 4° du présent article, est ainsi modifié :

a) Au début du 5° du I, sont ajoutés les mots : « Les académies, » ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 8° du présent I auprès des entreprises mentionnées au premier alinéa. » ;

c) Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. - Les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits sont tenues de rendre publiques, au delà d'un seuil fixé par décret, les rémunérations versées à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions mentionnées au I. » ;

d) Au III, après le mot : « espèces », sont insérés les mots : « autres que les rémunérations mentionnées au I *bis* » ;

6° *bis* À l'article L. 1454-3, les mots : « l'existence » sont remplacés par les mots : « l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant » ;

7° Après la dernière occurrence du mot : « à », la fin de l'article L. 1454-3 est ainsi rédigée : « 9° du I du même article, les rémunérations mentionnées au I *bis* dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article qu'elles leur procurent. » ;

8° L'article L. 5442-13 est abrogé ;

9° Après l'article L. 1454-3, il est inséré un article L. 1454-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1454-3-1. - Est puni de 45 000 € d'amende le fait pour les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments vétérinaires ou assurant des prestations associées à ces produits de ne pas rendre publics l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions mentionnées au I de l'article L. 1453-2 conclues avec les personnes physiques et morales mentionnées au même I, les rémunérations mentionnées au I *bis* du même article, ainsi que les avantages mentionnés au III dudit article qu'elles leur procurent. »

b. Rapport n°233 déposé le 9 décembre 2015

Article 43 bis - (art. L. 1114-1, L. 1451-1, L. 1451-3, L. 1453-1, L. 1453-2, - L. 1454-3, L. 1454-3-1 [nouveau] et L. 5442-13 du code de la santé publique) - Transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques - et les autres acteurs du monde de la santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, en séance publique, à l'initiative du Gouvernement, prévoit notamment que l'existence des conventions signées entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé - ainsi que les rémunérations qui leur sont associées - doit être rendue publique sur Internet.

I - La position du Sénat en première lecture

Votre commission n'avait pas modifié cet article en première lecture.

En séance publique, le Sénat lui avait apporté plusieurs modifications en adoptant cinq amendements. Deux amendements identiques, qui avaient reçu l'avis favorable du Gouvernement, étaient présentés par nos collègues Nicole Bricq et Michel Forissier et donnaient une base légale à la restriction concernant les déclarations faites par les entreprises cosmétiques. Trois amendements présentés par notre collègue Claude Malhuret, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, prévoyaient une publication détaillée contrat par contrat et non plus seulement une publication du montant agrégé de l'ensemble des contrats passés entre laboratoires et professionnels de santé.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels présentés par la rapporteure Hélène Geoffroy.

c. Texte adopté par le Sénat n°54 du 14 décembre 2015

RAS

Décision n° 2015-727 DC

Loi de modernisation de notre système de santé

Article 184 (ex 45) du projet de loi *de modernisation de notre système de santé*

Action de groupe

Article, consolidation et travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2016

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| II. Consolidation | 7 |
| III. Travaux parlementaires..... | 11 |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| I. Texte adopté | 4 |
| II. Consolidation | 7 |
| A. Code de la santé publique..... | 7 |
| - Article L. 1143-1 | 7 |
| - Article L. 1143-2 | 7 |
| - Article L. 1143-3 | 7 |
| - Article L. 1143-4 | 7 |
| - Article L. 1143-5 | 8 |
| - Article L. 1143-6 | 8 |
| - Article L. 1143-7 | 8 |
| - Article L. 1143-7 | 8 |
| - Article L. 1143-8 | 8 |
| - Article L. 1143-9 | 9 |
| - Article L. 1143-10 | 9 |
| - Article L. 1143-11 | 9 |
| - Article L. 1143-12 | 9 |
| - Article L. 1143-13 | 9 |
| - Article L. 1143-14 | 9 |
| - Article L. 1143-15 | 9 |
| - Article L. 1143-16 | 9 |
| - Article L. 1143-17 | 10 |
| - Article L. 1143-18 | 10 |
| - Article L. 1143-19 | 10 |
| - Article L. 1143-20 | 10 |
| - Article L. 1143-21 | 10 |
| - Article L. 1143-22 | 10 |
| III. Travaux parlementaires..... | 11 |
| A. Première lecture | 11 |
| 1. Assemblée nationale | 11 |
| a. Projet de loi relatif à la santé, n° 2302, déposé le 15 octobre 2014 | 11 |
| b. Rapport n° 2673, M. VERAN et a., déposé le 20 mars 2015 fait au nom de la commission des affaires sociales | 14 |
| c. Amendements adoptés en commission | 28 |
| - Amendement n° AS753, Mme GEOFFROY, rapporteure..... | 28 |
| - Amendement n° AS746, Mme GEOFFROY, rapporteure..... | 28 |
| - Amendement n° AS 742, Mme GEOFFROY et Mme DUMAS | 28 |
| - Amendement n° AS755, Mme GEOFFROY, rapporteure..... | 29 |
| - Amendement n° AS756, Mme GEOFFROY, rapporteure..... | 29 |
| d. Compte rendu intégral, deuxième séance du vendredi 10 avril 2015 | 30 |
| e. Amendements adoptés en séance publique | 37 |
| - Amendement n° 1678, Mme GEOFFROY | 37 |
| - Amendement n° 1555, Mme CAPDEVIELLE et a. | 37 |
| - <i>Sous-amendement n° 2520 à l'amendement n° 1555 de Mme CAPDEVIELLE</i> | 38 |
| - Amendement n° 1148, Mme GEOFFROY | 38 |
| - Amendement n° 1151, Mme GEOFFROY | 38 |
| f. Texte n° 505, adopté par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015 | 38 |
| 2. Sénat..... | 41 |
| a. Rapport n° 653, M. MILON et a., <i>au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé le 22 juillet 2015..... | 41 |
| b. Amendements adoptés en commission | 46 |
| - Amendement n° COM-56, M. REICHARDT..... | 46 |
| - Amendement n° COM-57, M. REICHARDT..... | 47 |
| - Amendement n° COM-58, M. REICHARDT..... | 47 |
| - Amendement n° COM-59, M. REICHARDT..... | 47 |
| - Amendement n° COM-60, M. REICHARDT..... | 48 |
| - Amendement n° COM-61, M. REICHARDT..... | 48 |

| | |
|--|-----------|
| - Amendement n° COM-62, M. REICHARDT..... | 48 |
| - Amendement n° COM-63, M. REICHARDT..... | 49 |
| - Amendement n° COM-450, M. REICHARDT..... | 49 |
| c. Compte rendu des débats, séance du mercredi 30 septembre 2015 | 50 |
| d. Projet de loi n° 3, adopté par le Sénat du 6 octobre 2015 | 68 |
| B. Commission Mixte paritaire, rapport n° 3167 AN – n° 111 Sénat du 27 octobre 2015 (désaccord) | 71 |
| C. Nouvelle lecture | 71 |
| 1. Assemblée nationale | 71 |
| a. Rapport n° 3215, M. SEBAOUN et a., <i>au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé le 10 novembre 2015 | 71 |
| b. Amendements adoptés en commission | 77 |
| - Amendements n° AS74, Mme GEOFFROY | 77 |
| - Amendements n° AS75, Mme GEOFFROY | 77 |
| - Amendements n° AS76, Mme GEOFFROY | 77 |
| c. Débats en séance publique, deuxième séance du 27 novembre 2015 | 78 |
| d. Amendement adopté en séance publique | 83 |
| - Amendement n° 429, Mme DELAUNAY et a. | 83 |
| e. Texte n° 618, adopté par l'Assemblée nationale le 1 ^{er} décembre 2015 | 83 |
| 2. Sénat..... | 86 |
| a. Rapport n° 233, M. MILON et a., <i>au nom de la commission des affaires sociales</i> , déposé le 9 décembre 2015 | 86 |
| - Article 45 - (art. L. 1143-1 à L. 1143-23 [nouveaux] du code de la santé publique) - Action de groupe pour la réparation - des dommages causées par des produits de santé..... | 86 |
| b. Compte rendu intégral, séance publique du 14 décembre 2015..... | 87 |
| c. Projet de loi n° 54, rejeté par l'adoption d'une question préalable le 14 décembre 2015..... | 87 |
| D. Lecture définitive..... | 87 |
| 1. Assemblée nationale | 87 |
| d. Projet de loi n° 650, définitivement adopté par l'Assemblée le 17 décembre 2015 | 87 |

I. Texte adopté

Article 184 (ex 45)

I. – Le titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III devient le chapitre IV et l'article L. 1143-1 devient l'article L. 1144-1 ;

2° Le chapitre III est ainsi rétabli :

« *Chapitre III*

« *Action de groupe*

« *Section 1*

« *Champ d'application de l'action de groupe et qualité pour agir*

« *Art. L. 1143-1.* – Une association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1144-1 peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles.

« L'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits mentionnés au même II.

« L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

« *Section 2*

« *Jugement sur la responsabilité*

« *Art. L. 1143-2.* – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l'association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l'égard desquels la responsabilité du défendeur est engagée et fixe les critères de rattachement au groupe.

« Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit.

« Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d'instruction, y compris une expertise médicale.

« *Art. L. 1143-3.* – Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d'avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

« Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'une fois que la décision mentionnée à l'article L. 1143-2 ne peut plus faire l'objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

« *Art. L. 1143-4.* – Dans la décision mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1143-2, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-2 pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à cinq ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées.

« Au choix de l'utilisateur, la demande de réparation est adressée à la personne reconnue responsable soit directement par lui, soit par l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation.

« Le mandat donné à l'association requérante ne vaut ni n'implique adhésion à cette association.

« L'utilisateur donnant mandat à l'association lui indique, le cas échéant, sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L'association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

« *Art. L. 1143-5.* – Lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association, y compris ceux afférents à la mise en œuvre de l'article L. 1143-14.

« Il peut ordonner, lorsqu'il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d'une partie des sommes dues par le défendeur.

« *Section 3*

« *Médiation*

« *Art. L. 1143-6.* – Le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1 peut, avec l'accord des parties, donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février

1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action.

« Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

« *Art. L. 1143-7.* – Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1144-1.

« Le médiateur et les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« *Art. L. 1143-8.* – Qu'elle comporte ou non la détermination des responsabilités, la convention d'indemnisation amiable fixe les conditions dans lesquelles les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d'un ou de plusieurs faits qu'elle identifie la réparation de leur préjudice.

« Elle précise notamment :

« 1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;

« 2° Les modalités d'expertise individuelle contradictoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 2° est supportée par les personnes mises en cause ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les offres transactionnelles individuelles sont présentées aux personnes intéressées ainsi qu'aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;

« 5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu'elle prévoit ;

« 6° Les modalités de suivi du dispositif ;

« 7° Les mesures de publicité mises en œuvre par les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l'existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu'elle fixe ainsi que du délai et des modalités applicables.

« *Art. L. 1143-9.* – La convention d'indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur.

« Elle doit être acceptée par l'association requérante et l'une au moins des personnes mises en cause dans l'action engagée en application de l'article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.

« *Art. L. 1143-10.* – L'homologation met fin à l'action entre les parties signataires de la convention.

« Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6 et L. 1143-7 ne sont pas susceptibles de recours.

« Section 4

« **Mise en œuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices**

« *Art. L. 1143-11.* – À la demande des personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l'une ou l'autre forme prévue au deuxième alinéa de l'article L. 1143-4, les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l'article L. 1143-2 procèdent à l'indemnisation individuelle des préjudices subis du fait du manquement reconnu par ce jugement.

« Toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des usagers est immédiatement versée en compte de dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Ce compte ne peut faire l'objet de mouvements en débit que pour le versement des sommes dues aux intéressés.

« *Art. L. 1143-12.* – Les usagers dont la demande n'a pas été satisfaite en application de l'article L. 1143-11 par les personnes déclarées responsables peuvent demander au juge ayant statué sur la responsabilité la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement rendu en application des articles L. 1143-2 et L. 1143-4.

« *Art. L. 1143-13.* – Le mandat aux fins d'indemnisation donné à l'association dans les conditions définies à l'article L. 1143-4 vaut également mandat aux fins de représentation pour l'exercice de l'action en justice mentionnée à l'article L. 1143-12 et, le cas échéant, pour l'exécution forcée du jugement prononcé à l'issue.

« *Art. L. 1143-14.* – L'association peut s'adjoindre, avec l'autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État, pour l'assister.

« *Art. L. 1143-15.* – Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et le demandeur ou ses ayants droit, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9 du présent code, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation du demandeur ou de ses ayants droit sont soumis, selon le cas, au chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale, au chapitre IV du titre V du livre IV du même code, à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, à l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou au chapitre II et à l'article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

« Section 5

« **Dispositions diverses**

« *Art. L. 1143-16.* – L'action mentionnée à l'article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l'article L. 1143-2 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou à compter de la date de l'homologation de la convention.

« *Art. L. 1143-17.* – La décision prévue à l'article L. 1143-2 a autorité de la chose jugée à l'égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-11 et L. 1143-12.

« *Art. L. 1143-18.* – N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits, les mêmes manquements et la réparation des mêmes préjudices que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-2 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-2 ou par une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« *Art. L. 1143-19.* – Toute association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-13, sa substitution dans les droits de l'association requérante en cas de défaillance de cette dernière.

« *Art. L. 1143-20.* – Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-12 peuvent être exercées directement contre l'assureur garantissant la responsabilité civile du responsable, en application de l'article L. 124-3 du code des assurances.

« *Art. L. 1143-21.* – Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d'interdire à une personne de participer à une action de groupe.

« *Section 6*

« *Dispositions relatives à l'outre-mer*

« *Art. L. 1143-22.* – Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis et Futuna. »

II. – Le présent article entre en vigueur à la date fixée par les dispositions réglementaires prises pour son application, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

III. – Trente mois au plus tard après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de la procédure d'action de groupe et propose les adaptations qu'il juge nécessaires.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Partie législative

Première partie : Protection générale de la santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires

Chapitre III Chapitre IV - Dispositions communes

Article L. 1143-1 Article L. 1144-1

Chapitre III Action de groupe

Section 1 - Champ d'application de l'action de groupe et qualité pour agir

- Article L. 1143-1

~~Les modalités d'application du présent titre sont déterminées, sauf dispositions contraires, par décret en Conseil d'Etat.~~

Une association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles.

L'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits mentionnés au même II.

L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

Section 2- Jugement sur la responsabilité

- Article L. 1143-2

Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l'association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l'égard desquels la responsabilité du défendeur est engagée et fixe les critères de rattachement au groupe.

Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit.

Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d'instruction, y compris une expertise médicale.

- Article L. 1143-3

Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d'avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'une fois que la décision mentionnée à l'article L. 1143-2 ne peut plus faire l'objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

- Article L. 1143-4

Dans la décision mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1143-2, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-2 pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à cinq ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées.

Au choix de l'usager, la demande de réparation est adressée à la personne reconnue responsable soit directement par lui, soit par l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation.

Le mandat donné à l'association requérante ne vaut ni n'implique adhésion à cette association.

L'usager donnant mandat à l'association lui indique, le cas échéant, sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L'association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

- Article L. 1143-5

Lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association, y compris ceux afférents à la mise en œuvre de l'article L. 1143-14.

Il peut ordonner, lorsqu'il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d'une partie des sommes dues par le défendeur.

Section 3- Médiation

- Article L. 1143-6

Le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1 peut, avec l'accord des parties, donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action.

Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

- Article L. 1143-7

Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1144-1.

Le médiateur et les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

- Article L. 1143-7

Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1144-1.

Le médiateur et les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

- Article L. 1143-8

Qu'elle comporte ou non la détermination des responsabilités, la convention d'indemnisation amiable fixe les conditions dans lesquelles les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d'un ou de plusieurs faits qu'elle identifie la réparation de leur préjudice.

Elle précise notamment :

1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;

2° Les modalités d'expertise individuelle contradictoire ;

3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 2° est supportée par les personnes mises en cause ;

4° Les conditions dans lesquelles les offres transactionnelles individuelles sont présentées aux personnes intéressées ainsi qu'aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;

5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu'elle prévoit ;

6° Les modalités de suivi du dispositif ;

7° Les mesures de publicité mises en œuvre par les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l'existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu'elle fixe ainsi que du délai et des modalités applicables.

- Article L. 1143-9

La convention d'indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur.

Elle doit être acceptée par l'association requérante et l'une au moins des personnes mises en cause dans l'action engagée en application de l'article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.

- Article L. 1143-10

L'homologation met fin à l'action entre les parties signataires de la convention.

Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6 et L. 1143-7 ne sont pas susceptibles de recours.

Section 4 - Mise en œuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices

- Article L. 1143-11

À la demande des personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l'une ou l'autre forme prévue au deuxième alinéa de l'article L. 1143-4, les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l'article L. 1143-2 procèdent à l'indemnisation individuelle des préjudices subis du fait du manquement reconnu par ce jugement.

Toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des usagers est immédiatement versée en compte de dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Ce compte ne peut faire l'objet de mouvements en débit que pour le versement des sommes dues aux intéressés.

- Article L. 1143-12

Les usagers dont la demande n'a pas été satisfaite en application de l'article L. 1143-11 par les personnes déclarées responsables peuvent demander au juge ayant statué sur la responsabilité la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement rendu en application des articles L. 1143-2 et L. 1143-4.

- Article L. 1143-13

Le mandat aux fins d'indemnisation donné à l'association dans les conditions définies à l'article L. 1143-4 vaut également mandat aux fins de représentation pour l'exercice de l'action en justice mentionnée à l'article L. 1143-12 et, le cas échéant, pour l'exécution forcée du jugement prononcé à l'issue.

- Article L. 1143-14

L'association peut s'adjoindre, avec l'autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État, pour l'assister.

- Article L. 1143-15

Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et le demandeur ou ses ayants droit, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9 du présent code, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation du demandeur ou de ses ayants droit sont soumis, selon le cas, au chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale, au chapitre IV du titre V du livre IV du même code, à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, à l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou au chapitre II et à l'article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation

Section 5 - Dispositions diverses

- Article L. 1143-16

L'action mentionnée à l'article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l'article L. 1143-2 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou à compter de la date de l'homologation de la convention.

- Article L. 1143-17

La décision prévue à l'article L. 1143-2 a autorité de la chose jugée à l'égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-11 et L. 1143-12.

- Article L. 1143-18

N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits, les mêmes manquements et la réparation des mêmes préjudices que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-2 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-2 ou par une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

- Article L. 1143-19

Toute association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-13, sa substitution dans les droits de l'association requérante en cas de défaillance de cette dernière.

- Article L. 1143-20

Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-12 peuvent être exercées directement contre l'assureur garantissant la responsabilité civile du responsable, en application de l'article L. 124-3 du code des assurances.

- Article L. 1143-21

Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d'interdire à une personne de participer à une action de groupe.

Section 6 - Dispositions relatives à l'outre-mer

- Article L. 1143-22

Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

II. – Le présent article entre en vigueur à la date fixée par les dispositions réglementaires prises pour son application, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

III. – Trente mois au plus tard après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de la procédure d'action de groupe et propose les adaptations qu'il juge nécessaires.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi relatif à la santé, n° 2302, déposé le 15 octobre 2014

Article 45 : cet article pose les fondements d'une action de groupe en santé.

Les produits de santé ont été, dans les dernières décennies, la source de plusieurs scandales générant des dommages sériels, affectant de nombreux usagers de manière similaire. La procédure de **recours amiable devant les CRCI mise en place par la loi du 4 mars 2002**, si elle est une réussite et a notamment permis de réduire le volume des procédures contentieuses d'indemnisation, s'est révélée **peu adaptée à ces dommages sériels** que peuvent causer la défectuosité ou la mauvaise utilisation de produits de santé (au sens large retenu par l'article L. 5311-1 du code de la santé publique).

Il est apparu lors de la suspension de la mise sur le marché du Mediator® que les médicaments faisaient par eux-mêmes l'objet de très peu d'actions devant les CRCI, en dehors d'actions les mettant en cause à l'occasion de soins.

Les **défectuosités d'un produit de santé sont très généralement poursuivies devant les tribunaux à l'occasion d'actions introduites contre leurs exploitants.**

Par ailleurs, **faute de dispositif pérenne, le caractère sériel des accidents liés à des produits de santé a, dans le passé, conduit à la mise en place au coup par coup de dispositifs ad hoc**, sous différentes formes : dispositif purement amiable mis en place par l'État en vue de l'indemnisation des victimes de l'hormone de croissance, dispositif conventionnel pour les sur-irradiés des centres hospitalier d'Épinal et de Toulouse, dispositif d'indemnisation des victimes de contamination par le VHC ou le VIH du fait d'un produit sanguin, dispositif d'indemnisation des victimes du benfluorex.

L'institution d'une action de groupe pour la réparation des dommages causés par des produits de santé constitue un prolongement et un complément nécessaire aux avancées accomplies, en matière d'indemnisation des usagers du système de santé, par la loi du **4 mars 2002**.

Tout en s'inspirant du principe de l'action de groupe instauré dans le code de la consommation, l'article l'adapte assez notablement au champ de la santé, notamment pour prendre en compte les spécificités de la réparation des dommages corporels.

Une **association d'usagers du système de santé agréée pourra désormais engager une procédure commune pour faire reconnaître la responsabilité d'un produit de santé dans la survenue de dommages corporels sériels et ainsi éviter la multiplication des procédures individuelles, particulièrement lourdes pour les victimes.** Peut-être dans ce cadre recherchée – en fonction des règles de fond applicables à chaque espèce, qui ne sont pas modifiées – la responsabilité d'un exploitant ou d'un prestataire qui aura manqué à ses obligations légales ou contractuelles pour avoir mis sur le marché un produit défectueux ou avoir utilisé un dispositif médical en ne respectant pas ses conditions d'emploi. De ce fait, une **action de groupe peut être engagée devant le juge judiciaire ou devant le juge administratif.**

La **procédure proposée s'articulera en deux phases.** La première aboutit au **jugement sur la responsabilité**, qui **reconnaît l'existence du manquement** et définit le **groupe des victimes qui pourront demander réparation** des dommages corporels qui en résultent, en fixant des critères de rattachement tenant notamment au dommage subi. La seconde phase assure la **réparation individuelle des préjudices.** Dans le délai fixé par le juge, chaque personne remplissant les critères de rattachement peut adhérer au groupe **soit** en saisissant le responsable d'une demande d'indemnisation fondée sur le premier jugement, **soit** en donnant mandat pour ce faire à l'association qui a introduit l'action en première phase. Ce choix est ouvert en particulier pour respecter la volonté, qui peut être celle des victimes, de ne pas donner à un tiers accès à des données couvertes par le secret médical.

Si la demande n'est pas satisfaite à l'amiable, elle peut être portée devant le juge compétent.

Afin d'accélérer l'indemnisation quand c'est possible, il est également proposé que dans la première phase, le juge, saisi d'une demande en ce sens de l'une des parties, puisse désigner un médiateur en vue de la conclusion par les parties d'une convention d'indemnisation amiable qui règle les conditions dans lesquelles les personnes

ayant subi un dommage corporel du fait du produit en cause pourront demander la réparation de l'intégralité de leurs préjudices.

La phase de réparation des préjudices, amiable ou contentieuse, est ainsi individualisée, afin de prendre en compte les spécificités des dommages corporels qui supposent notamment une évaluation, pour chaque victime, de l'étendue de leurs préjudices, et de leurs imputabilité au produit.

Cette nouvelle procédure ne concernera que les dommages résultant de manquements survenus postérieurement à la date d'entrée en vigueur prévue ou, s'il s'agit de manquements « continus », qui n'ont pas encore cessé à cette date.

Article 45

I. – Le chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique devient son chapitre IV et son article L. 1143-1 devient son article L. 1144-1.

II. – Après le chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du même code, il est inséré un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III

« Action de groupe

« Section 1

« Champ d'application de l'action de groupe et qualité pour agir

« *Art. L. 1143-1.* – Une association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation identique ou similaire et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur, ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles.

« L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

« *Art. L. 1143-2.* – L'action de groupe est introduite et régie selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« Section 2

« Jugement sur la responsabilité

« *Art. L. 1143-3.* – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l'association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l'égard desquels la responsabilité d'un producteur, d'un fournisseur ou d'un prestataire est susceptible d'être engagée en fixant les critères de rattachement au groupe.

« Le juge détermine à cette fin les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit.

« Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d'instruction, y compris une expertise médicale.

« *Art. L. 1143-4.* – Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d'avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

« Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'une fois que la décision mentionnée à l'article L. 1143-3 ne peut plus faire l'objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

« *Art. L. 1143-5.* – Dans la même décision, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé, remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-3, pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à cinq ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées.

« La demande de réparation est, au choix de l'usager, directement adressée à la personne reconnue responsable ou par le biais de l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation.

« Le mandat donné à l'association requérante ne vaut, ni n'implique adhésion à cette association.

« L'usager donnant mandat à l'association lui indique, le cas échéant, sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L'association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

« Section 3

« Médiation

« Art. L. 1143-6. – À la demande d'une des parties, le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1, après avoir examiné la recevabilité de l'action et les chances de succès d'une médiation, peut donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, administrative et pénale, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action.

« Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

« Art. L. 1143-7. – Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1143-11.

« Les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Art. L. 1143-8. – La convention d'indemnisation amiable fixe, qu'elle comporte ou non la détermination des responsabilités, les conditions auxquelles la ou les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d'un ou plusieurs faits qu'elle identifie, le cas échéant pour le compte de qui il appartiendra, la réparation de leur préjudice causé par ce fait.

« Elle précise notamment :

« 1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;

« 2° Les modalités d'expertise individuelle contradictoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 1° est supportée par la ou les personnes mises en cause ;

« 4° Les conditions de formulation des offres transactionnelles individuelles aux personnes intéressées ainsi qu'aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;

« 5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu'elle prévoit ;

« 6° Les modalités de suivi du dispositif ;

« 7° Les mesures de publicité mises en œuvre par la ou les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l'existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu'elle fixe ainsi que des délais et modalités applicables.

« Art. L. 1143-9. – La convention d'indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur après, le cas échéant, délibération de la commission.

« Elle doit être acceptée par l'association requérante et l'une au moins des personnes mises en cause dans l'action engagée en application de l'article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.

« Art. L. 1143-10. – L'homologation met fin à l'action entre les parties signataires de la convention.

« Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6, L. 1143-7 et L. 1143-9 ne sont pas susceptibles de recours.

« Art. L. 1143-11. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de cette section.

« Section 4

« **Mise en œuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices**

« Art. L. 1143-12. – La ou les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l'article L. 1143-3 procèdent, sur leur demande, à l'indemnisation individuelle des préjudices subis, du fait du manquement reconnu par ce jugement, par les personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l'une ou l'autre forme prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 1143-5.

« Art. L. 1143-13. – Les usagers dont la demande n'a pas été satisfaite en application de l'article L. 1143-12 par la personne déclarée responsable peuvent demander au juge compétent la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement ayant statué sur la responsabilité en application des articles L. 1143-3 et L. 1143-5.

« Art. L. 1143-14. – Le mandat aux fins d'indemnisation donné à l'association dans les conditions définies à l'article L. 1143-5 vaut également mandat aux fins de représentation pour l'exercice de l'action en justice mentionnée à l'article L. 1143-13 et, le cas échéant, pour l'exécution forcée du jugement prononcé à l'issue.

« Art. L. 1143-15. – L'association peut s'adjoindre, avec l'autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État, pour l'assister.

« Art. L. 1143-16. – Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et la victime, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation de la victime sont soumis aux dispositions, selon le cas, des articles L. 376-1 à L. 376-4 et L. 454-1 à L. 454-2 du code de la sécurité sociale, de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou du chapitre II de la loi

n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

« Section 5

« Dispositions diverses

« Art. L. 1143-17. – L'action mentionnée à l'article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l'articles L. 1143-3 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou de celle de l'homologation de la convention.

« Art. L. 1143-18. – La décision prévue à l'article L. 1143-3 a autorité de la chose jugée à l'égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-12 et L. 1143-13.

« Art. L. 1143-19. – N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits et les mêmes manquements que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-3 ou d'un accord homologué en application de l'article L. 1143-9.

« Art. L. 1143-20. – Toute association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-14 sa substitution dans les droits de l'association requérante, en cas de défaillance de cette dernière.

« Art. L. 1143-21. – Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-13 peuvent être exercées directement contre l'assureur garantissant la responsabilité civile du responsable par application des dispositions de l'article L. 124-3 du code des assurances.

« Art. L. 1143-22. – Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d'interdire à une victime de participer à une action de groupe.

« Section 6

« Dispositions relatives à l'outre-mer

« Art. L. 1143-23. – Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis-et-Futuna. »

III. – Les dispositions insérées dans le code de la santé publique par le présent article entrent en vigueur à la date fixée par les dispositions réglementaires prévues à l'article L. 1143-2 du même code et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux manquements ayant cessé avant leur entrée en vigueur.

b. Rapport n° 2673, M. VERAN et a., déposé le 20 mars 2015 fait au nom de la commission des affaires sociales

Article 45

(chapitre III et chapitre IV du titre IV du livre I^{er} de la première partie, art. L. 1143-1 à L. 1143-23 [nouveaux] et L. 1144-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Création de l'action de groupe pour la réparation des dommages causés par des produits de santé

Cet article propose de créer une procédure d'action de groupe en réparation des préjudices corporels causés par l'utilisation de produits de santé, et imputables à un ou plusieurs responsables (producteur, fournisseur ou utilisateur du produit). Les usagers du système de santé victimes de ces préjudices pourraient ainsi se joindre à une action collective introduite par une association agréée, au lieu d'introduire chacun une action individuelle. Cette procédure permettrait en outre d'éviter la mise en place de dispositifs d'indemnisation *ad hoc*, pris en charge en tout ou partie par la solidarité nationale, comme ce fut le cas à la suite de plusieurs drames sanitaires ayant causé des dommages « sériels » dans les dernières décennies (sang contaminé, Mediator).

L'action de groupe, qui contrevient au principe classique selon lequel « nul ne plaide par procureur », a été récemment introduite dans le droit français, par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation¹. Si la procédure prévue par cet article s'approche de celle figurant désormais dans le code de la consommation, elle n'en est cependant pas une duplication pure et simple. En effet, la réparation des préjudices résultant de dommages corporels nécessite une individualisation poussée de la procédure d'indemnisation, qui mérite qu'une attention particulière soit accordée à la question, dans un texte consacré à la santé.

¹ Article 1^{er} de la loi n° 2014-344

I. L'INSTAURATION D'UNE ACTION DE GROUPE EN MATIÈRE DE PRODUITS DE SANTÉ APPARAÎT COMME UNE NÉCESSITÉ

A. L'ACTION DE GROUPE A ÉTÉ RÉCEMMENT INTRODUE EN DROIT FRANÇAIS, EN MATIÈRE DE CONSOMMATION ET DE CONCURRENCE

1. Idée ancienne, la création d'une action de groupe en matière de consommation et de concurrence doit faciliter l'accès à la justice

L'introduction en droit français d'une action de groupe est une idée ancienne, soutenue par les associations de consommateurs et promise, sans suite, par les deux précédents Présidents de la République. De nombreux groupes de travail se sont penchés sur cette question, qui a également fait l'objet de rapports parlementaires et d'initiatives législatives diverses.

Pour plus de détails, on se reportera utilement à l'historique très complet dressé par notre collègue Sébastien Denaja, dans son avis, au nom de la Commission des lois, sur le projet de loi relatif à la consommation² ; de manière générale, les développements qui suivent s'inspirent pour beaucoup de la même source.

L'action de groupe n'est pas une originalité procédurale, puisqu'elle existe dans de nombreux pays. L'exemple qui vient le plus spontanément à l'esprit est sans doute celui de la *class action* prévue par le droit américain, en particulier au niveau fédéral. Mais des procédures similaires existent également au Québec, et dans huit pays de l'Union européenne (Allemagne, Angleterre, Suède, Espagne, Italie, Pays-Bas, Portugal et Danemark). Au niveau européen, à la suite de réflexions conduites par les différentes institutions, la Commission a présenté, le 11 juin 2013, une recommandation relative à des principes communs applicables aux mécanismes de recours collectif en cessation et en réparation dans les États membres en cas de violation de droits conférés par le droit de l'Union. Cette recommandation, qui ne lie pas les États membres, les invite à se doter de mécanismes de recours collectifs pour garantir à leurs justiciables un accès effectif à la justice en cas de violation de droits que leur confère l'Union européenne.

Le droit de la consommation connaissait déjà quelques procédures collectives, mais aucune ne présentait les avantages de l'action de groupe. Celle qui s'en rapproche le plus en apparence est l'action en représentation conjointe, car elle seule permet aux associations de consommateurs d'agir en justice en vue d'obtenir la réparation de préjudices individuels, et non du préjudice collectif des consommateurs, souvent indemnisé à l'euro symbolique à l'issue des autres procédures (action civile dans l'intérêt collectif des consommateurs, action en cessation d'agissements illicites et en suppression de clauses illicites ou abusives, action en intervention volontaire). Mais très peu d'actions en représentation conjointe ont été lancées, en raison notamment des contraintes que la loi impose aux associations pour rallier des victimes potentielles, qui doivent être identifiées avant l'introduction de l'action, et ne peuvent être sollicitées que par voie de presse.

L'action de groupe présente comme principal attrait la démocratisation de l'accès à la justice : elle permet à des justiciables isolés qui n'auraient pas nécessairement engagé de procédure – coûteuse en temps comme en argent, *a fortiori* pour les litiges de faibles montants courants en droit de la consommation – d'obtenir indemnisation d'un préjudice, en rejoignant une démarche collective initiée par une association spécialisée, dotée de moyens d'expertise. Symétriquement, du point de vue de l'administration de la justice, l'action de groupe évite la multiplication des recours individuels et donc des instructions et des coûts afférents.

2. La procédure créée par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation

L'action de groupe codifiée aux articles L. 423-1 à L. 423-26 du code de la consommation a pour objet de permettre la réparation des préjudices matériels subis individuellement par plusieurs consommateurs, à l'occasion de la vente d'un produit ou de la fourniture d'un service, et ayant pour origine commune un manquement d'un professionnel à ses obligations légales ou contractuelles, ou aux règles de concurrence. Les dommages corporels et les préjudices moraux sont exclus du champ de la loi. Il faut relever qu'aucune modification n'est apportée au fond du droit de la responsabilité ; la réforme est uniquement procédurale.

a. Le champ de l'action de groupe

L'article L. 423-1 du code de la consommation dispose que l'action de groupe ne peut porter que sur la réparation des préjudices patrimoniaux résultant des dommages matériels subis par les consommateurs. Il s'agit de préjudices individuels de consommateurs placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un ou plusieurs professionnels à leurs obligations légales ou contractuelles en droit de la consommation (obligations en matière de vente de biens ou fourniture de services) ou en droit de la concurrence (titre II du livre IV du code de commerce ou articles 101 et 102 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne).

La notion de consommateur et le champ d'application du droit de la consommation sont interprétés largement par la jurisprudence. Ainsi, le code de la consommation peut s'appliquer dans le domaine de la santé. En revanche, l'action de groupe en consommation ne peut porter que sur la réparation d'un préjudice matériel résultant d'une atteinte au patrimoine des consommateurs concernés.

Les préjudices corporels sont donc exclus, ainsi que les préjudices matériels résultant d'un dommage corporel (par exemple les pertes de revenus consécutives à un accident, ou les frais de soins). Cette exclusion se justifie par la nécessaire individualisation des préjudices corporels : alors que l'on peut estimer un préjudice financier de façon collective quand des personnes ont été victimes d'un même manquement, ce ne peut être le cas pour l'évaluation d'un

²) M. Sébastien Denaja, rapporteur pour avis au nom de la Commission des lois sur le projet de loi relatif à la consommation, document Assemblée nationale n° 1123, 11 juin 2013 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r1123.pdf>

préjudice corporel. Un tel préjudice doit être expertisé médicalement pour chaque victime, afin d'en apprécier l'étendue et l'imputabilité au manquement dénoncé.

b. La qualité pour agir

Le droit d'introduire l'action est réservé aux seules associations de consommateurs agréées représentatives au niveau national. Il s'agit d'empêcher les actions fantaisistes ou abusives qui pourraient apparaître si la qualité pour agir était accordée à des associations ad hoc, créées pour l'occasion, ou à tout consommateur.

c. Une procédure normale en trois phases

- Le jugement au fond constitue la **première phase**. Le **juge statue sur la responsabilité du professionnel** à partir des cas individuels soumis par l'association requérante, détermine les critères à partir desquels les consommateurs seront susceptibles de demander réparation et fixe le montant de l'indemnisation ou à tout le moins les modalités de calcul de celle-ci, ainsi que la procédure pour permettre aux consommateurs d'obtenir cette indemnisation (le « schéma d'indemnisation »).

- La **deuxième phase permet aux victimes concernées d'adhérer au groupe**. Le jugement de phase 1 met à la charge du responsable des mesures de publicité, qui permettent aux consommateurs d'adhérer au groupe, dans un délai déterminé. **L'adhésion au groupe vaut obligatoirement mandat donné à l'association aux fins d'indemnisation**.

La procédure d'adhésion repose sur le **mécanisme d'« opt in »** : les membres potentiels d'un groupe de victimes doivent manifester leur intention de participer à l'action de groupe engagée. Avec la procédure d'« opt out », retenue aux États-Unis pour la *class action* au niveau fédéral, le groupe intègre par défaut tous les consommateurs lésés, ceux-ci pouvant cependant faire savoir qu'ils souhaitent être exclus de l'action de groupe.

On notera que le **groupe n'a pas besoin d'être constitué au moment de l'introduction de l'action**, ce qui en constitue l'un des avantages pour les consommateurs : ce n'est qu'une fois le jugement sur la **responsabilité** prononcé que les victimes doivent se faire connaître.

- **L'indemnisation des préjudices** constitue la **troisième phase**. Les consommateurs sont en principe indemnisés par le professionnel à *l'amiable*. En cas d'échec, le juge est saisi de l'ensemble des demandes d'indemnisation non satisfaites ; cette audience finale met fin à la procédure.

d. Deux procédures spécifiques

- En dehors de la procédure ordinaire, la **loi prévoit une procédure simplifiée** : dans un même jugement, le juge statue sur la responsabilité du professionnel et fixe le montant de l'indemnisation à laquelle les consommateurs victimes sont fondés à prétendre. Cette procédure recouvre les situations courantes dans lesquelles les consommateurs victimes sont liés contractuellement à un même professionnel, par exemple par une formule d'abonnement à un service.

- En outre, des modalités particulières s'appliquent à l'action de groupe intervenant dans le domaine de la concurrence. Lorsque les manquements reprochés au professionnel portent sur des pratiques anticoncurrentielles, la responsabilité de ce dernier ne peut être prononcée dans le cadre de l'action de groupe que sur le fondement d'une décision définitive de l'Autorité de la concurrence, d'une autorité de la concurrence d'un autre État membre de l'Union européenne, de la Commission européenne ou de la juridiction communautaire.

e. Un recours possible à la médiation

L'association requérante peut participer à une médiation, dans les conditions de droit commun fixées par la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative. Tout accord négocié au nom du groupe est soumis à l'homologation du juge, qui vérifie s'il est conforme aux intérêts de ceux auxquels il a vocation à s'appliquer et lui donne force exécutoire.

B. LE CADRE JURIDIQUE ACTUEL EST IMPARFAITEMENT ADAPTÉ À LA RÉPARATION DE DOMMAGES SÉRIELS CAUSÉS PAR DES PRODUITS DE SANTÉ

1. Les dommages sériels causés par des produits de santé peuvent théoriquement être réparés dans le cadre des règles générales de responsabilité résultant de la loi du 4 mars 2002

En raison des contentieux mettant en cause la responsabilité des professionnels de santé qui se sont développés dans les années 1990 et de l'augmentation des montants des indemnisations accordées aux patients, le législateur a été conduit à adapter le régime de la responsabilité médicale. **La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a instauré un dispositif qui permet aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales (ou à leurs ayants droit) d'obtenir réparation lorsque les dommages subis³ présentent un certain caractère de gravité, tenant compte notamment du taux d'incapacité permanente ou des conséquences sur la vie privée et professionnelle.

La personne qui estime remplir ces conditions peut, dans les dix ans suivant la consolidation du dommage, saisir une commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI).

Si, à l'issue de l'instruction (dans un délai de neuf mois), la CRCI estime que le dommage est imputable à un responsable, le dossier est transmis à son assureur, qui fait une offre pour indemniser la victime. **La loi du 4 mars 2002 a réaffirmé le principe selon lequel la responsabilité civile de droit commun est fondée sur la faute** ; son engagement suppose donc l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice subi.

Mais il existe également un régime de **responsabilité sans faute** du fait des **produits défectueux**, introduit en droit national par transposition de la **directive n° 85/374/CEE du 25 juillet 1985** relative au rapprochement des dispositions

³ A la suite de faits postérieurs au 5 septembre 2001.

législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de responsabilité du fait des produits défectueux⁴. L'acceptation de l'offre par la victime éteint toute possibilité d'action en justice.

Les CRCI ont par ailleurs une mission générale de conciliation, qui leur permet de tenter de dégager une solution amiable entre les parties même si le critère de gravité du dommage n'est pas vérifié.

En l'absence de faute ou de manquement imputable à un responsable – donc en cas d'« aléa thérapeutique » –, c'est l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) qui est chargé de présenter une offre d'indemnisation à la victime, au titre de la solidarité nationale. L'acceptation de l'offre de l'ONIAM éteint également toute possibilité de recours juridictionnel.

2. En pratique, les procédures de droit commun se sont révélées mal adaptées, et de nombreux dispositifs ad hoc ont vu le jour

L'étude d'impact constate que la **procédure** de recours amiable **devant les CRCI** « s'est révélée **peu adaptée aux dommages sériels** [...] que peuvent causer la défectuosité ou la mauvaise utilisation de produits de santé » ; en effet, « les médicaments [font] par eux-mêmes l'objet de très peu d'action devant les CRCI, en dehors d'actions les mettant en cause à l'occasion de soins ». En pratique, lorsque les CRCI identifient un responsable intervenant dans le processus de soins lui-même (un professionnel de santé), elles ne recherchent pas systématiquement la responsabilité du producteur du produit de santé dont l'usage est incriminé. Par voie de conséquence, « les défectuosités d'un produit de santé sont très généralement poursuivies devant les tribunaux judiciaires à l'occasion d'actions introduites contre leurs exploitants ». En 2014, les CRCI ont rendu une cinquantaine d'avis sur des réclamations relatives à des accidents dus au matériel médical ou à un produit de santé, sur un total de 4 800 avis.

Face à la gravité et à l'ampleur de certains dommages sériels causés par des produits de santé, dont le règlement individuel par voie contentieuse aurait pris plusieurs années sans assurer à toutes les victimes une indemnisation correcte, **des dispositifs ad hoc ont été mis en place à l'initiative des pouvoirs publics, selon des formes différentes** : « dispositif purement amiable mis en place par l'État en vue de l'indemnisation des victimes de l'hormone de croissance, dispositif conventionnel pour les sur-irradiés des centres hospitalier [sic] d'Épinal et de Toulouse, dispositif d'indemnisation des victimes de contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du fait d'un produit sanguin, dispositif d'indemnisation des victimes du benfluorex ». Dans la quasi-totalité des cas, **la gestion et le financement de ces dispositifs ad hoc ont été confiés à l'ONIAM**, dont les missions ont donc été significativement étendues depuis la loi du 4 mars 2002.

Le dispositif mis en place pour l'indemnisation des victimes du benfluorex (le principe actif du Mediator), créé par la première loi de finances rectificative pour 2011⁵, est toutefois spécifique. L'ONIAM se voit en effet confier une mission de facilitation du règlement amiable des litiges, habituellement confiée aux CRCI. Le législateur a en effet estimé nécessaire de centraliser le dispositif à l'ONIAM, pour un traitement plus rapide des dossiers, sur la base d'une expertise unique. De plus, le dispositif est ouvert à toute personne s'estimant victime, indépendamment de la période pendant laquelle elle aurait consommé du benfluorex et indépendamment du seuil de gravité. Le rôle de l'ONIAM consiste en l'espèce à susciter une proposition d'indemnisation de la part des responsables, et à se substituer à eux pour l'indemnisation du préjudice en cas d'échec. Dans ce dernier cas, l'ONIAM dispose d'un recours subrogatoire contre les responsables (cf. infra). En tout état de cause, les coûts de fonctionnement du dispositif reposent sur l'ONIAM, donc sur les contribuables.

2. La création d'une action de groupe en matière de produits de santé apparaît donc utile

Comme le souligne l'étude d'impact, « il convient de se demander s'il est juste que la collectivité soit toujours appelée à contribuer à la réparation de dommages sériels de santé ». La **création d'une action de groupe en réparation des dommages causés par des produits de santé pourrait donc avoir le mérite d'éviter deux écueils** : la multiplication de dispositifs ad hoc, qui ne contribuent pas à la lisibilité des procédures de responsabilité, et la prise en charge par la collectivité – même partiellement et transitoirement – d'indemnisations devant être assumées par les responsables des dommages, autant sur le plan financier que sur le plan des principes.

L'action de groupe **éviterait également la multiplication des procédures individuelles**. Car si les dommages sériels résultant de produits de santé demeurent fort heureusement assez rares, ils peuvent malheureusement impliquer un grand nombre de victimes, dont toutes ont vocation à engager des procédures individuelles en réparation. L'étude d'impact rappelle ainsi que « les sur-irradiations causées à Épinal et à Toulouse à certains patients ont induit une centaine d'actions individuelles par centre, l'hormone de croissance environ 200 demandes, le benfluorex quelques [sic] 8 000 demandes et les prothèses PIP environ 5 000 ».

La création de l'action de groupe devrait donc **alléger la charge de la procédure pour les victimes, mais cela pourrait également être le cas pour la justice**. L'étude d'impact indique en effet que « l'introduction de l'action de groupe n'ajoutera aux procédures individuelles que l'action de la phase 1, dont on peut penser qu'en cas de reconnaissance par le juge de la responsabilité du défendeur, ce dernier procédera sans attente de nouveaux procès à l'indemnisation des victimes membres du groupe ».

Cette référence à la phase 1 laisse entrevoir que la **procédure** prévue par cet article est, dans l'ensemble, calquée sur celle prévue par la loi relative à la consommation. Elle est toutefois, comme cela a été souligné ci-dessus, **adaptée à la spécificité des dommages corporels, dont la réparation nécessite une appréciation individualisée des préjudices, qui ne sont pas identiques d'une victime à l'autre**.

⁴ La transposition dans le code civil (articles 1386-1 et suivants) fut tardive (loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux. La Cour de Justice des Communautés européennes a confirmé que les produits de santé entrent bien dans le champ d'application de la directive (10 mai 2001, Henning Vedfeldt contre Arhus Amtskommune, affaire C-203/99)

⁵ Article 57 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011

C'est d'ailleurs cette différence de situation qui a justifié l'exclusion des dommages corporels du champ de l'action de groupe en matière de consommation. Le VI de l'article 2 de la loi du 17 mars 2014 prévoit qu'en septembre 2016, le Gouvernement remette au Parlement un rapport dressant un bilan de l'action de groupe, et examine notamment « son extension aux domaines de la santé et de l'environnement ».

Les représentants des entreprises du secteur de la santé rencontrés par la rapporteure ont unanimement regretté que ce projet de loi propose la création d'une action de groupe en matière de santé, en anticipant de près de deux ans les conclusions d'un rapport pourtant prévu par la loi. L'étude d'impact entend tempérer les craintes des entreprises, en rappelant les conclusions d'une étude conduite en 2008 par la Commission européenne⁶, dont il résulte que, « dans les pays de l'Union européenne qui ont déjà adopté une procédure de recours collectif y compris pour des dommages corporels, il n'a pas été constaté d'effets délétères sur les entreprises concernées, ni en termes assurantiels ni en terme de frais de procédure ». On indiquera au surplus que l'introduction de l'action de groupe n'entraîne aucune modification du fond du droit de la responsabilité.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ PAR CET ARTICLE

Le I transforme le chapitre III (« *Dispositions communes* ») du titre IV (« *Réparation des conséquences des risques sanitaires* ») du livre I^{er} (« *Protection des personnes en matière de santé* ») du code de la santé publique en chapitre IV.

Le II insère un nouveau chapitre III, intitulé « *Action de groupe* ». Ce nouveau chapitre est composé de six sections, relatives au champ d'application et à la qualité pour agir (section 1), au jugement sur la responsabilité (section 2), à la médiation (section 3), à la mise en œuvre du jugement et à la réparation individuelle des préjudices (section 4), à des dispositions diverses (section 5) et aux dispositions relatives à l'outre-mer (section 6). Il contient les nouveaux articles L. 1143-1 à L. 1143-23 du code de la santé publique.

A. LE CHAMP D'APPLICATION ET LA QUALITÉ POUR AGIR

La section 1 du nouveau chapitre III comporte les articles L. 1143-1 et L. 1143-2, qui définissent l'action de groupe en santé, indiquent qui sont les personnes susceptibles d'introduire une telle action, mais sans désigner de juge spécifiquement compétent.

1. Le champ d'application

L'article L. 1143-1 détermine le champ de l'action de groupe en santé selon **trois critères cumulatifs** :

- les victimes doivent être des usagers du système de santé, placés dans une situation identique ou similaire ;
- leur cause commune doit résulter du manquement à leurs obligations légales ou contractuelles par un producteur, un fournisseur ou un prestataire utilisant un produit de santé ;
- l'action doit avoir pour objet la réparation de préjudices individuels résultant de dommages corporels.

a. Les victimes : des usagers du système de santé placés dans une situation identique ou similaire

La notion d'usagers du système de santé, utilisée à plusieurs reprises dans le code de la santé publique, n'est pas définie spécifiquement, en raison sans doute de son caractère intuitif. Il ressort des réponses du Gouvernement au questionnaire adressé par la rapporteure une acception large de la qualité d'usagers du système de santé : cette terminologie a été retenue par référence à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, qui prévoit les modalités d'agrément des associations d'usagers du système de santé, celles-ci pouvant « **représenter toute personne susceptible de subir un dommage du fait d'un produit de santé** » ; on en infère donc que **le seul fait pour une personne d'avoir subi un dommage corporel en fait par construction un usager du système de santé**.

Comme dans l'action de groupe en consommation, les usagers doivent être placés dans une situation identique ou similaire. Pour illustrer la différence entre ces deux états, le Gouvernement a indiqué à la rapporteure que « *sont par exemple, placées dans une situation identique les victimes de sur-irradiations du centre hospitalier d'Épinal ; sont placées dans une situation similaire, les personnes qui ont pris un médicament défectueux (les durées de prise et les posologies pouvant varier)* ».

b. La cause commune : le manquement à leurs obligations légales ou contractuelles par un producteur, un fournisseur ou un prestataire utilisant un produit de santé

● La notion de produit de santé est définie par référence au II de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, qui confie à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) le soin d'évaluer les bénéfices et les risques de l'utilisation « **des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique** ». Une liste non exhaustive – car précédée de l'adverbe « *notamment* » – est fournie par l'article, et reproduite dans l'encadré ci-après.

Liste des produits contrôlés par l'ANSM

- 1° Les médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiantes, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique
- 2° Les produits contraceptifs et contragestifs
- 3° Les biomatériaux et les dispositifs médicaux
- 4° Les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*
- 5° Les produits sanguins labiles

⁶ Evaluation of the effectiveness and efficiency of collective redress mechanisms in the European Union : http://ec.europa.eu/consumers/archive/redress_cons/finalreportevaluationstudypart1-final2008-11-26.pdf

- 6° Les organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, y compris lorsqu'ils sont prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale
- 7° Les produits cellulaires à finalité thérapeutique
- 8° Le lait maternel collecté, qualifié, préparé et conservé par les lactariums
- 9° Les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact
- 10° (Abrogé)
- 11° Les procédés et appareils destinés à la désinfection des locaux et des véhicules dans les cas prévus à l'article L. 3114-1
- 12° Les produits thérapeutiques annexes
- 13° (Abrogé)
- 14° Les lentilles oculaires non correctrices
- 15° Les produits cosmétiques
- 16° Les micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1
- 17° Les produits de tatouage
- 18° Les logiciels qui ne sont pas des dispositifs médicaux et qui sont utilisés par les laboratoires de biologie médicale, pour la gestion des examens de biologie médicale et lors de la validation, de l'interprétation, de la communication appropriée en application du 3° de l'article L. 6211-2 et de l'archivage des résultats
- 19° Les dispositifs à finalité non strictement médicale utilisés dans les laboratoires de biologie médicale pour la réalisation des examens de biologie médicale

Source : article L. 5311-1 du code de la santé publique.

L'attention de la rapporteure a été appelée, au cours des auditions préparatoires à l'examen du projet de loi, sur **l'inclusion des produits cosmétiques dans le champ de l'action de groupe**. On rappellera que les produits cosmétiques ont une définition légale propre : aux termes de l'article L. 5131-1 du code de la santé publique, « on entend par produit cosmétique toute substance ou mélange destiné à être mis en contact avec les parties superficielles du corps humain (l'épiderme, les systèmes pileux et capillaire, les ongles, les lèvres et les organes génitaux externes) ou avec les dents et les muqueuses buccales, en vue, exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles ».

L'inclusion de ces produits dans le champ de l'action de groupe se justifie, selon le Gouvernement, par le fait que « les victimes des dommages corporels induits par ces produits, qui, de ce fait, sont usagers du système de santé, peuvent être valablement représentées par des associations agréées en application de l'article L. 1114-1 ». Cette **justification est cohérente avec l'acception large de la notion d'usagers du système de santé, présentée supra**.

• L'action de groupe peut être lancée contre le producteur, le fournisseur ou le prestataire d'un des produits concernés. S'agissant par exemple d'un médicament, le responsable peut donc aussi bien être le laboratoire pharmaceutique le produisant, le grossiste en assurant la commercialisation, ou encore l'établissement de santé ou le médecin l'administrant à l'utilisateur⁷. Il peut donc s'agir d'une personne physique ou morale, de droit privé ou de droit public.

La rédaction retenue pour l'article L. 1143-1 pourrait laisser croire que le responsable est nécessairement unique. Cette impression est contredite par la lecture de l'article L. 1143-12, qui mentionne « la ou les personnes responsables » (cf. *infra*).

Cela signifie que **l'action de groupe peut être intentée contre l'un ou l'autre des trois responsables possibles (producteur, fournisseur, prestataire)**. C'est au **juge** qu'il reviendra de **déterminer à qui incombe la responsabilité**, et le cas échéant comment elle se partage. On précisera qu'en application de l'article L. 1386-7 du code civil, la responsabilité du fait des produits défectueux doit être prioritairement recherchée auprès du producteur, celle du fournisseur s'y substituant si le producteur ne peut être identifié. Plus généralement, un prestataire ou un fournisseur considéré comme responsable pourra toujours se retourner contre le producteur, dans le cadre de la procédure commune d'action récursoire.

• La **cause commune** est constituée par le **manquement du producteur, du fournisseur ou du prestataire à leurs obligations légales ou contractuelles**. Cette notion de manquement, reprise dans les mêmes termes de la loi relative à la consommation, n'est pas davantage précisée dans le texte. Le Gouvernement a indiqué à la rapporteure que « cette **notion de manquement** recouvre, d'une part, la faute commise par le producteur, fournisseur ou prestataire, et, d'autre part, les défauts, au sens des articles 1386-1 et suivants du code civil ».

De manière générale, un manquement renvoie à une violation des obligations mises à la charge d'une personne, qu'elles résultent d'un contrat (elles sont alors conventionnelles) ou de règles légales (entendues au sens large, et pas seulement des dispositions législatives). Pour illustrer la notion de manquement, l'étude d'impact indique que pourront être mis en cause «, notamment, la défectuosité d'un produit au sens des articles 1386-1 et suivants du code civil (manquement à l'obligation de sécurité) ou son utilisation fautive même s'il n'est pas défectueux ». Cela signifie donc que même en l'absence de faute au sens strict, la responsabilité peut être recherchée dans le cadre de l'action de groupe, sur le fondement de la défectuosité du produit.

c. La réparation recherchée : des préjudices individuels résultant de dommages corporels

Pour être recevable, l'action de groupe nécessite l'existence de préjudices résultant de **dommages corporels, par construction individuels**. Interrogé par la rapporteure, le Gouvernement – en se fondant sur la jurisprudence – a défini le dommage corporel comme « une **atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une personne objectivement perceptible** », ce qui comprend « les atteintes psychologiques qui ont un retentissement sur le corps ». Le Gouvernement a en revanche indiqué qu'« une lésion ou une marque physiologique d'exposition à un produit de santé susceptible de causer un effet indésirable, qui n'a pas de répercussions physiologiques fonctionnelles, ne constitue pas un dommage corporel » (par

⁷ Le terme « prestataire », qui n'est sans doute pas le plus heureux, renvoie en fait à la personne qui fait usage du produit sur un tiers ; mais le terme « utilisateur », qui vient plus spontanément à l'esprit, aurait pu entretenir une certaine confusion, pouvant laisser croire que l'on parle de l'utilisateur final, c'est-à-dire de l'utilisateur.

exemple une marque de vaccin). Si l'action est recevable, ce sont tous les préjudices résultant du dommage corporel qui sont susceptibles d'être réparés (cf. *infra*).

2. La **qualité** pour agir : les associations d'usagers du système de santé agréées

L'action de groupe peut être introduite seulement par les associations d'usagers du système de santé, agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. Cet article dispose que « *l'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance* ». L'agrément est prononcé par « *l'autorité administrative compétente, soit au niveau régional, soit au niveau national* », sur avis conforme d'une commission nationale composée de représentants du Conseil d'État, de la Cour de cassation, du Parlement, et de personnalités qualifiées. Ces associations sont seules habilitées à représenter les usagers dans les établissements hospitaliers et les instances de santé publique.

En 2014, 135 associations étaient agréées nationalement et 324 régionalement. Le nombre élevé d'associations susceptibles d'introduire une action de groupe a été relevé par la quasi-totalité des personnes auditionnées par la rapporteure, qu'il s'agisse des avocats, des associations de victimes de produits de santé, des représentants des entreprises ou encore du Défenseur des droits. On rappellera qu'en matière de consommation, seules les associations nationales de consommateurs agréées, au nombre de seize à peine, ont qualité pour agir. La rapporteure souhaiterait donc que le Gouvernement engage une réflexion sur les critères d'agrément, afin de s'assurer que les associations introduisant des actions de groupe aient bien la capacité de les mener à terme.

3. L'absence de désignation d'un juge spécifiquement compétent

Le texte ne précise pas devant quel ordre de juridiction l'action de groupe doit être introduite : l'article L. 1143-1 donne qualité aux associations agréées pour agir « *en justice* », l'article L. 1143-2 prévoyant que « *l'action de groupe est introduite et régie selon des modalités définies par décret en Conseil d'État* ». Par comparaison, l'article L. 423-1 du code de la consommation dispose que l'action de groupe, en la matière, doit être introduite devant le juge civil. Le décret pris en application de l'article L. 423-2, dont la rédaction est identique à celle proposée pour l'article L. 1143-2 du code de la santé publique, désigne comme territorialement compétent le tribunal de grande instance du lieu de résidence du défendeur. Ces modalités d'administration de la justice sont cohérentes avec la nature privée des litiges, qui opposent des consommateurs réunis en associations à des fournisseurs de biens et services.

Le responsable auquel l'action de groupe en matière de santé tend à demander réparation peut être, comme on l'a vu, une personne publique ou une personne privée. C'est la raison pour laquelle aucun ordre de juridiction n'est désigné dans le texte, comme le précise en ces termes le Gouvernement, en réponse au questionnaire de la rapporteure : « *L'action est portée devant le juge judiciaire ou devant le juge administratif selon que le producteur, le fournisseur ou le prestataire dont la responsabilité est recherchée est une personne relevant du droit privé (laboratoire pharmaceutique ou clinique, par exemple) ou une personne publique (centre hospitalier, par exemple)* ».

En l'état de la rédaction, le nombre de tribunaux qui pourraient avoir à connaître d'une action de groupe en matière de santé s'élève à 339, soit 42 tribunaux administratifs, 161 tribunaux de grande instance (TGI) et, potentiellement (même si cela semble très improbable), 136 tribunaux de commerce⁸.

Interrogé par la rapporteure sur les modalités de gestion des contentieux complexes, le Gouvernement a fourni une réponse très éclairante, reproduite dans l'encadré suivant.

Traitement des contentieux complexes d'actions de groupe

Dans la majorité des cas, sera recherchée devant le juge judiciaire, de façon générale, la responsabilité de producteurs et fournisseurs de produits de santé, et devant le juge administratif la responsabilité d'établissements publics de santé, en tant qu'utilisateurs de produits de santé.

Mais il ne saurait être exclu qu'un dommage lié à un même produit puisse conduire à l'engagement de deux actions de groupe, devant la juridiction administrative, d'une part, et devant la juridiction judiciaire, d'autre part. Mais, dans de telles hypothèses très restreintes, les manquements qui pourraient être examinés par les deux juges dépendent nécessairement des compétences et obligations de chaque personne responsable (producteur ou utilisateur du produit). Or ces obligations relèvent, s'agissant de la personne publique dont la responsabilité est recherchée devant le juge administratif, pour l'essentiel, du droit public, et s'agissant de la personne privée dont la responsabilité est recherchée devant le juge judiciaire, du droit privé. Les manquements examinés sont bien différents, dépendant des obligations de droit public ou de droit privé, selon la nature et les missions des personnes dont la responsabilité est recherchée devant chaque ordre de juridiction.

Il n'y a donc pas de risque de divergence de jurisprudence dans la mesure où les deux ordres de juridictions ne sont pas appelés à statuer sur les mêmes obligations, et par suite les mêmes manquements. [...]

Pour résumer :

- dans une première hypothèse, les victimes recherchent la responsabilité d'un producteur devant le TGI pour défautuosité du produit ou manquement de la personne responsable à ses obligations. En cas de condamnation, celui-ci peut dans un second temps se retourner contre l'État ou la personne publique pour un éventuel partage de responsabilité ;
- dans une deuxième hypothèse, les victimes peuvent rechercher la responsabilité d'un établissement de santé public pour mauvaise utilisation d'un produit de santé. Si le produit était également défectueux et que cette défautuosité a participé à la survenance des dommages, la personne publique pourrait introduire une action récursoire contre le producteur [...];
- dans une troisième hypothèse, il pourrait être envisagé que certaines victimes recherchent devant le juge judiciaire la responsabilité du producteur, tandis que d'autres rechercheront la responsabilité d'une personne publique pour mauvaise utilisation du produit. Dans cette hypothèse, conformément au droit commun, l'un des deux juges peut surseoir à statuer dans l'attente de la décision de l'autre ordre de juridiction à intervenir ; en tout état de cause, [...] les règles de droit commun font obstacle à ce que la victime puisse bénéficier d'une double indemnisation.

⁸ *En cas de litige entre deux parties dont l'une seulement est commerçante, le juge compétent peut néanmoins être le tribunal de commerce, si la partie non commerçante est demanderesse et qu'elle choisit d'agir contre le défendeur devant le tribunal de commerce (Cour de cassation, chambre commerciale, 20 juillet 1965, publié au bulletin)*

A. UNE PROCÉDURE JURIDICTIONNELLE EN DEUX PHASES

1. Le jugement sur la responsabilité (phase 1)

La section 2 du nouveau chapitre III comporte les articles L. 1143-3, L. 1143-4 et L. 1143-5.

• L'article L. 1143-3 prévoit en quelque sorte la manière dont le juge circonscrit l'action de groupe, en répondant dans une décision unique à trois questions.

Première question : *l'action de groupe est-elle recevable ?* Pour répondre positivement, le juge doit constater que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies : qualité pour agir de l'association, objet de l'action en justice (la réparation de préjudices résultant de dommages corporels causés par un produit de santé), existence d'une cause commune (cf. *supra*).

Deuxième question : *le défendeur est-il responsable ?* Le texte prévoit que le juge statue sur cette responsabilité « *au vu des cas individuels présentés par l'association requérante* », formule reprise de la loi relative à la consommation. Les règles du droit de la responsabilité ne sont pas modifiées sur le fond, pas davantage qu'elles ne le furent en matière de consommation.

Troisième question : *qui peut rejoindre l'action ?* Il incombe au juge de définir le groupe des usagers à l'égard desquels la responsabilité peut être engagée, en fixant ainsi les critères de rattachement au groupe. Cette définition implique de déterminer les dommages corporels susceptibles d'être réparés, ce qui nécessite bien logiquement des mesures d'expertise médicale, que le texte permet au juge d'ordonner, comme du reste toute mesure d'instruction.

Le texte ne précise pas les modalités d'organisation des expertises médicales, sans nul doute indispensables à l'office du juge. Le Gouvernement a indiqué à la rapporteure que ces modalités relèvent des pouvoirs d'instruction de droit commun du juge administratif et du juge civil, définis par voie réglementaire. (articles R. 621-1 et R. 621-1-1 du code de justice administrative, d'une part, et articles 143 à 154 du code de procédure civile, d'autre part).

• Afin que les **usagers susceptibles de rejoindre l'action de groupe soient informés de son existence**, l'article L. 1143-4 prévoit que le juge, dans la même décision, ordonne les mesures de publicité adaptées, à la charge de la **personne reconnue responsable**.

La mise en œuvre de ces mesures ne saurait cependant intervenir avant que le jugement de phase 1 soit devenu définitif, c'est-à-dire une fois purgés les recours ordinaires et le pourvoi en cassation. Ce délai permet d'éviter qu'il soit porté atteinte à l'image d'un défendeur qui, à l'issue des recours intentés contre le jugement, pourrait finalement ne pas être reconnu responsable. On notera au surplus que rien n'empêche l'association de communiquer sur l'introduction d'une action de groupe, avant que les mesures de publicité ne soient mises en œuvre par la personne définitivement reconnue comme responsable.

• L'article L. 1143-5 prévoit, du point de vue de l'utilisateur, les **modalités et les conséquences du rattachement à l'action de groupe**.

Il charge **tout d'abord** le **juge** de fixer, toujours dans la même décision, **le délai d'adhésion au groupe pour les usagers souhaitant se prévaloir du jugement de première phase**. Sur le modèle de l'action de groupe en matière de consommation, c'est en effet le système d'*opt in* qui a été retenu : les usagers souhaitant rejoindre l'action de groupe doivent en manifester expressément la volonté. Le juge peut fixer le délai entre six mois et cinq ans suivant « *l'achèvement* » des mesures de publicité qu'il ordonne dans le même jugement. Le délai minimal correspond au délai maximal prévu en matière de consommation, ce que l'étude d'impact justifie logiquement par la volonté « *de faciliter l'accès à la procédure dans les cas où les dommages corporels provoqués par le manquement sont d'apparition lente* ».

À la différence de ce que prévoit le code de la consommation, ***l'opt in* n'a pas pour effet automatique de donner mandat à l'association pour que celle-ci obtienne réparation au nom de l'utilisateur**. Cette possibilité est ouverte, mais au choix de l'utilisateur, qui peut également décider d'adresser directement sa demande au responsable, et de conserver ainsi le bénéfice du secret médical. S'il décide au contraire de donner mandat à l'association, il lève de son propre chef ledit secret. En tout état de cause, **si l'utilisateur donne mandat à l'association, cela n'entraîne pas adhésion automatique**.

Puisqu'une partie au moins des conséquences financières résultant d'un dommage causé par un produit de santé est prise en charge par des tiers, essentiellement les organismes de sécurité sociale, il est logique que ces tiers soient informés de l'existence d'une action de groupe, qui peut aboutir à l'indemnisation d'utilisateurs pour le compte desquels ils ont engagé des dépenses (cf. *infra*). Le texte prévoit donc que l'utilisateur donnant mandat à l'association indique à celle-ci sa qualité d'assuré social, les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié, ainsi que les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs. Le Gouvernement a indiqué à la rapporteure que les tiers payeurs en question sont les employeurs, l'État au titre des prestations sociales qu'il verse à ses salariés, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. L'association doit informer les organismes de sécurité sociale et les autres tiers du mandat qu'elle a reçu.

• Si la procédure de cette phase 1 est globalement assez proche de celle prévue en matière de consommation, on **remarque une différence notable, à savoir l'absence de provision *ad litem* (« en vue du procès »)**.

L'article L. 423-8 du code de la consommation prévoit en effet que lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens, exposés par l'association, en particulier ceux afférents au recrutement de personnes chargées de l'assister dans les tâches relatives à l'indemnisation (cf. *infra*). Cette disposition permet d'éviter qu'une association renonce, faute d'une trésorerie suffisante, à engager une action de groupe – par construction justifiée en l'espèce puisque le juge a désigné un responsable.

On rappellera que dans une procédure juridictionnelle, les dépens sont en principe mis à la charge de la partie perdante ; ils comprennent une liste variable de frais selon le code concerné (article 695 du code de procédure civile ou article R. 761-1 du code de justice administrative). En tout état de cause, certains frais, dits « irrépétibles », ne sont pas compris dans les dépens ; il s'agit pour l'essentiel des honoraires d'avocat. L'article 700 du code de procédure civile et l'article L. 761-1 du code de justice administrative prévoient que le juge condamne la partie tenue aux dépens au paiement d'une somme au titre des frais irrépétibles.

Cet article ne prévoit pas de mesure similaire à celle du code de la consommation.

2. La réparation individuelle des préjudices (phase 2)

La section 4 du nouveau chapitre III comporte les articles L. 1143-12 à L. 1143-16.

● L'article L. 1143-12 oblige la ou les personnes responsables à indemniser les usagers rattachés à l'action de groupe, que la demande d'indemnisation soit formulée directement ou par le truchement de l'association.

Le responsable doit procéder à l'indemnisation « des préjudices subis ». Le Gouvernement a indiqué à la rapporteure que peuvent ainsi être indemnisés, en plus de dépenses de santé, les préjudices patrimoniaux (par exemple la perte de revenus) ainsi que les préjudices personnels (par exemple le préjudice moral ou le préjudice esthétique). L'indemnisation de l'ensemble de ces préjudices se fonde sur la nomenclature dite « Dintilhac »⁹.

L'indemnisation de ces préjudices doit être individuelle, comme du reste en matière de consommation, en principe. Mais en l'espèce, l'individualisation de l'indemnisation revêt une dimension particulière, car les dommages corporels et les préjudices qui en résultent sont par construction différents d'un usager à l'autre. Ainsi, à la différence de la procédure prévue en matière de consommation, le jugement de phase 1 ne définit pas de schéma général d'indemnisation, que les responsables auraient vocation à respecter (cf. *supra*).

Le texte de l'article L. 1143-12 ne prévoit cependant aucune disposition relative aux modalités d'évaluation de l'indemnisation individuelle des préjudices.

● Cela s'explique sans doute par le fait que l'article L. 1143-13 prévoit que les usagers dont la demande n'a pas été satisfaite par le responsable peuvent demander au juge compétent la réparation de leur préjudice, dans le cadre fixé par le jugement de phase 1. Il convient en effet de prévoir les cas dans lesquels, en dépit du jugement de phase 1, le responsable refuse d'indemniser un usager ayant rejoint l'action de groupe – par exemple parce qu'il conteste le lien de causalité entre le manquement et le dommage –, ou bien l'usager estime insuffisante l'indemnisation qui lui est proposée.

Le texte ne désigne pas précisément le juge compétent. L'étude d'impact indique simplement que « le juge saisi de la demande en réparation n'est pas le juge qui a prononcé le jugement sur la responsabilité, qui statuerait sur toutes les demandes par un unique jugement, mais le juge de droit commun, qui statue séparément sur chacune ». La procédure diffère donc sur ce point de celle prévue en matière de consommation, l'article L. 423-12 du code de la consommation disposant que le juge « statue dans un même jugement sur toutes les demandes d'indemnisation auxquelles le professionnel n'a pas fait droit ». Outre la nécessité mécanique d'individualiser l'indemnisation, l'absence de jugement unique permet aux usagers ayant rejoint l'action de groupe d'obtenir indemnisation avant expiration du délai d'adhésion au groupe, fixé par le jugement de phase 1.

Si rien n'est explicitement prévu dans le texte, le Gouvernement a confirmé à la rapporteure que dans le cadre du jugement de phase 2, le juge peut ordonner des expertises individuelles, « notamment sur la question du lien de causalité entre le manquement constaté et l'état des victimes ainsi que sur l'évaluation de ses [sic] préjudices ». Les expertises peuvent être demandées, comme en phase 1, en application des pouvoirs d'instruction de droit commun du juge (cf. *supra*).

Ces expertises doivent permettre de vérifier que sont bien respectées les règles de droit commun en matière de responsabilité, qui, on le rappelle, ne sont pas modifiées par cet article : lien de causalité direct et certain entre le préjudice et le manquement constaté, caractère réel et certain du préjudice indemnisable.

● L'article L. 1143-14 précise que le mandat éventuellement donné par un usager à l'association, afin d'obtenir indemnisation des préjudices, vaut également aux fins de représentation pour l'action en justice de phase 2, ainsi que pour l'exécution forcée du jugement.

● L'article L. 1143-15 prévoit qu'avec l'autorisation du juge, l'association peut s'adjoindre, pour l'assister dans ses missions, « toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée ». Il s'agit, comme l'a indiqué le Gouvernement à la rapporteure, de « s'assurer que les personnes concernées, qui seront amenées à manier des fonds importants, soient soumises au respect de règles déontologiques (notamment l'absence de conflits d'intérêts) et qu'elles disposent d'une assurance de responsabilité civile ».

L'article L. 423-9 du code de la consommation prévoit des dispositions identiques, en application desquelles les avocats et les huissiers de justice ont été désignés par décret¹⁰. Selon toute vraisemblance, le décret pris en application du présent article devrait faire de même.

● L'article L. 1143-16 prévoit que l'indemnisation des usagers, qu'elle qu'en soit la source (règlement amiable, jugement de phase 2 ou convention de médiation – cf. *infra*) est soumise aux règles de recours contre tiers.

Sans entrer dans le détail de ces dispositions, dont l'exposé excède le champ de ce commentaire, on peut retenir que les caisses de sécurité sociale – et plus généralement les tiers payeurs, tels les assureurs – peuvent intenter un recours (dit subrogatoire) contre une personne reconnue responsable d'un dommage ayant eu pour conséquence la prise en charge de dépenses pour le compte de l'assuré. La caisse ou l'assureur ne sont cependant subrogés dans les droits de l'assuré qu'à hauteur des dépenses, en l'espèce de santé, prises en charge pour son compte. Or, comme on l'a vu précédemment, l'indemnisation résultant de l'action de groupe a vocation à excéder sensiblement les seules dépenses de santé.

Les dispositions relatives à la subrogation visées par l'article L. 1143-16 concernent :

- les caisses d'assurance sociale du régime général et du régime agricole (articles L. 376-1 à L. 376-4 et articles L. 454-1 et L. 454-2 du code de la sécurité sociale) ;
- l'État, les collectivités locales, les établissements publics administratifs et la Caisse des dépôts et consignations, en ce qu'ils peuvent être subrogés aux droits d'un agent décédé, infirme ou malade du fait d'un tiers (ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques) ;

⁹ Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, sous la direction de M. Jean-Pierre Dintilhac, président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, juillet 2005 : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000217/0000.pdf>

¹⁰ Article 1^{er} du décret n° 2014-1081 du 24 septembre 2014 relatif à l'action de groupe en matière de consommation.

– l'ensemble des autres tiers payeurs, notamment les assurances (chapitre II de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation).

Il est nécessaire d'actualiser ces références pour tenir compte des modifications intervenues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, tendant à parachever l'extension, à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, des dispositions applicables dans le régime général en matière de recours contre les tiers responsables de dommages corporels aux assurés¹¹.

B. LE RECOURS POSSIBLE À LA MÉDIATION

La section 3 du nouveau chapitre III, qui comporte les articles L. 1143-6 à L. 1143-11, prévoit une **procédure de médiation**. Son objet est, selon l'étude d'impact, **d'éviter un engorgement de la procédure judiciaire et d'accélérer en conséquence l'indemnisation**.

La médiation est également prévue dans la procédure d'action de groupe en consommation, mais de manière beaucoup plus succincte. Les articles L. 423-15 et L. 423-16 du code de la consommation prévoient en effet :

– que **l'association requérante peut participer à une médiation** afin d'obtenir l'indemnisation des préjudices individuels, dans les conditions du droit commun de la médiation¹² ;

– que le **juge homologue l'accord résultant de la médiation**, après s'être assuré qu'il est conforme aux intérêts de ceux qui ont vocation à en bénéficier, et que les mesures de publicité prévues par l'accord informent les consommateurs de la possibilité d'y adhérer.

Les dispositions de cet article sont beaucoup plus détaillées, ce qui s'explique par les particularités, voire les curiosités, de la procédure prévue.

• L'article L. 1143-6 prévoit que le **juge saisi de l'action de groupe en phase 1 puisse charger un médiateur de proposer aux parties une convention réglant les conditions d'indemnisation amiable des dommages**. Le médiateur a jusqu'à trois mois pour remplir sa mission, mais peut demander une prolongation pour la même durée. Les conditions prévues par cet article se distinguent sur deux points du droit commun de la médiation.

D'une part, la mission peut être confiée au médiateur par le juge à la demande d'une seule des parties, alors que le droit commun de la médiation – applicable à l'action de groupe en matière de consommation – implique l'accord des deux parties¹³. Cela signifie concrètement qu'une partie rétive à la médiation pourrait se la voir imposée par le juge.

D'autre part, le texte prévoit qu'avant de missionner le médiateur, le juge doit non seulement examiner¹⁴ la recevabilité de l'action, mais également « *les chances de succès d'une médiation* ». Cette appréciation préalable du juge, qui n'existe nulle part ailleurs dans les procédures de médiation, est assez peu documentée par l'étude d'impact, qui se contente d'indiquer que « *l'accès à la phase amiable sera d'autant plus accessible [sic] que le juge pourra y mettre fin à tout moment s'il considère qu'elle ne débouchera pas sur un accord* ». Outre le fait que la rédaction retenue ne semble pas permettre au juge de mettre fin à la médiation à tout moment, mais simplement de ne pas la lancer s'il l'estime vouée à l'échec, le pré-examen ainsi prévu ne se justifie que par la dérogation précédemment exposée, à savoir le fait que la médiation puisse être lancée à l'initiative d'une seule partie.

• L'article L. 1143-7 dispose que le **médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé**. Le juge peut en outre décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation, composée dans des conditions déterminées par décret¹⁵. Il s'agit là de deux autres éléments originaux au regard de l'article 21 de la loi de 1985, qui prévoit que le médiateur est soit choisi par les parties, soit désigné par le juge avec leur accord ; ils se justifient par la nécessité d'assurer la plus grande indépendance possible du médiateur.

Les membres de la commission sont tenus au secret professionnel, dont la violation est réprimée par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal (un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende). Le médiateur est tenu au même secret, mais en application de l'article 21-3 de la loi de 1985, qui ne renvoie cependant pas au code pénal.

• L'article L. 1143-8 détaille le contenu de la **convention d'indemnisation amiable**, à savoir « *les conditions auxquelles la ou les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d'un ou plusieurs faits qu'elle identifie, [...] la réparation de leur préjudice causé par ce fait* ».

On relèvera que le champ lexical utilisé n'est pas celui de la faute, puisque sont mentionnées « *les personnes mises en cause* » – et non « *les responsables* » – et « *les faits* » à l'origine du dommage – et non « *les manquements* ». Cela résulte du fait qu'il est explicitement prévu que la convention d'indemnisation peut ne pas déterminer les responsabilités. **Dans sa décision d'autoriser la médiation, le juge lui-même ne détermine pas la responsabilité, mais se contente d'examiner la recevabilité de l'action de groupe et les chances de succès de la médiation**. Cela signifie donc que, *via* la médiation, l'indemnisation peut avoir lieu sans désignation d'un responsable. Cette procédure, en apparence peu intuitive, a pour objet de faciliter l'indemnisation : un producteur pourrait en effet être d'autant plus enclin à procéder à l'indemnisation qu'il n'est pas jugé formellement responsable du dommage, et préserve ainsi son image.

Les personnes mises en cause ne sont d'ailleurs pas nécessairement les responsables : la convention peut en effet prévoir que l'indemnisation soit assurée par une personne distincte du responsable, typiquement son assureur. La personne mise en cause est alors simplement chargée d'assurer la réparation des préjudices des victimes, pour le compte de la personne responsable du dommage ; le texte utilise à cet égard une formule classique quoiqu'absconse (« *pour le compte de qui il*

¹¹ Pour plus de précisions, on se reportera utilement au commentaire de l'article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (devenu article 16 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 par notre collègue Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général, document Assemblée nationale n° 2303, tome I, 16 octobre 2014, pages 106 à 110 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r2303-tl.pdf>

¹² Définies par le chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative.

¹³ Cf. l'article 21 de la loi du 8 février 1995 : « La médiation régie par le présent chapitre s'entend de tout processus structuré, quelle qu'en soit la dénomination, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord en vue de la résolution amiable de leurs différends, avec l'aide d'un tiers, le médiateur, choisi par elles ou désigné, avec leur accord, par le juge saisi du litige. »

¹⁴ Sans toutefois statuer dessus.

¹⁵ L'article L. 1143-11 prévoit qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de la section 3.

appartiendra »). La détermination de la charge finale de la réparation se règle après l'indemnisation des victimes, entre le payeur et le responsable. Cela évite aux victimes d'attendre que cette question soit tranchée pour être indemnisées.

Le texte dresse ensuite une liste, non exhaustive, du contenu de la convention :

- le type de dommages corporels résultant des faits, « *si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent* » ;
- les modalités d'expertise individuelle contradictoire et les conditions de prise en charge de ces expertises par les personnes mises en cause. On notera que ce qui est explicitement prévu ici ne l'est pas dans les phases juridictionnelles, car cela relève alors des pouvoirs d'instruction de droit commun du juge (cf. *supra*) ;
- les conditions de formulation des offres transactionnelles individuelles aux « *personnes intéressées* » – il faut entendre par là les usagers ayant rejoint l'action de groupe et leurs ayants-droit – et aux tiers payeurs (organismes de sécurité sociale, assurances) ;
- le délai dans lequel doivent intervenir les demandes d'indemnisation ;
- « *les modalités de suivi du dispositif* », rédaction dont on peine à comprendre pleinement le sens ;
- les modalités de publicité engagées par les personnes mises en cause pour informer les usagers potentiellement bénéficiaires de l'existence de la convention, de la possibilité subséquente de demander indemnisation sur son fondement, des délais pour ce faire, et des « *modalités* », entendues comme les conditions matérielles dans lesquelles les demandes d'adhésion au groupe devront être formulées.

● L'article L. 1143-9 prévoit que la **convention est proposée aux parties par le médiateur**, éventuellement après délibération de la commission.

Pour entrer en vigueur, elle doit être acceptée par l'association et au moins une partie mise en cause, et être homologuée par le juge. Les parties qui n'acceptent pas la convention ne sont pas tenues par ses stipulations.

Si une victime refuse l'offre faite dans le cadre de la médiation, notamment parce qu'elle estime que ses préjudices ne sont pas entièrement couverts par le projet de convention, elle dispose des voies de recours de droit commun, afin de solliciter réparation de son préjudice. Il est en effet possible de quitter à tout instant l'action de groupe engagée par une association, y compris pendant la phase de médiation.

● En application de l'article L. 1143-10, cette **homologation met fin à l'action entre les parties signataires.**

L'homologation, le choix du médiateur et de son éventuelle assistance par une commission, la fixation de la durée de mission du médiateur et son éventuelle prolongation, et enfin la décision de missionner un médiateur, sont insusceptibles de recours.

C. DISPOSITIONS DIVERSES, DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER ET ENTRÉE EN VIGUEUR

1. Les dispositions diverses de la section 5

Cette section comporte les articles L. 1143-17 à L. 1143-22. Ces dispositions s'inspirent très largement de celles prévues par la loi relative à la consommation. Elles ont notamment pour objet d'assurer la compatibilité de la procédure avec les quelques contraintes constitutionnelles qui s'imposent (cf. encadré).

Action de groupe et contraintes constitutionnelles

La **jurisprudence constitutionnelle est peu abondante sur les recours collectifs**, seules deux décisions¹⁶ ayant abordé ce sujet [...]. On peut cependant déduire de ces deux décisions qu'une **action de groupe**, dérogeant au principe selon lequel « nul ne plaide par procureur », **doit respecter plusieurs conditions pour être conforme à la Constitution.**

En premier lieu, les personnes au nom desquelles l'action collective est conduite doivent conserver la liberté de conduire personnellement la défense de leurs intérêts. [...]

En second lieu, les consommateurs lésés ne doivent être liés par l'action menée qu'à condition d'avoir donné leur assentiment en pleine connaissance de cause et d'avoir été informés de l'action.

Source : M. Sébastien Denaja, précité, pages 41 et 42.

● L'article L. 1143-17 prévoit que l'introduction d'une action de groupe **suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement de phase 1** (ou des faits retenus dans la convention issue de la médiation). Le délai de prescription recommence à courir, pour au moins six mois, à compter de la date à laquelle le jugement de phase 1 est devenu définitif (ou à compter de la date d'homologation de la convention).

Cette **suspension** du délai de prescription des actions individuelles **a pour objet de laisser aux usagers le choix entre la poursuite d'une action individuelle ou le rattachement à une action de groupe.** Ce faisant, elle **contribue à assurer le respect de la liberté de conduire personnellement la défense de ses intérêts.**

● L'article L. 1143-18 prévoit que le **jugement de phase 1 a autorité de la chose jugée à l'égard des usagers rattachés à l'action de groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la phase 2** (soit à l'amiable, soit après jugement). Cela signifie donc, *a contrario*, que l'autorité de la chose jugée n'est pas opposable à ceux dont le préjudice n'aurait pas été réparé, ni *a fortiori* à ceux qui n'auraient pas rejoint l'action de groupe.

● L'article L. 1143-19 **exclut la possibilité d'introduire une nouvelle action de groupe fondée sur les mêmes manquements et faits que ceux ayant déjà fait l'objet d'un jugement de phase 1 ou d'une convention homologuée après médiation.**

On ne saurait mieux justifier l'objet de cette mesure que ne l'a fait notre collègue Sébastien Denaja à propos de la disposition symétrique prévue pour l'action de groupe en consommation : elle « *vise, dans un souci de sécurité et de stabilité juridique, à éviter qu'un [responsable] puisse faire l'objet d'actions de groupe successives (sans exclure cependant des actions de groupe concurrentes, dès lors qu'elles ont toutes été introduites avant qu'une action de groupe identique ait déjà été jugée), ce qui conduirait à une forme de renouvellement infini du procès à son encontre. Cette*

¹⁶ Décisions n° 89-257 DC du 25 juillet 1989, Loi modifiant le code du travail et relative à la prévention du licenciement économique et au droit à la conversion, et n° 2011-126 QPC du 13 mai 2011, Société Système U

précision est nécessaire, car l'autorité de la chose jugée, telle qu'elle est définie par l'article 1351 du code civil, ne serait pas suffisante pour rendre de telles actions de groupe irrecevables en application de l'article 122 du code de procédure civile : il y a bien identité de l'objet et de la cause de la demande, mais pas des parties, à l'exception du défendeur »¹⁷.

Inversement, le fait d'adhérer à une action de groupe ne saurait faire obstacle aux actions individuelles de droit commun, tendant à obtenir réparation de dommages n'entrant pas dans le champ du jugement de phase 1 ou de la convention homologuée.

- L'article 1143-20 permet à une association agréée d'usagers du système de santé de demander au juge, à tout moment, d'être substituée dans les droits de l'association ayant introduit l'action de groupe, si cette première association s'avère défaillante.
- L'article L. 1143-21 prévoit que les actions en justice, en phase 1 comme en phase 2, peuvent être exercées directement contre l'assureur du responsable, en application de l'article L. 124-3 du code des assurances (« *Le tiers lésé dispose d'un droit d'action directe à l'encontre de l'assureur garantissant la responsabilité civile de la personne responsable.* »).
- Enfin, l'article L. 1143-22 répute non écrite toute clause ayant pour objet ou pour effet d'interdire la participation à une action de groupe.

2. Les dispositions relatives à l'outre-mer

La section 6 du chapitre III comporte un unique article L. 1143-23, qui rend l'action de groupe applicable à Wallis-et-Futuna, seule collectivité soumise au principe de spécialité législative et dans laquelle l'État demeure compétent en matière de santé.

3. L'entrée en vigueur

Le III prévoit l'entrée en vigueur de ses dispositions à la date prévue par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 1143-2, censé définir les modalités selon lesquelles l'action de groupe est introduite et régie. En tout état de cause, les dispositions de cet article devront entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

Elles ne sont pas applicables aux manquements ayant cessé avant leur entrée en vigueur. Cette formule, d'une clarté toute relative, signifie par exemple qu'aucune action de groupe ne pourra être introduite pour obtenir réparation des dommages causés par un produit de santé défectueux, mais qui ne serait plus produit, commercialisé, ni prescrit au moment de l'entrée en vigueur du texte.

*

La Commission a adopté six amendements de la rapporteure à l'article 45. Outre la correction d'une erreur de référence il s'agit d'amendements dont la portée est significative.

- L'action de groupe ne sera pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits de santé susceptibles d'entrer dans son champ. Cet amendement a pour objet d'éviter tout conflit d'intérêt, puisque des associations d'usagers peuvent en effet être amenées à fournir à leurs membres des dispositifs médicaux, par exemple. Même si la procédure d'agrément a en principe pour effet d'éviter en amont ce type de conflit d'intérêt, il n'est sans doute pas inutile de le prévoir expressément dans la loi.

- Le jugement de phase 1 pourra mettre à la charge du responsable le paiement à l'association requérante d'une provision *ad litem*, comme cela est prévu dans le cadre de l'action de groupe en consommation (cf. *supra*).

- La médiation ne pourra intervenir qu'à la demande de l'ensemble des parties, et non pas d'une seule, comme prévu par le droit commun de la médiation, et dans le cadre de l'action de groupe en consommation.

Les auditions réalisées en préparation de l'examen du projet de loi ont fait ressortir les craintes unanimes – et légitimes – des associations d'usagers du système de santé, qui voient dans la procédure dérogatoire prévue par le texte d'origine un moyen de rendre la médiation quasi-obligatoire.

Or, le recours à la médiation doit rester pleinement choisi : d'une part, pour en garantir les chances de succès ; d'autre part, car ses conséquences ne sont pas neutres. Ainsi, la convention de médiation peut déterminer les conditions de l'indemnisation sans pour autant désigner de responsable. Or, l'association à l'origine de l'action de groupe peut – encore une fois légitimement – tenir à ce que le responsable soit jugé comme tel par un tribunal ; dans ce cas, il faut éviter de la contraindre à la médiation.

Le fait de remettre la procédure prévue dans le droit commun permet de supprimer deux autres originalités du texte du Gouvernement, à savoir :

- le fait que le juge évalue les chances de succès de la médiation avant de la lancer ;
- le fait que le juge examine, sans pour autant statuer dessus, la recevabilité de l'action.

Cette construction quelque peu baroque était une sorte de compensation au fait que la médiation puisse être demandée par une seule partie ; ce pis-aller n'a donc plus lieu d'être si la demande de médiation est commune.

- Contre l'avis du Gouvernement, la Commission a adopté un amendement de suppression de l'alinéa 62, qui prévoit que les dispositions introduites dans le code de la santé publique par l'article 45 ne sont pas applicables aux manquements ayant cessé avant leur entrée en vigueur.

Les manquements en question sont la production, la fourniture ou l'utilisation de produits de santé produisant des dommages corporels sériels générateurs de préjudices susceptibles d'être réparés par la voie de l'action de groupe. Cela signifie que des dommages nés ou à naître, mais résultant de produits qui ne seraient plus fabriqués, distribués ou prescrits à la date d'entrée en vigueur de l'article 45, ne pourraient pas faire l'objet d'une action de groupe. Cela nuirait à l'efficacité du dispositif, et c'est la raison pour laquelle il convenait de supprimer cette disposition.

¹⁷ Précité, page 64

L'action de groupe entrera donc en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2016, ou à une date antérieure fixée par décret en Conseil d'État. Pourront faire l'objet d'une action de groupe les dommages non couverts par les règles classiques de prescription qui, comme le reste du fond du droit de la responsabilité, ne sont pas modifiées par le projet de loi.

● Enfin, la Commission a demandé que le Gouvernement remette au Parlement un rapport faisant le bilan de l'action de groupe en santé, trente mois au plus tard après son entrée en vigueur (soit le 1^{er} janvier 2019). La rédaction est reprise de la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation. Compte tenu de la spécificité de la procédure en santé, il sera en effet utile de disposer, d'ici quelques années, d'un premier bilan.

*

La Commission examine l'amendement AS450 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je défendrai également les amendements AS839, AS846, AS912, AS929, AS834, AS842, AS844 et AS848.

L'article 45 instaure l'action de groupe dans le domaine de la santé, sur le modèle de ce qui a été adopté dans le cadre de la loi sur la consommation. Cela nous paraît difficilement pertinent et un peu contraire à l'esprit de la loi Kouchner de 2002 qui, depuis douze ans, a prouvé son efficacité. Cette loi a notamment mis en place le dispositif de conciliation devant les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) qui permet un règlement amiable des accidents médicaux et des infections nosocomiales et prévoit la possibilité d'indemniser des dommages qui ne sont pas liés à une faute.

L'expérience a montré que le temps des victimes d'affaires sanitaires n'est pas compatible avec le temps judiciaire, dont – on l'a vu à propos de récentes catastrophes – les délais sont extrêmement longs.

La mise en place d'un système de médiation serait plutôt protectrice pour les victimes, contrairement au mécanisme que vous proposez et pour lequel nous n'avons aucun recul puisque la loi relative à la consommation a été votée récemment.

Nous craignons une hyper-judiciarisation des affaires sanitaires qui serait contre-productive. Les États-Unis réfléchissent à une modération de l'action de groupe dans le domaine sanitaire.

Nous demandons donc la suppression de l'article 45. S'il devait être maintenu, nous proposerions la mise en place systématique d'une commission de médiation.

Mme la ministre. M. Door reconnaît d'une certaine manière l'importance de cet article qui vise à instaurer une action de groupe en matière de santé. Il s'agit d'aller au-delà de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Nous franchissons une étape supplémentaire en prenant en compte les spécificités de la réparation des dommages corporels. C'est la raison pour laquelle je n'avais pas souhaité que l'action de groupe en matière de santé figurât dans la loi relative à la consommation. Le débat aura lieu dans l'hémicycle, mais je tenais à souligner ici la portée de cet article, son importance et les changements majeurs qu'il va entraîner pour ceux de nos concitoyens qui seraient concernés par des dommages sériels corporels en matière de santé.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je suis défavorable à la suppression de l'article 45.

Les procédures de conciliation fonctionnent très peu pour les produits de santé. Les CRCI ont rendu une cinquantaine d'avis en 2014, sur un total de 4 800 demandes.

La procédure est suffisamment encadrée pour éviter des dérives, puisque seules les associations agréées d'usagers du système de santé pourront introduire une action de groupe.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission est saisie de l'amendement AS1476 de M. Jean-Pierre Le Roch.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cet amendement vise à permettre à plusieurs associations de porter conjointement une même action de groupe.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Vous souhaitez permettre à plusieurs associations d'introduire une action de groupe conjointe. En réalité, tel qu'il est rédigé, l'article 45 le permet déjà. Je vous demande donc de retirer l'amendement.

L'amendement est retiré.

La Commission rejette ensuite l'amendement AS839 de M. Jean-Pierre Door.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS958 rectifié de Mme Jacqueline Fraysse et l'amendement AS1164 rectifié de Mme Michèle Delaunay.

Mme Jacqueline Fraysse. Je défendrai également les amendements AS1536, AS1537, AS1538 et AS1539 qui ont le même objet.

Je me félicite de cette très importante disposition qui concerne l'intérêt des patients. S'il faut en effet veiller à ne pas judiciariser à l'excès, il est nécessaire que les citoyens puissent obtenir réparation pour un préjudice qui les touche dans leur chair.

Nous avons noté que les actions de groupe sont réservées aux seules associations agréées d'usagers du système de santé et qu'elles ne visent que les dommages subis par les usagers du fait de produits de santé défectueux. Il nous semble cependant que nous devrions étendre le champ des possibilités d'action de groupe aux défaillances répétitives du système de santé – je pense au non-accès aux soins de certaines catégories de malades –, aux dommages sanitaires d'origine environnementale et aux préjudices sanitaires subis dans le cadre du travail – tels ceux liés à l'amiante. Cela aurait pour conséquence d'élargir les possibilités de saisine à toute personne ayant intérêt à agir dans ces domaines. Ma démarche est donc radicalement opposée à celle de M. Door, ce qui promet de beaux débats en séance publique !

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. En circonscrivant le champ des produits concernés, nous avons trouvé, je crois, un bon équilibre entre ces deux positions.

Madame Fraysse, je suis défavorable à votre amendement, même si j'en comprends l'intérêt. Les deux premières causes de dommages que vous donnez n'ont pas une définition juridique précise. Par ailleurs, comment justifier une action de groupe sans manquement ? On vient de voir des îles dévastées par un cyclone. En la matière, d'où viendrait le manquement ? Je prends à dessein un exemple extrême pour bien montrer où se situe le problème en ce qui concerne la rédaction de votre amendement.

M. Jean-Louis Touraine, président. L'amendement AS1164 rectifié vise à étendre aux victimes d'un préjudice individuel provenant de la consommation de substances psychoactives à caractère addictif la possibilité de porter une action de groupe.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable. Il s'agit là encore d'élargir le champ de l'action de groupe. Même si le producteur ou le fournisseur de ce type de substance n'a commis aucun manquement, il pourrait voir sa responsabilité engagée. Peut-on être responsable des dommages causés par la consommation d'un produit que l'on commercialise par ailleurs légalement ?

La Commission **rejette** les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS753 de la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il s'agit d'un amendement d'appel. L'action de groupe n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits que nous venons de mentionner.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **rejette** successivement l'amendement AS1536 de Mme Jacqueline Fraysse et l'amendement AS846 de M. Jean-Pierre Door.

La Commission examine ensuite l'amendement AS746 de la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. « Lorsqu'il statue sur sa responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association. » Cet amendement permet de compléter les dispositions de l'action de groupe.

La Commission **adopte** l'amendement.

La Commission est saisie de l'amendement AS742 de la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Nous proposons que la médiation ait lieu à l'initiative des deux parties, et non plus d'une seule.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **rejette** l'amendement AS912 de M. Jean-Pierre Door.

Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS754 de la rapporteure.

Elle **rejette** successivement les amendements AS929 de M. Jean-Pierre Door, AS1537 et AS1538 de Mme Jacqueline Fraysse, AS834 de M. Jean-Pierre Door, AS1539 de Mme Jacqueline Fraysse et AS842 de M. Jean-Pierre Door.

Puis elle examine l'amendement AS755 de la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Cet amendement vise à **supprimer l'alinéa 62**, qui prévoit que les dispositions introduites dans le code de la santé publique par l'article 45 ne sont pas applicables aux manquements ayant cessé avant leur entrée en vigueur. Les manquements en question sont la production, la fourniture ou l'utilisation de produits de santé produisant des dommages corporels sériels générateurs de préjudices susceptibles d'être réparés par la voie de l'action de groupe. **Le maintien de l'alinéa 62 supposerait que des dommages nés ou à naître, mais résultant de produits qui ne seraient plus fabriqués, distribués ou prescrits à la date d'entrée en vigueur de l'article 45, ne pourraient pas faire l'objet d'une action de groupe.**

Mme la ministre. Cet amendement vise à permettre à l'action de groupe de viser tous les dommages susceptibles d'avoir été causés par des produits de santé avant l'entrée en vigueur de la loi en discussion, la fameuse « clause de grand-père ». Le Gouvernement émet un avis défavorable à cet amendement. On ne peut évidemment pas ignorer les incidences qu'une telle action de groupe peut avoir sur les conditions dans lesquelles les responsables potentiels sont couverts par leurs assurances. Ce sont tous des acteurs du système de santé. Le marché de l'assurance est étroit et une hausse incontrôlée des primes pourrait avoir un effet pénalisant pour l'ensemble des usagers du système de santé. **Il est donc souhaitable que l'action de groupe ne porte pas sur des manquements qui appartiendraient entièrement au passé, car l'équilibre des contrats portant sur des périodes d'assurances déjà échues pourrait s'en trouver affecté.**

Je signale que **ne sont exclus du champ de l'action de groupe que les manquements qui ont cessé à la date d'entrée en vigueur de la loi.** Si un produit de santé défectueux continue d'être mis sur le marché à cette date, les dommages causés par ce défaut pourront être réparés par le biais d'une action de groupe, même si l'utilisation du produit était antérieure, sous la seule limite des règles de prescription.

Par ailleurs, les manquements ayant cessé avant l'entrée en vigueur de la loi en discussion auront déjà pu faire l'objet d'actions individuelles ou collectives et les dommages liés à ces manquements, mais constatés après son entrée en vigueur pourront faire l'objet de telles actions. Les victimes ne sont ainsi pas privées d'action.

Des discussions ont eu lieu avec les acteurs de ce système pour élaborer l'article sur les actions de groupe, et un équilibre a été trouvé. **Seuls les préjudices appartenant totalement au passé sont écartés de la réparation proposée.** C'est une restriction dont je ne nie pas la portée, mais qui permettra à des personnes qui ont commencé à utiliser des produits avant l'entrée en vigueur de la loi, mais qui continuent à subir des dommages, d'engager des actions collectives.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS756 de la rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Trente mois au plus tard après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement devrait remettre au Parlement un **rapport** évaluant la mise en œuvre de la procédure d'action de groupe.

La Commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 45 **modifié**.

c. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° AS753, Mme GEOFFROY, rapporteure

Compléter l'alinéa 7 par la phrase suivante :

« L'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet d'éviter tout conflit d'intérêt dans le cadre d'une action de groupe en santé, en précisant les critères ouvrant aux associations d'usagers du système de santé la qualité pour agir.

Il s'agit d'exclure les associations ayant pour activité annexe la commercialisation - même à des fins non lucratives - de l'un des produits de santé entrant dans le champ de l'action de groupe.

Des associations d'usagers peuvent en effet être amenées à fournir à leurs membres des dispositifs médicaux, par exemple.

Même si la procédure d'agrément a en principe pour effet d'éviter en amont ce type de conflit d'intérêt, il n'est pas inutile de le prévoir expressément dans la loi.

- Amendement n° AS746, Mme GEOFFROY, rapporteure

Après l'alinéa 20, insérer l'alinéa suivant :

« Art. L. 1143-5-1. - Lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association, y compris ceux afférents à la mise en œuvre de l'article L. 1143-15.

« Il peut ordonner, lorsqu'il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d'une partie des sommes dues par le défendeur. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de corriger ce qui semble être un oubli, en alignant l'action de groupe en santé sur l'action de groupe en consommation, s'agissant de la provision dite *ad litem* ("en vue du procès").

Dans le cadre de l'action de groupe en consommation, il est prévu que le jugement de phase 1, qui porte sur la responsabilité du professionnel incriminé, puisse condamner celui-ci, s'il est jugé responsable, à verser à l'association requérante une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens.

Ces frais, également appelés irrépétibles, correspondent essentiellement aux honoraires des conseils. En règle générale, à l'issue d'une procédure, la partie perdante est condamnée aux dépens (frais de traduction, de rémunération des techniciens, etc.) et à une somme au titre des frais irrépétibles. Mais il est possible d'anticiper le versement de cette somme, pour le bon déroulement du procès; l'article 771 du code de procédure civile permet ainsi au juge de la mise en l'état d'allouer une provision pour le procès.

Dans le cadre d'une action de groupe, il est logique de prévoir une provision spécifique, et de permettre au juge de la responsabilité de la mettre à la charge du défendeur. En effet, le jugement de responsabilité n'est que la première phase de la procédure, puisque l'association doit ensuite obtenir l'indemnisation individuelle des préjudices subis par les personnes ayant rejoint l'action (phase 2).

Ce qui est vrai en matière de consommation l'est encore plus en matière de santé, puisque l'individualisation de l'indemnisation est très poussée, les dommages corporels produisant des effets différents d'une victime à l'autre.

Or, curieusement, la provision *ad litem* prévue par l'article L. 423-8 du code de la consommation n'est pas prévue par l'article 45 du projet de loi.

Il est donc nécessaire de remédier à cette asymétrie, de nature à entraver les actions de groupe; en effet, les associations n'ont pas nécessairement la trésorerie suffisante pour engager les frais indispensables à l'obtention de l'indemnisation individuelle des préjudices, une fois prononcé le jugement sur la responsabilité.

La provision doit notamment servir à la rémunération des membres des professions judiciaires que l'association est en droit de s'adjoindre pour les besoins de la phase 2.

- Amendement n° AS 742, Mme GEOFFROY et Mme DUMAS

À l'alinéa 23 substituer aux mots :

« d'une des parties, le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1, après avoir examiné la recevabilité de l'action et les chances de succès d'une médiation, »

les mots :

« des parties, le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de ramener la procédure de médiation prévue par l'article 45 dans le droit commun.

L'article 21 de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 définit la médiation comme « *tout processus structuré, quelle qu'en soit la dénomination, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord en vue de la résolution amiable de leurs différends, avec l'aide d'un tiers, le médiateur, choisi par elles ou désigné, avec leur accord, par le juge saisi du litige* ».

Une médiation ne peut donc en principe avoir lieu qu'à l'initiative commune de l'ensemble des parties.

La procédure de médiation prévue dans le cadre de l'action de groupe en consommation obéit d'ailleurs à ce principe, l'article L. 423-15 du code de la consommation renvoyant expressément à la loi de 1995.

La procédure prévue dans le cadre de l'action de groupe en santé est dérogatoire de ce droit commun, puisque le futur article L. 1143-6 du code de la santé publique prévoit que la médiation peut avoir lieu à l'initiative de l'une des parties seulement.

L'objectif de cette mesure est de faciliter le recours à la médiation, pour une indemnisation plus rapide des victimes.

Mais les auditions réalisées en préparation de l'examen du projet de loi ont fait ressortir les craintes unanimes - et légitimes - des associations d'usagers du système de santé, qui voient dans cette procédure dérogatoire un moyen de rendre la médiation quasi-obligatoire.

Or, le recours à la médiation doit rester pleinement choisi : d'une part, pour en garantir les chances de succès ; d'autre part, car ses conséquences ne sont pas neutres. Ainsi, la convention de médiation peut déterminer les conditions de l'indemnisation sans pour autant désigner de responsable. Or, l'association à l'origine de l'action de groupe peut - encore une fois légitimement - tenir à ce que le responsable soit jugé comme tel par un tribunal ; dans ce cas, il faut éviter de la contraindre à la médiation.

Le fait de remettre la procédure prévue dans le droit commun permet de supprimer deux autres originalités du texte du Gouvernement, à savoir :

- le fait que le juge évalue les chances de succès de la médiation avant de la lancer ;
- le fait que le juge examine, sans pour autant statuer dessus, la recevabilité de l'action.

Cette construction quelque peu baroque était une sorte de compensation du fait que la médiation puisse être demandée par une seule partie ; ce pis-aller n'a donc plus lieu d'être si la demande de médiation est commune.

- Amendement n° AS755, Mme GEOFFROY, rapporteure

Supprimer l'alinéa 62.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement modifie les règles d'entrée en vigueur de l'action de groupe en santé.

L'alinéa 62 prévoit que les dispositions introduites dans le code de la santé publique par l'article 45 ne sont pas applicables aux manquements ayant cessé avant leur entrée en vigueur.

Les manquements en question sont la production, la fourniture ou l'utilisation de produits de santé produisant des dommages corporels sériels générateurs de préjudices susceptibles d'être réparés par la voie de l'action de groupe.

Cela signifie que des dommages nés ou à naître, mais résultant de produits qui ne seraient plus fabriqués, distribués ou prescrits à la date d'entrée en vigueur de l'article 45, ne pourraient pas faire l'objet d'une action de groupe.

Cela nuirait à l'efficacité du dispositif, et c'est la raison pour laquelle il convient de supprimer cette disposition.

L'action de groupe entrerait alors en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2016, ou à une date antérieure fixée par décret en Conseil d'État.

Pourraient faire l'objet d'une action de groupe les dommages non couverts par les règles classiques de prescription qui, comme le reste du fond du droit de la responsabilité, ne sont pas modifiées par le projet de loi.

- Amendement n° AS756, Mme GEOFFROY, rapporteure

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« IV. - Trente mois au plus tard après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de la procédure d'action de groupe et propose les adaptations qu'il juge nécessaires. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport faisant le bilan de l'action de groupe en santé, trente mois au plus tard après son entrée en vigueur (soit le 1^{er} janvier 2019).

La rédaction est reprise de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, qui a instauré en la matière la première procédure d'action de groupe du droit français.

Compte tenu de la spécificité de la procédure en santé, il sera utile de disposer, d'ici quelques années, d'un premier bilan.

d. Compte rendu intégral, deuxième séance du vendredi 10 avril 2015

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article.

La parole est à Mme Dominique Orliac, première inscrite.

Mme Dominique Orliac. L'action de groupe en santé est une grande nouveauté qui traduit la volonté d'indemniser les victimes du système de santé. Depuis quelques années, cela devient une absolue nécessité. Cela permettra de mobiliser les usagers, de réduire les temps d'indemnisation et de garantir aux patients une défense homogène.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. La possibilité d'une action de groupe représente une avancée considérable qu'il faut saluer. Rendons hommage à Mme la ministre d'avoir repris, pour les produits de santé, le dispositif introduit par M. Hamon pour lutter contre les malversations commerciales. Il est certain que les produits de santé – je veux parler des produits destinés à améliorer la santé – ne sont pas les seuls en cause dans le domaine qui nous occupe. Nous ne pouvons priver du recours de la justice toutes les familles, ô combien nombreuses et toujours plus nombreuses, aux prises avec ces substances addictives qui font tomber dans l'addiction des personnes qui ne pourront plus y échapper à temps. Je pense, bien sûr, au chef de file de ces produits qu'est le tabac. Soixante-treize mille familles par an sont confrontées à ces entrées en addiction dont sont victimes beaucoup de jeunes. Nous devons nous solidariser avec elles pour les aider à recourir à la justice et, nous l'espérons, à trouver un secours.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. L'article 45 introduit, dans le domaine de la santé, l'action de groupe sur le modèle de celle qui a été adoptée dans le cadre de la loi sur la consommation. Nous considérons que la transposition de ce mécanisme dans le secteur sanitaire n'est pas pertinente. Les auteurs de l'amendement de suppression de l'article considèrent qu'elle est contraire à l'esprit de la loi du 4 mars 2002 qui a pourtant prouvé son efficacité. Celle-ci a mis en place un dispositif de conciliation et de règlement à l'amiable des accidents médicaux et des infections nosocomiales, qui reconnaît la possibilité d'indemniser des dommages non liés à une faute. L'expérience montre que le temps des victimes d'affaires sanitaires n'est pas compatible avec la lenteur du temps judiciaire et que la mise en place privilégiée d'un système de médiation *via* les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux protège les victimes, contrairement au mécanisme qui nous est proposé, sur lequel nous n'avons aucun recul – l'action de groupe dans le domaine de la consommation a été voté trop récemment – et qui comporte un risque d'hyper-judiciarisation des affaires sanitaires qui peut s'avérer contre-productive pour les patients.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Je suis très favorable aux actions de groupe. J'avais d'ailleurs demandé, au cours de l'examen du projet de loi sur la consommation, que les problèmes de santé y soient intégrés. Pour prendre un exemple : si nous avions les uns et les autres dénoncé le scandale du Mediator, nous avons pu voir que ses victimes avaient été dans l'impossibilité de se regrouper pour se défendre. Cet article représente donc une avancée que j'appelle depuis longtemps.

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

M. Gérard Bapt. Je salue la proposition du Gouvernement de créer, par cet article 45, une procédure d'action de groupe. Il ne s'agit pas seulement, monsieur Robinet, d'une action de groupe proprement dite, puisqu'il y a une première étape de médiation. Cette étape est importante, dans la mesure où, si les associations de victimes le souhaitent, l'action de groupe amènera le laboratoire à composer et à faire des compromis. Je suis donc très étonné que vous vous opposiez à ce mécanisme que soutient par ailleurs votre collègue, M. Debré. Je suis d'autant plus étonné de voir que le premier signataire de l'amendement de suppression est M. Door qui était le rapporteur de la mission d'information sur le Mediator, laquelle avait formulé des propositions, parmi lesquelles l'instauration des actions de groupe. Aujourd'hui, M. Door a changé d'avis. Il était pour les actions de groupe, lorsqu'il était rapporteur de la mission d'information sur le Mediator ; il est maintenant contre les actions de groupe, sans doute parce qu'il est dans l'opposition.

Cela dit, l'action de groupe n'est pas la solution miracle. La création d'un fonds d'indemnisation pour les victimes du Mediator, géré par l'ONIAM, ainsi que la constitution d'un comité d'experts témoignent d'une approche qui relève de l'action de groupe. Les victimes sont souvent isolées et démunies face à la puissance juridique, technique et financière des laboratoires et à leur influence. Grâce à l'action de groupe, les victimes seront soutenues aussi bien matériellement que moralement et elles ne seront pas abandonnées à leur solitude pour affronter les laboratoires dans des procédures souvent très longues. C'est pourquoi il faudra repousser l'amendement de suppression et s'engager sur cette voie qui constitue un progrès considérable.

M. le président. Nous en venons aux amendements.

Je suis saisi d'un amendement de suppression, n° 212. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour le soutenir.

M. Arnaud Robinet. Il est défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Cet amendement propose de supprimer l'article 45, qui risquerait d'entraîner une hyper-judiciarisation du secteur sanitaire. Mais on s'aperçoit que la procédure de conciliation fonctionne très peu quand il s'agit de produits de santé : les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation n'ont rendu qu'une cinquantaine d'avis en 2014 sur un total de 4 800 réclamations. De plus, dans la procédure de conciliation, c'est davantage la responsabilité au titre du processus de soins qui est recherchée qu'au titre du produit de santé. La philosophie de l'article 45 est intéressante en ce sens qu'il s'agit de réparer le dommage causé par un produit, qu'il ait été ou non utilisé au cours d'un processus de soins.

Et la procédure prévue est suffisamment encadrée pour éviter les dérives : je rappelle que seules les associations agréées d'usagers du système de santé pourront tenter une action de groupe. Pour toutes ces raisons, la commission a émis un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable à cet amendement de suppression. Je me réjouis de constater que c'est « à l'insu de son plein gré » que M. Debré avait cosigné cet amendement puisqu'il vient de déclarer qu'il était favorable à l'article 45. (*Sourires sur divers bancs.*) Mme Delaunay et d'autres l'ont dit : cet article constitue une avancée majeure. Aujourd'hui, nos structures ne sont absolument pas adaptées pour prendre en charge des accidents en série imputables à des produits de santé, alors même qu'on parle de milliers de victimes pour l'affaire du Mediator, et de dizaines de milliers de victimes pour les prothèses PIP. Les structures de résolution amiable ne sont évidemment pas équipées pour faire face à de tels afflux de demandes. Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation ne reçoivent environ que 4 000 demandes chaque année. Il faut que les victimes puissent présenter de manière plus rapide, individuellement ou collectivement, des demandes d'indemnisation, sous le contrôle évidemment du juge chargé de veiller à l'équité des bases arrêtées pour procéder aux transactions individuelles.

Faut-il dès maintenant aller au-delà ? Je vais répondre par avance car si j'entends ceux qui disent : « Cela va trop loin. », j'en entends aussi d'autres dire, telle Mme Delaunay, et je sais déjà ce que va avancer M. Roumegas à propos des risques environnementaux pour la santé, : « Il ne faut pas en rester aux produits de santé. » Pour ma part, je ne dis pas qu'il ne faut pas réfléchir à des procédures d'action de groupe dans d'autres domaines, mais l'enjeu, dans le cadre de cette loi de santé, ce sont les produits de santé et les protocoles de soins, d'autant plus qu'aujourd'hui, nous y voyons clair en ces deux domaines et des procédures peuvent être mises en place. Sans préjuger ce qui pourra être mis en place dans le futur concernant d'autres dommages, je demande qu'on en reste là pour le moment.

M. le président. La parole est à Mme Colette Capdevielle.

Mme Colette Capdevielle. Cet amendement de suppression est assez choquant de par la rédaction de son exposé sommaire. Je rappelle que l'action de groupe est devenue en France une nécessité sur le plan procédural. Il y avait un vrai vide juridique, je crois que chacun le reconnaît. Il y va d'une démocratisation de l'accès à la justice, y compris pour de tout petits préjudices. On sait qu'isolés, les justiciables n'agissent pas et que, regroupés, l'ensemble de leurs droits sont défendus collectivement, les préjudices étant indemnisés individuellement en fonction du degré de la faute commise et de la gravité du dommage.

Aujourd'hui, nous avons déjà un peu de recul pour faire un premier bilan de l'action de groupe en matière de consommation, à la fois sur les délais et sur les procédures. C'est la raison pour laquelle je m'insurge contre ce qui est écrit à ce propos dans l'exposé sommaire de l'amendement, cosigné, je crois, par l'intégralité du groupe UMP.

L'action de groupe offre une nouvelle possibilité aux justiciables. Elle ne vient absolument pas en concurrence avec les autres procédures, mais en complément. Comment oser invoquer les délais de procédure pour en ôter la possibilité aux victimes, d'autant plus que les associations permettront d'accélérer la présentation de ces affaires devant le juge judiciaire ? Il est important que celui-ci puisse intervenir.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Le groupe écologiste est bien entendu contre cet amendement de suppression et soutient la ministre sur ce point. Je réponds à nos collègues de l'UMP qu'il n'est pas raisonnable d'arguer que les mesures de conciliation constitueraient une meilleure solution : si les procédures judiciaires traînent, on sait bien que c'est parce que certains y ont tout intérêt. La menace d'une action de groupe permettra au contraire des conciliations plus rapides. Et puis il ne faut pas oublier qu'au-delà de la réparation, il y a aura un effet dissuasif dans les cas où la mauvaise intention est manifeste.

Mais, madame la ministre, on pourrait aller plus loin tout en restant dans le domaine de la santé, car il n'y a pas que les produits de santé et les protocoles de soins, il y a aussi les questions de santé environnementale. Notre groupe a déposé des amendements visant à élargir l'action de groupe au moins sur ce point. De même que nous avons déjà enrichi le texte sur le plan de la santé environnementale, il faut aussi le faire s'agissant de l'action de groupe.

(L'amendement n° 212 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1891.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement vise à permettre à plusieurs associations de porter conjointement et en coordination une même action de groupe afin de pouvoir mieux assurer les liens avec les personnes concernées sur le territoire.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. L'amendement est satisfait, monsieur le député, puisque le singulier employé à la première phrase de l'alinéa 8 n'est pas exclusif du pluriel, le mot « association » étant employé au sens général. Le Gouvernement me l'a confirmé après que la question avait été soulevée lors des auditions.

M. le président. Monsieur Roumegas ?...

M. Jean-Louis Roumegas. Je le retire.

(L'amendement n° 1891 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 175 et 708.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 175.

M. Dominique Tian. L'amendement propose de circonscrire aux seules associations d'usagers agréées au niveau national la possibilité d'engager une action de groupe en matière de santé. Ce point est extrêmement important et ne léserait absolument pas les patients puisqu'il existe une centaine de ces associations. J'ajoute qu'admettre les associations d'usagers agréées de niveau international risquerait incontestablement de provoquer un effet d'aubaine.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 708.

M. Arnaud Robinet. Il est proposé de restreindre la possibilité d'engager une action de groupe en matière de santé aux associations d'usagers agréées au niveau national, privilégiant ainsi l'esprit de la loi relative à la consommation adoptée en 2014. Au vu des associations déjà présentes dans le domaine de la santé et agréées au niveau national, il convient donc d'inscrire la loi de santé en cohérence avec le texte voté précédemment pour des raisons qui tiennent au principe de l'égalité de traitement des entreprises – sinon, différents secteurs pourraient être traités différemment – ainsi qu'à leur sécurité juridique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Cette question a souvent été soulevée au cours des auditions. J'avoue qu'un temps, j'ai moi-même envisagé un amendement semblable pour ne pas multiplier le nombre d'associations susceptibles d'introduire une action de groupe. Mais **deux raisons m'y ont fait renoncer.**

La première, c'est que les **critères qui permettent d'obtenir l'agrément au niveau national sont stricts** – l'association doit avoir au moins trois ans d'existence, compter au minimum 5 000 adhérents répartis dans au moins six régions. **Il ne serait dès lors pas possible de constituer rapidement une nouvelle association agréée, même si un dommage sériel le rendait nécessaire.** J'invite donc le Gouvernement à conduire une réflexion sur les critères d'agrément, lesquels relèvent du niveau réglementaire.

La seconde raison, ce sont les **dommages circonscrits localement.** Il y a un exemple que vous avez tous en mémoire : la douloureuse affaire des sur-irradiés d'Épinal. Elle a montré que, parfois, un dommage sanitaire peut toucher une seule région ou un seul département, ce qui est moins probable en matière de consommation. Il est important qu'une association régionale puisse alors lancer l'action de groupe. À défaut de retrait, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n^{os} 175 et 708 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 1374, 1373 et 1517, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n^o 1374.

Mme Jacqueline Fraysse. Puis-je défendre en même temps l'amendement n^o 1373, monsieur le président ?

M. le président. Bien sûr, ma chère collègue.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 45 ouvre la possibilité d'action de groupe, initiée par des associations agréées d'usagers du système de santé, pour des dommages subis du fait de produits de santé défectueux. Cette possibilité nouvelle est, je tiens à le dire d'emblée, une avancée indiscutable et qui mérite d'être saluée. Il y a longtemps qu'on en parle, et enfin on le fait. Notre regret toutefois, c'est son caractère trop limité puisque la rédaction actuelle exclut de l'action de groupe les victimes d'autres préjudices sanitaires, notamment dans le cadre du travail – alors qu'on sait, je pense par exemple à l'amiante, que c'est tout de même un gros chapitre –, ainsi que les préjudices d'origine environnementale, de plus en plus hélas !, au cœur de nos préoccupations à tous. Cette limitation très stricte des possibilités d'action de groupe est regrettable et réduit du coup considérablement la portée de l'avancée, même si celle-ci reste marquante. Mon amendement n^o 1373 vise à élargir le champ d'application de cette disposition aux **conséquences sanitaires des accidents du travail ou des maladies professionnelles** et mon amendement n^o 1374 aux **préjudices sanitaires d'origine environnementale.**

J'ai entendu la position de Mme la ministre, qui s'apprête donc sans doute à donner un avis défavorable. Mais je le déplore car la santé au travail comme la santé environnementale font vraiment partie de notre quotidien et relèvent bien du domaine de la santé. Elles ont donc leur place dans cette loi de santé. Leur absence constitue une lacune qu'il conviendra, si nous ne le faisons pas dès maintenant, de combler dans les meilleurs délais parce qu'on ne pourra pas tenir longtemps désormais sur cette position.

M. le président. Je peux donc considérer, madame Fraysse, que l'amendement n^o 1373 a été défendu.

La parole est à Mme Colette Capdevielle, pour soutenir l'amendement n^o 1517.

Mme Colette Capdevielle. Cet amendement est de même nature que le précédent. L'action de groupe est un droit nouveau accordé aux justiciables, comme l'a expliqué excellemment Mme Fraysse.

Néanmoins, il convient de rappeler ce principe fondamental du droit qu'est le libre accès de chacun à la justice. C'est pourquoi je propose que la création d'une association *ad hoc* permette à des usagers du service public de santé d'engager une action de groupe en cas de refus des associations habilitées de relayer leur action.

Je précise que cette association devra être habilitée par un juge compétent saisi préalablement. Cela apportera une garantie contre les actions abusives, ou impétueuses, qui pourraient gêner le cours de la justice ou l'encombrer inutilement. Alors allons-y, ouvrons cette possibilité, avec le filtre du juge !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements ?

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. **Madame Fraysse,** vous proposez d'élargir le champ de l'action de groupe aux accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'aux dommages environnementaux. Je pense que, comme vous l'avez vous-même souligné, cet article constitue une avancée déjà importante, puisqu'il autorise l'action de groupe en matière de produits de santé. **La commission a jugé qu'il n'était pas opportun d'étendre ce champ, d'autant que se poserait alors la question, dont elle avait commencé à débattre, de la possibilité d'une action de groupe sans qu'il y ait manquement ou faute ou responsable identifié, ce qui nous ferait entrer dans un nouveau domaine.** Avis défavorable, donc, même si je ne nie pas l'intérêt des questions qui pourraient être soulevées dans un tel cadre.

La commission a également repoussé l'amendement de Mme Capdevielle. Vous avez entendu, chère collègue, mon argumentaire lors des échanges sur l'article : il existe déjà beaucoup d'associations agréées, ce qui, je pense, permettra de couvrir le champ des possibles s'agissant des actions de groupe en matière de produits de santé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis, eu égard à ce que j'ai indiqué précédemment.

(Les amendements n^{os} 1374, 1373 et 1517, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n° 1128.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

(L'amendement n° 1128 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 1422 et 1892, pouvant être soumis à une discussion commune. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour soutenir l'amendement n° 1422.

Mme Michèle Delaunay. Madame la ministre, nous ne pouvons pas vous suivre quand vous voulez exclure des dispositions d'une loi relative à la santé certains produits dommageables à la santé. C'est le cas des maladies comportementales et des maladies du travail, mais aussi bien évidemment des substances psychoactives à caractère addictif que j'évoquais tout à l'heure.

Si nous autorisons l'action de groupe en matière de produits de santé, c'est parce que ceux-ci peuvent être nocifs pour la santé. Or ces substances appartiennent à la même catégorie de produits. Le tabac est tout simplement plus « brillant », puisqu'il tue en quinze jours le même nombre de personnes que le Mediator durant toute sa commercialisation. Le problème est le même, et l'on pourrait croire que ce n'est pas la ministre de la santé, mais le ministre de l'économie ou de l'intérieur qui se préoccupe des méfaits sanitaires du tabac.

Il convient donc d'inclure dans le champ des actions de groupe les substances psychoactives à caractère addictif, dont la liste devra être définie par décret puisque le code de la santé publique ne la mentionne pas. Nous ne pouvons pas laisser les familles des victimes seules face aux drames qu'elles vivent.

Prenons l'exemple du tabac, qui est de loin le plus grand *serial killer* parmi les toxiques.

M. Bernard Debré. Et l'alcool ?

Mme Michèle Delaunay. En second vient l'alcool, j'en suis tout à fait d'accord, monsieur Debré.

Nous ne pouvons laisser les familles, les proches et bien souvent les malades eux-mêmes – car il ne faut pas prendre en compte que la mortalité due au tabac, mais aussi sa morbidité – seuls face aux multinationales du tabac. Le déséquilibre qu'évoquait Gérard Bapt est ici flagrant.

Nous devons donc permettre aux familles d'avoir recours à la justice. Il faut savoir que ces actions de groupe existent déjà. C'est le cas aux États-Unis : le procès « Reynolds », assez récent, a fait date dans l'histoire et entraîné une plus grande prudence de la part des cigarettiers.

Il faut en avoir conscience : la possibilité d'une action de groupe est un des quatre piliers d'un plan de sortie du tabac assumé et progressif, avec l'augmentation des tarifs, le paquet neutre et l'harmonisation de la fiscalité européenne.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1892.

M. Jean-Louis Roumegas. Je soutiens l'amendement de Mme Delaunay. Dans la même logique, le mien porte sur les substances biocides, phytosanitaires ou pesticides qui peuvent être utilisées en dépit de la réglementation, au risque de mettre en danger la population. Là non plus, nous ne comprenons pas que vous ayez une vision aussi restrictive de la santé, madame la ministre. Seuls les produits de santé seraient concernés par l'action de groupe ? C'est comme si l'on soutenait que la santé publique ne touchait qu'aux soins, aux médicaments et à la prise en charge médicale ! Or elle recouvre une réalité bien plus large.

Vous avez accepté de prendre en considération la notion d'« exposome », qui comprend l'ensemble des expositions susceptibles d'altérer la santé. Il serait de ce fait logique d'accepter l'amendement de Mme Delaunay ainsi que le mien, qui autorise l'action de groupe en cas d'atteinte à la santé du fait d'un mauvais usage de substances dangereuses faisant l'objet d'une réglementation. Voilà qui me paraîtrait normal.

De façon plus générale, pourquoi traiter la question des actions de groupe par tronçons ? On a commencé par les produits de consommation, maintenant on ajoute un petit bout de la santé, et ainsi de suite... Il aurait fallu instituer d'emblée une action de groupe générale. Bref, cela n'a pas été fait. Mais découper à ce point-là le champ des actions de groupe me paraît absurde. Tous ces sujets relèvent de la santé, au sens large. Il serait donc logique de permettre des actions de ce type, d'autant qu'elles sont ciblées.

Mme Michèle Delaunay. Très bien !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Vous souhaitez tous les deux étendre, sur des sujets certes différents, mais étendre tout de même le champ de compétence de l'action de groupe.

Monsieur Roumegas, vous accusez le texte de tronçonner le champ de l'action de groupe. Mais, comme vous le savez, les grandes révolutions sont silencieuses !

Mme Michèle Delaunay. Pas celle-là !

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Mieux vaut être efficace et progresser de manière opérationnelle. Votre amendement propose d'élargir ce champ à l'exposition aux produits chimiques, et crée à cette fin un nouveau régime de responsabilité sans faute résultant de la seule exposition à ces produits. Mais comment dans ce cas – c'est une vraie question pratique que je vous pose – désigner un responsable chargé d'indemniser les victimes ? Cela ne signifie pas que votre amendement est sans intérêt, mais il nécessiterait, me semble-t-il, une réflexion plus approfondie. La même question se pose pour les substances psychoactives à caractère addictif comme l'alcool ou le tabac. Qui est le responsable des dommages causés par la consommation d'un produit commercialisé légalement, dans le respect des conditions imposées par la loi ?

Mme Michèle Delaunay. Le fabricant !

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Les arguments que vous avancez, madame la députée, sont intéressants et pertinents, mais le sujet me semble là encore nécessiter un travail plus approfondi, car l'article 45 ainsi amendé ne permettrait pas de répondre à votre préoccupation.

Avis défavorable sur les deux amendements, donc.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Il existe une différence fondamentale entre ce que proposent ces amendements et l'action de groupe prévue par l'article : cette dernière vise des médicaments qui ont été prescrits, et non des produits utilisés par choix. La cigarette est nocive, certes, mais c'est un choix.

Mme Michèle Delaunay. Un choix, quand on a douze ans ?

M. Bernard Debré. Ce qu'il faut faire, c'est enseigner, éduquer sur le sujet. Des restrictions existent déjà, avec le paquet neutre et les informations sur les dangers du tabac. En revanche, l'utilisation du Mediator, pour reprendre cet exemple, ne résultait pas d'un choix du patient : c'était un médicament mis sur le marché par un laboratoire et prescrit par un médecin. Dans ce cas-là, on a raison d'autoriser les actions de groupe. L'alcool et le tabac, c'est un problème tout à fait différent. Je pense que pour l'instant, il vaut mieux en rester là.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumeegas.

M. Jean-Louis Roumeegas. Madame la rapporteure, notre proposition ne porte pas sur un objet vague ou général. Il ne s'agirait pas de n'importe quelle exposition : les produits visés par l'amendement font l'objet de prescriptions très claires ; certains usages sont formellement interdits et des précautions d'emploi sont mentionnées, notamment sur les emballages. Ce qui pourrait faire l'objet d'actions de groupe, ce sont les manquements dans les usages prévus par la réglementation, pas n'importe quelle exposition.

(Les amendements n^{os} 1422 et 1892, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements rédactionnels, n^{os} 1129 et 1130, de Mme Hélène Geoffroy.

(Les amendements n^{os} 1129, 1130, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumeegas, pour soutenir l'amendement n^o 1893.

M. Jean-Louis Roumeegas. Il est défendu, monsieur le président.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n^o 1893 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n^o 1131.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

(L'amendement n^o 1131, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 176.

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à compléter l'alinéa 9 par les mots : « consécutifs à des actes médicaux de prévention, de diagnostic ou de soins ». Il convient en effet d'exclure les produits à finalité cosmétique du champ de l'action de groupe.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n^o 176 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'une série d'amendements rédactionnels ou de précision, n^{os} 1132, 1133, 1134 et 1135, de Mme Hélène Geoffroy.

(Les amendements n^{os} 1132, 1133, 1134, 1135, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 177 et 709, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 177.

M. Dominique Tian. Le présent amendement a pour objet de ramener à deux ans, au lieu de cinq, le délai maximum dont les usagers pourraient disposer pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n^o 709.

M. Arnaud Robinet. Il est défendu, monsieur le président.

(Les amendements n^{os} 177 et 709, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n^o 1136.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Amendement rédactionnel, monsieur le président.

(L'amendement n^o 1136, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Colette Capdevielle, pour soutenir l'amendement n^o 1536.

Mme Colette Capdevielle. Cet amendement est destiné à faciliter le respect de la confidentialité des informations qui figurent au dossier médical de l'utilisateur. Un dossier médical doit effectivement rester confidentiel. Il s'agirait donc d'offrir à l'association la possibilité de mandater un avocat pour que cette confidentialité soit respectée. Ainsi ce principe essentiel de la confidentialité du dossier médical serait-il respecté dans le cadre de l'action de groupe.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable. La commission a repoussé cet amendement parce que le texte comporte déjà une disposition tout aussi efficace. L'utilisateur qui souhaite que soit respecté le secret médical n'est pas obligé de donner mandat à l'association pour obtenir l'indemnisation une fois la phase I passée, c'est-à-dire lorsque la responsabilité a été reconnue par le juge. L'amendement de Mme Capdevielle me paraît donc largement satisfait.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, monsieur le président.

Mme Colette Capdevielle. Je le retire !

(L'amendement n° 1536 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 161 rectifié, 178 et 710.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 161 rectifié.

M. Gilles Lurton. En ce qui me concerne je suis favorable à l'action de groupe en matière de santé, comme je l'avais été pour ce qui est du projet de loi sur la consommation. Ma position est donc constante.

Je ne suis pas favorable, en revanche, à une trop grande judiciarisation des affaires sanitaires. C'est pourquoi j'ai cosigné cet amendement de Damien Abad, dont l'objet est de prévoir une procédure de médiation encadrée avant qu'on n'en vienne à un contentieux. Il s'agit de se donner un délai de trois mois pour réunir les parties et essayer de trouver une solution non judiciaire, d'éviter que les juges aient à trancher un conflit.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 178.

M. Dominique Tian. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 710.

M. Arnaud Robinet. Plutôt que de favoriser la judiciarisation automatique des affaires sanitaires, il convient de privilégier le principe du règlement amiable avant le déclenchement d'une action de groupe, dans l'esprit de la loi relative aux droits des malades que Bernard Kouchner avait fait adopter en 2002. Les scandales sanitaires exigent une indemnisation rapide et équitable des victimes, et les médiations pourraient peut-être mieux y contribuer que des procédures judiciaires souvent très longues. La durée de cette phase de médiation, encadrée bien sûr par le juge, pourrait être limitée à trois mois, toujours dans le souci d'assurer aux victimes une réparation rapide des préjudices. Des actions de groupe seraient ensuite engagées si aucun accord ne pouvait être trouvé entre les différentes parties.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable. Je rappelle que la commission a adopté une position exactement opposée il y a quelques jours en choisissant de laisser aux seules parties le soin de décider de recourir ou non à la médiation.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, monsieur le président.

(Les amendements n°s 161 rectifié, 178 et 710 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 157, 179 et 711.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 157.

M. Gilles Lurton. J'entends bien la réponse que vient de faire Mme la rapporteure, mais si l'accord des deux parties est obligatoire pour que s'engage une procédure de médiation et que l'une d'elles refuse tout le temps, on n'y arrivera jamais, à moins de prévoir une procédure encadrée. C'était l'objet de l'amendement n° 161 rectifié. L'amendement n° 157 tend également à favoriser cette solution amiable.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 179.

M. Dominique Tian. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 711.

M. Arnaud Robinet. Défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n°s 157, 179 et 711 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n° 1137.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. C'est un amendement de cohérence, monsieur le président.

(L'amendement n° 1137, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n° 1678.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. C'est la correction d'un oubli, monsieur le président.

(L'amendement n° 1678, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'une série d'amendements rédactionnels, n°s 1138, 1139, 1140, 1141 et 1142, de Mme Hélène Geoffroy.

(Les amendements n°s 1138, 1139, 1140, 1141 et 1142, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 158 et 407.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 158.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 407.

M. Arnaud Robinet. Défendu, monsieur le président.

(Les amendements identiques n^{os} 158 et 407, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n^{os} 1143, 1144, et 1145, de Mme Hélène Geoffroy.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il s'agit d'un amendement de précision, d'un amendement de cohérence et d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

(Les amendements n^{os} 1143, 1144 et 1145, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 1555 qui fait l'objet d'un sous-amendement n^o 2520. La parole est à Mme Colette Capdevielle, pour soutenir l'amendement.

Mme Colette Capdevielle. Dans le cadre de la procédure d'action de groupe et dans l'hypothèse où l'association de défense des usagers du service public a fait le choix d'être assistée d'un avocat, notamment pour procéder à la réception des demandes d'indemnisation des membres du groupe, et plus généralement dans la mesure où elle représente les usagers, il s'agit de prévoir que les sommes perçues seront déposées sur le compte Carpa de l'avocat et non pas sur le compte de la Caisse des dépôts et consignations.

Cette disposition est déjà offerte par la loi Macron dans le cadre de l'action de groupe en général. Il s'agit de prévoir exactement la même chose pour la présente action de groupe. Je rappelle que les Carpa – caisses autonomes des règlements pécuniaires des avocats – sont destinées à financer la formation professionnelle, bien sûr, mais aussi tous les services rendus aux justiciables.

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir le sous-amendement n^o 2520.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je vous propose tout d'abord, chère collègue, à la première phrase du deuxième alinéa, de substituer aux mots « consommateurs lésés » le mot « usagers », puisqu'il s'agit bien, dans le cas de l'action de groupe instaurée par cet article, des usagers du système de santé, et ensuite d'aligner le droit applicable à cette action sur les dispositions du code de la consommation en prévoyant que les sommes puissent être consignées à la Caisse des dépôts. Je vous propose donc de supprimer la fin de la première phrase du même alinéa, après le mot « consignations ». Je pense que ces modifications respectent l'esprit de votre amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable au sous-amendement et à l'amendement sous-amendé.

(Le sous-amendement n^o 2520 est adopté.)

(L'amendement n^o 1555, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements rédactionnels, n^{os} 1146 et 1147, de Mme Hélène Geoffroy.

(Les amendements n^{os} 1146 et 1147, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 159.

M. Gilles Lurton. Il est défendu, monsieur le président.

(L'amendement n^o 159, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n^o 1148.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Amendement rédactionnel, monsieur le président.

(L'amendement n^o 1148, accepté par le Gouvernement, est adopté et l'amendement n^o 180 tombe.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements rédactionnels, n^{os} 1149 et 1150, de Mme Hélène Geoffroy.

(Les amendements n^{os} 1149 et 1150, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 181 et 1151, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 181.

M. Dominique Tian. Il s'agit de remplacer le mot « victime » par « usager », car c'est bien d'un usager et non d'une victime qu'il s'agit.

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n^o 1151.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Il s'agit de remplacer le mot « victime » par « personne ». Je suis sûre que M. Tian trouve que ma rédaction est bien meilleure ! *(Sourires.)*

M. le président. J'en conclus que vous êtes défavorable à l'amendement n^o 181.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable à l'amendement n^o 181 et favorable à l'amendement n^o 1151.

(L'amendement n^o 181 n'est pas adopté.)

(L'amendement n^o 1151 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Geoffroy, pour soutenir l'amendement n^o 1152.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Amendement rédactionnel, monsieur le président.

(L'amendement n^o 1152, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 182 et 712.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 182.

M. Dominique Tian. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n^o 712.

M. Arnaud Robinet. Il s'agit de fixer au 1^{er} juillet 2017 la date limite d'entrée en vigueur des dispositions relatives aux actions de groupe en matière de santé.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Défavorable. En fixant cette date au 1^{er} juillet 2016, le texte me semble déjà offrir un délai suffisant. Il n'est pas utile de la reporter.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 182 et 712, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n^{os} 409 rectifié, 183 et 713, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 183 et 713 sont identiques.

La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n^o 409 rectifié.

M. Arnaud Robinet. Il faut absolument prévoir des dispositions transitoires afin que les nouvelles mesures n'aient pas d'effet rétroactif, pour des raisons de sécurité juridique des entreprises. Par ailleurs, les assureurs ont fait connaître les difficultés...

Pardon, monsieur Bapt, m'avez-vous parlé ? Oh, pardon, vous êtes au téléphone ! *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

Bref, les assureurs ont fait savoir qu'il serait difficile, voire impossible, d'assurer les producteurs de produits de santé en l'absence de dispositions transitoires. Il convient donc de prévoir que les dispositions prévues par le texte s'appliqueront aux faits générateurs ou aux dommages survenus après l'entrée en vigueur de cette loi.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 183.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n^o 713.

M. Arnaud Robinet. Défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. La commission est défavorable à ces amendements, puisqu'elle a adopté un amendement absolument inverse.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, monsieur le président.

(L'amendement n^o 409 rectifié n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n^{os} 183 et 713 ne sont pas adoptés.)

(L'article 45, amendé, est adopté.)

e. Amendements adoptés en séance publique

- Amendement n^o 1678, Mme GEOFFROY

Au début de l'alinéa 29, insérer les mots :

« Le médiateur et ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Correction d'un oubli.

Il s'agit de soumettre le médiateur aux mêmes règles de confidentialité que celles qui seront applicables aux membres de la commission de médiation, et qui sont elles-mêmes celle auxquelles sont soumis les membres des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation et du collège d'experts « benfluorex ».

Ces règles permettent, si l'instance juridictionnelle reprend, que le juge puisse se voir transmettre l'ensemble des informations utiles, y compris celles qui pourraient être couvertes par le secret médical et qui seraient entre les mains du seul médiateur.

- Amendement n^o 1555, Mme CAPDEVIELLE et a.

Après l'alinéa 46, insérer l'alinéa suivant :

« Toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des consommateurs lésés est immédiatement versée en compte de dépôt à la Caisse des dépôts et consignations, ou sur un compte ouvert par un avocat auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats du barreau dont il dépend. Ce compte ne peut faire l'objet de mouvements en débit que pour le versement des sommes dues aux intéressés. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans le cadre de la procédure de l'action de groupe créée par le projet de loi et dans l'hypothèse où l'association de défense des usagers du service public de santé fait le choix d'être assistée d'un avocat notamment pour procéder à la réception des demandes d'indemnisation des membres du groupe, et plus généralement afin qu'elle représente les usagers lésés en vue de leur indemnisation, les sommes reçues devront être déposées sur le compte CARPA de l'avocat, et non pas sur un compte de la Caisse des dépôts et consignations, conformément à la réglementation applicable à la profession (art. 53.9^o de la loi n^o 71-1130 du 31 décembre 1971 et art. 236 et s. du décret n^o 91-1197 du 27 novembre 1991).

Le projet de loi dit Macron, a complété l'article L. 423-6 du code de la Consommation par la possibilité de consigner les fonds issus de l'action de groupe sur un compte CARPA (article 11 ter du projet de loi).

Le texte examiné instaurant aux articles 45 et suivants l'action de groupe, il est cohérent de prévoir que dans la même hypothèse, les sommes reçues puissent être déposées sur le compte CARPA de l'avocat mandaté.

- Sous-amendement n° 2520 à l'amendement n° 1555 de Mme CAPDEVIELLE

I. – À la première phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots :

« consommateurs lésés »

le mot :

« usagers ».

II. – Après le mot :

« consignations »,

supprimer la fin de la première phrase du même alinéa.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'amendement 1555 propose, en s'inspirant partiellement de ce qui est prévu pour l'action de groupe en consommation, que les sommes versées à l'association pour l'indemnisation des usagers du système de santé soient consignés sur des comptes sécurisés.

C'est une idée bienvenue, mais il convient de corriger cet amendement sur deux points :

un point de forme tout d'abord. Le texte de l'amendement a repris du code de la consommation les termes de "consommateurs lésés", alors que dans l'action de groupe en santé, ce sont des "usagers" qui seront indemnisés. Il faut donc procéder à cette correction rédactionnelle;

un point de fond ensuite. L'amendement prévoit que les sommes puissent être consignées à la Caisse des dépôts, mais également sur le compte CARPA des avocats. Or, le code de la consommation ne prévoit que la première hypothèse. Il n'y a aucune raison de procéder différemment pour l'action de groupe en santé.

- Amendement n° 1148, Mme GEOFFROY

Rédiger ainsi l'alinéa 50 :

« Art. L 1143-16. – Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et le demandeur ou ses ayants-droits, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation du demandeur ou de ses ayants-droit sont soumis aux dispositions, selon le cas, du chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale, du chapitre IV du titre V du livre IV du même code, de l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou du chapitre II et de l'article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Outre quelques corrections rédactionnelles, cet amendement a pour objet d'actualiser les références aux règles de recours contre tiers, complétées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

- Amendement n° 1151, Mme GEOFFROY

À l'alinéa 60, substituer au mot :

« victime »

le mot :

« personne ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Au moment de la signature d'une clause excluant une action de groupe, la personne peut n'être ni victime, ni même usager du système de santé ; il faut donc employer un terme aussi général que possible.

f. Texte n° 505, adopté par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015

Article 45

I. – Le titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III devient le chapitre IV et l'article L. 1143-1 devient l'article L. 1144-1 ;

2° Le chapitre III est ainsi rétabli :

« Chapitre III

« Action de groupe

« Section 1

« Champ d'application de l'action de groupe et qualité pour agir

« Art. L. 1143-1. – Une association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1, ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits, à leurs obligations légales ou contractuelles. L'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits mentionnés au même II.

« L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

« Art. L. 1143-2. – (Supprimé)

« Section 2

« Jugement sur la responsabilité

« Art. L. 1143-3. – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l'association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l'égard desquels la responsabilité d'un producteur, d'un fournisseur ou d'un prestataire est susceptible d'être engagée et fixe les critères de rattachement au groupe.

« Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit.

« Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d'instruction, y compris une expertise médicale.

« Art. L. 1143-4. – Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d'avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

« Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'une fois que la décision mentionnée à l'article L. 1143-3 ne peut plus faire l'objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

« Art. L. 1143-5. – Dans la décision mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1143-3, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé, remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-3, pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à cinq ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées.

« Au choix de l'utilisateur, la demande de réparation est adressée à la personne reconnue responsable soit directement par lui, soit par l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation.

« Le mandat donné à l'association requérante ne vaut ni n'implique adhésion à cette association.

« L'utilisateur donnant mandat à l'association lui indique, le cas échéant, sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L'association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

« Art. L. 1143-5-1 (nouveau). – Lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association, y compris ceux afférents à la mise en œuvre de l'article L. 1143-15.

« Il peut ordonner, lorsqu'il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d'une partie des sommes dues par le défendeur.

« Section 3

« Médiation

« Art. L. 1143-6. – À la demande des parties, le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1 peut donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action.

« Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

« Art. L. 1143-7. – Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1144-1.

« Le médiateur et les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Art. L. 1143-8. – La convention d’indemnisation amiable fixe, qu’elle comporte ou non la détermination des responsabilités, les conditions dans lesquelles les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d’un ou plusieurs faits qu’elle identifie, le cas échéant pour le compte de qui il appartiendra, la réparation de leur préjudice.

« Elle précise notamment :

« 1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;

« 2° Les modalités d’expertise individuelle contradictoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 2° est supportée par les personnes mises en cause ;

« 4° Les conditions de formulation des offres transactionnelles individuelles aux personnes intéressées ainsi qu’aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;

« 5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu’elle prévoit ;

« 6° Les modalités de suivi du dispositif ;

« 7° Les mesures de publicité mises en œuvre par les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l’existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu’elle fixe ainsi que du délai et des modalités applicables.

« Art. L. 1143-9. – La convention d’indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur après, le cas échéant, délibération de la commission de médiation.

« Elle doit être acceptée par l’association requérante et l’une au moins des personnes mises en cause dans l’action engagée en application de l’article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.

« Art. L. 1143-10. – L’homologation met fin à l’action entre les parties signataires de la convention.

« Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6, L. 1143-7 et L. 1143-9 ne sont pas susceptibles de recours.

« Art. L. 1143-11. – (*Supprimé*)

« Section 4

« *Mise en œuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices*

« Art. L. 1143-12. – À la demande des personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l’une ou l’autre forme prévue au deuxième alinéa de l’article L. 1143-5, les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l’article L. 1143-3 procèdent à l’indemnisation individuelle des préjudices subis, du fait du manquement reconnu par ce jugement.

« Toute somme reçue par l’association au titre de l’indemnisation des usagers est immédiatement versée en compte de dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Ce compte ne peut faire l’objet de mouvements en débit que pour le versement des sommes dues aux intéressés.

« Art. L. 1143-13. – Les usagers dont la demande n’a pas été satisfaite en application de l’article L. 1143-12 par les personnes déclarées responsables peuvent demander au juge compétent la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement sur la responsabilité rendu en application des articles L. 1143-3 et L. 1143-5.

« Art. L. 1143-14. – Le mandat aux fins d’indemnisation donné à l’association dans les conditions définies à l’article L. 1143-5 vaut également mandat aux fins de représentation pour l’exercice de l’action en justice mentionnée à l’article L. 1143-13 et, le cas échéant, pour l’exécution forcée du jugement prononcé à l’issue.

« Art. L. 1143-15. – L’association peut s’adjoindre, avec l’autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d’État, pour l’assister.

« Art. L. 1143-16. – Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et le demandeur ou ses ayants droit, y compris en application de la convention mentionnée à l’article L. 1143-9 du présent code, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation du demandeur ou de ses ayants droit sont soumis, selon le cas, au chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale, au chapitre IV du titre V du livre IV du même code, à l’article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, à l’ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l’État et de certaines autres personnes publiques ou au chapitre II et à l’article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l’amélioration de la situation des victimes d’accidents de la circulation et à l’accélération des procédures d’indemnisation.

« Section 5

« *Dispositions diverses*

« Art. L. 1143-17. – L’action mentionnée à l’article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l’article L. 1143-3 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l’article L. 1143-9.

« Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n’est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou de celle de l’homologation de la convention.

« Art. L. 1143-18. – La décision prévue à l’article L. 1143-3 a autorité de la chose jugée à l’égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-12 et L. 1143-13.

« Art. L. 1143-19. – N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits et les mêmes manquements que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-3 ou par une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« Art. L. 1143-20. – Toute association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-14, sa substitution dans les droits de l'association requérante en cas de défaillance de cette dernière.

« Art. L. 1143-21. – Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-13 peuvent être exercées directement contre l'assureur garantissant la responsabilité civile du responsable, en application de l'article L. 124-3 du code des assurances.

« Art. L. 1143-22. – Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d'interdire à une personne de participer à une action de groupe.

« Section 6

« Dispositions relatives à l'outre-mer

« Art. L. 1143-23. – Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis et Futuna. »

II. – Le présent article entre en vigueur à la date fixée par les dispositions réglementaires prises pour son application, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

III (nouveau). – Trente mois au plus tard après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de la procédure d'action de groupe et propose les adaptations qu'il juge nécessaires.

2. Sénat

a. Rapport n° 653, M. MILON et a., au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015

Article 45

(art. L. 1143-1 à L. 1143-23 [nouveaux] du code de la santé publique)

Action de groupe dans le domaine de la santé

Objet : Cet article instaure une procédure d'action de groupe en réparation des préjudices corporels causés par l'utilisation de produits de santé.

I - Le dispositif proposé

Une nouvelle voie de réparation et d'indemnisation ouverte aux usagers du système de santé

Les usagers du système de santé victimes d'un dysfonctionnement de celui-ci ont actuellement à leur disposition **deux voies de recours**, dont les contours et le régime ont été largement précisés par la loi du 4 mars 2002¹⁸ :

- ils peuvent tout d'abord engager une action individuelle dans le cadre du droit commun de la responsabilité délictuelle ou contractuelle - la responsabilité du fait des produits défectueux ayant cependant un régime particulier ;

- ils peuvent également s'inscrire dans l'un des régimes spécifiques de réparation des dommages médicaux au titre de la solidarité nationale, lorsque le préjudice n'est pas lié à un acte engageant la responsabilité d'un acteur de santé. L'indemnisation du préjudice est alors versée par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam). Certains régimes de réparation sont spécifiques à un type particulier de dommage, comme par exemple ceux ouverts aux victimes du benfluorex.

La loi du 4 mars 2002 a notamment mis en place une **procédure de recours amiable** devant les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI). Cette procédure de conciliation peut être préalable à une procédure judiciaire ou déboucher sur une indemnisation par l'assureur du professionnel concerné ou par l'Oniam, selon que le préjudice est ou non lié à un acte engageant la responsabilité d'un professionnel de santé.

Ainsi que l'indique l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, la procédure de recours amiable devant les CCI, si elle a constitué une véritable réussite à certains égards, s'est cependant révélée **peu adaptée aux dommages sériels causés par la défectuosité ou le mésusage de produits de santé**.

Il est en effet apparu, au moment de la suspension de la mise sur le marché du Mediator, que les actions relatives aux médicaments étaient très peu portées devant ces instances (en dehors des cas où les médicaments sont mis en cause à l'occasion de soins) : « les défectuosités d'un produit de santé sont très généralement poursuivies devant les tribunaux à

¹⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

l'occasion d'actions introduites contre leurs exploitants ». Il a dès lors été nécessaire de mettre en place, pour l'indemnisation des dommages sériels, des dispositifs *ad hoc*, au coup par coup et sans grande cohérence¹⁹.

Il n'est pas davantage satisfaisant pour les victimes de dommages sériels de multiplier des procédures individuelles, qui sont souvent particulièrement lourdes.

C'est dans le but de remédier à ces insuffisances qu'il est proposé de **mettre en place une action de groupe en matière de santé, conçue, sous réserve des adaptations rendues nécessaires par la nature corporelle des dommages indemnifiés, sur le modèle de l'action de groupe en matière de consommation**²⁰.

Les **grands principes** en sont les suivants :

- la procédure commune pourra être **engagée par une association agréée d'usagers du système de santé, qui jouera un rôle de filtre** ;
- elle **visera à établir la responsabilité d'un produit de santé dans la survenue de dommages sériels de nature exclusivement corporelle** ;
- la **procédure, qui pourra être engagée devant le juge administratif ou devant le juge judiciaire selon la qualité des personnes impliquées, sera articulée en deux phases** : la première permettra d'établir la responsabilité de l'exploitant ou du prestataire, tandis que la seconde visera à l'indemnisation des victimes et à la réparation individuelle des préjudices ;
- la **phase de réparation des préjudices pourra être amiable ou contentieuse**, un médiateur pouvant être désigné à la demande des parties.

Ainsi que le souligne notre collègue André Reichardt dans son rapport pour avis fait au nom de la commission des lois²¹, **l'action de groupe qu'il est proposé d'instituer en matière de santé se distingue de l'action de groupe en matière de consommation sur trois points** : son champ, circonscrit aux dommages corporels ; le type de médiation mis en oeuvre ; les difficultés qui se posent pour l'évaluation du préjudice du fait de la nature corporelle des dommages.

Les dispositions prévues par le présent article

Le présent article introduit ainsi un chapitre III nouvellement rédigé, portant sur l'action de groupe, au sein du titre IV du livre premier de la première partie du code de la santé publique, relatif à la réparation des conséquences des risques sanitaires.

Ce chapitre III se compose de six sections comprenant les articles numérotés de L. 1143-1 à L. 1143-23 (**1° et 2° du paragraphe I**).

La définition de l'action de groupe et la détermination des conditions requises pour l'engagement d'une telle action

La première de ces sections définit le champ d'application de l'action de groupe et la qualité pour agir au travers d'un unique article **L. 1143-1**.

Le champ de l'action de groupe est déterminé selon quatre critères cumulatifs.

- Le premier d'entre eux porte sur la **qualité des victimes** habilitées à engager une action de groupe commune. Aux termes de la rédaction proposée, il doit s'agir d'**usagers du système de santé placés dans une situation identique ou similaire**.

Il est à noter que la notion d'« *usager du système de santé* » ne fait pas l'objet d'une définition spécifique dans le code de la santé publique, ce qui emporte deux conséquences. En premier lieu, le recours à cette notion générale, qui recouvre les victimes ayant affaire à des opérateurs de santé publics comme privés, implique la compétence concurrente des deux ordres de juridiction en matière d'action de groupe, selon les règles de répartition de droit commun. En second lieu, ainsi que le souligne notre collègue André Reichardt dans son rapport précité, l'absence d'harmonisation entre les contours de la notion et celle des produits de santé est susceptible de poser problème dans les cas où ces derniers ne seraient pas exclusivement distribués dans le cadre du système de santé.

Le caractère identique ou similaire de la situation des victimes sera évalué de manière concrète. Pourront ainsi engager une action de groupe des patients auxquels un même médicament aura été prescrit, indépendamment de la posologie et de la durée de prise.

- Le deuxième de ces critères concerne **l'objet de l'action**, qui constitue une **action en responsabilité destinée à obtenir la réparation de préjudices de nature individuelle**. Sont ainsi exclues du champ de l'action de groupe les actions visant à assurer la réparation des préjudices collectifs portés à l'intérêt des usagers du système de santé.

- Le troisième critère porte sur la **cause commune des dommages susceptibles de faire l'objet d'une action de groupe**. Il doit s'agir du **manquement à ses obligations légales et contractuelles de la part d'un professionnel produisant, distribuant ou utilisant un produit de santé**.

La notion de **produit de santé** est définie par référence au II de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, qui confie à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) diverses missions relatives à l'encadrement des « *produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique* », dont une liste non exhaustive est prévue par le même article.

¹⁹ L'indemnisation des victimes de l'hormone de croissance est ainsi opérée au travers d'un dispositif purement amiable mis en place par l'Etat ; les sur-irradiés des centres hospitaliers d'Epinal et de Toulouse bénéficient d'un dispositif conventionnel ; il existe par ailleurs d'autres dispositifs d'indemnisation spécifiques pour les victimes d'une contamination par le VIH du fait d'un produit sanguin ainsi que pour les victimes du benfluorex.

²⁰ Mise en place par la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation

²¹ Avis n° 628 (2014-2015) présenté par M. André Reichardt au nom de la commission des lois, enregistré le 15 juillet 2015

La notion de **manquement** est plus large que celle de faute, ce qui tendrait à indiquer que la rédaction proposée permet de recouvrir les régimes de responsabilité sans faute du droit médical. Pour autant, l'étude d'impact indique que « *les actions fondées sur une responsabilité sans faute ne pourront pas faire l'objet d'une action de groupe* » ; il est précisé que les actions de groupe pourront mettre en cause la défectuosité d'un produit ou son utilisation fautive dans les cas où celui-ci ne serait pas défectueux. Le manquement pourrait donc recouvrir, par exemple, un défaut d'information lorsque certains effets indésirables d'un médicament ne sont pas mentionnés sur sa notice, ou encore une prescription fautive en dehors des indications du produit par un professionnel de santé.

S'agissant enfin du **professionnel** dont la responsabilité peut être recherchée, deux éléments doivent être soulignés. En premier lieu, il peut indifféremment s'agir d'une personne morale ou d'une personne physique, de droit privé comme de droit public : la notion de producteur peut par exemple renvoyer à l'industrie pharmaceutique produisant un médicament ou un dispositif médical ; celle de fournisseur aux pharmacies officinales comme aux pharmacies hospitalières à usage intérieur (PUI), ou encore aux grossistes-répartiteurs ; celle de prestataire à l'établissement de santé utilisant un produit de santé comme au médecin hospitalier ou libéral qui l'administre au patient. En second lieu, la rédaction de l'article L. 1143-12 (qui fait référence aux « *personnes responsables* ») paraît indiquer que l'action de groupe peut être indifféremment intentée contre l'un ou l'autre de ces professionnels et que la responsabilité peut être partagée entre eux.

- Le quatrième critère limite enfin le champ de l'action de groupe **aux seuls préjudices individuels résultant de dommages corporels**. Selon les informations recueillies par vos rapporteurs au cours des auditions, cette rédaction exclut la réparation du préjudice d'anxiété subi par les personnes du fait de l'utilisation d'un produit de santé qui se serait avéré défectueux, mais dont les effets ne se seraient pas encore déclarés au moment de l'action.

Comme en matière de consommation, le choix a été fait de **donner aux seules associations agréées la qualité pour engager une action de groupe**.

En matière de santé, cette qualité est réservée aux associations d'usagers du système de santé ayant obtenu un agrément dans les conditions prévues par l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, ce qui recouvre les associations actives au niveau national comme au niveau régional. Selon les informations transmises à vos rapporteurs, le dispositif proposé permettrait ainsi à plusieurs centaines d'associations (environ 500 entités) d'engager une action de groupe, quand elles ne sont qu'une vingtaine à y être autorisées en matière de consommation. Il est par ailleurs précisé que l'action de groupe n'est pas ouverte aux associations qui auraient pour activité annexe la commercialisation de produits de santé.

Les différentes étapes de la procédure

Les trois sections suivantes délimitent les contours des différentes étapes de la procédure de l'action de groupe : le jugement sur la responsabilité (section 2) ; le cas échéant, le recours à la médiation (section 3) ; enfin, la mise en oeuvre du jugement et la réparation individuelle des préjudices (section 4).

La **première phase de la procédure**, qui doit permettre **d'établir la responsabilité** de l'exploitant, du distributeur ou du prestataire, est régie par les articles L. 1143-3, L. 1143-4, L. 1143-5 et L. 1143-5-1.

- L'article **L. 1143-3** prévoit la **délimitation par le juge de l'action de groupe engagée, dans une décision unique portant sur trois points distincts**. Cette décision doit tout d'abord permettre de vérifier la recevabilité de l'action de groupe au regard des critères énoncés ci-dessus. Elle doit ensuite permettre de statuer sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par les requérants. Elle doit enfin définir les contours du groupe des usagers de santé concernés et fixer les critères de rattachement à ce groupe. À cette fin, le juge doit déterminer les dommages corporels susceptibles de faire l'objet d'une réparation dans le cadre de l'action de groupe engagée, étant précisé qu'il peut avoir recours pour ce faire à toute mesure d'instruction, et notamment à une expertise médicale.

- Les articles **L. 1143-4** et **L. 1143-5** portent sur les modalités de la **constitution du groupe des victimes**.

L'article L. 1143-4 concerne les **mesures de publicité** qui doivent être ordonnées par le juge dès lors que celui-ci a reconnu la responsabilité du défendeur. Il s'agit ainsi d'informer de son existence les usagers susceptibles de rejoindre l'action de groupe, afin que ceux-ci puissent se faire connaître. Ces mesures, qui sont à la charge du défendeur, ne peuvent être mises en oeuvre qu'à compter du moment où le jugement sur la responsabilité n'est plus susceptible de recours.

L'article L. 1143-5 définit les modalités du **rattachement à l'action de groupe** des usagers remplissant les conditions nécessaires. Ce rattachement doit intervenir dans un **délai** fixé par le juge, étant indiqué qu'il ne peut être ni inférieur à six mois ni supérieur à cinq ans à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées. Il est précisé que les demandes de rattachement peuvent alors être adressées au professionnel concerné, selon la préférence de l'utilisateur, soit directement et sans intermédiaire, soit par le truchement de l'association requérante, qui devient ainsi mandataire des victimes - le mandat qui lui est confié n'entraînant pas l'adhésion à cette association des usagers concernés. Cet article définit enfin, d'une part, les modalités de la transmission à l'association par l'utilisateur des informations relatives à son régime et à son statut de sécurité sociale et, d'autre part, une obligation d'information des organismes de sécurité sociale du mandat confié à l'association ; il s'agit ainsi de faciliter, le cas échéant, l'exercice par ces organismes de leur action subrogatoire²².

- L'article **L. 1143-5-1** donne la possibilité au juge de condamner le défendeur au paiement d'une **provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association au cours de la procédure** (également dénommée provision *ad litem*). Les frais auxquels il est fait référence peuvent être, par exemple, ceux engagés pour le recrutement par l'association de personnels chargés de participer aux opérations d'indemnisation. Il s'agit ainsi d'éviter qu'une association renonce à poursuivre une action de groupe faute d'une trésorerie suffisante, alors même que le juge a déjà reconnu la responsabilité du défendeur. Cette possibilité, qui a été introduite par voie d'amendement lors de l'examen du

²² Les frais résultant des dommages médicaux sont en effet souvent pris en charge par les organismes de sécurité sociale, qui sont alors subrogés dans les droits des victimes pour obtenir la réparation des préjudices en cause auprès du professionnel fautif

texte en séance publique à l'Assemblée nationale, permet d'aligner la procédure de cette première phase de l'action de groupe en santé sur celle prévue en matière de consommation²³.

La **procédure de médiation** qui peut être mise en oeuvre au cours d'une action de groupe en santé, dans le but notamment d'éviter un engorgement de la procédure judiciaire et d'accélérer l'indemnisation des victimes, est régie par les articles L. 1143-6 à L. 1143-10. Ainsi que le relève notre collègue André Reichardt dans son rapport précité, c'est un **régime spécifique de médiation** qui est ici mis en place, en dépit du renvoi aux règles générales de la médiation fixées par la loi du 8 février 1995²⁴.

- L'article **L. 1143-6** prévoit en effet que la médiation **intervient à la demande des seules parties** - tandis que la médiation de droit commun est décidée par le juge avec l'accord des parties. Il revient au juge de fixer la durée de la mission confiée au médiateur, dans la limite d'une durée de trois mois renouvelable une fois à la demande du médiateur.

- L'article **L. 1143-7** porte sur les **modalités de la désignation du médiateur par le juge**. Celui-ci fait un choix dans une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé. Il a également la possibilité de décider que le médiateur sera assisté par une commission de médiation, dont les conditions de composition seront prévues par décret. Il est indiqué que le médiateur comme, le cas échéant, les membres de cette commission sont tenus au secret professionnel.

- L'article **L. 1143-8** détaille le **contenu de la convention d'indemnisation amiable** qui peut être proposée aux parties dans le cadre de la médiation. Cette convention, qui ne comporte pas nécessairement la détermination des responsabilités, doit préciser les conditions de la réparation des préjudices des victimes. Cela suppose notamment l'identification des dommages corporels concernés, la façon dont les expertises contradictoires seront conduites et prises en charge, ou encore les conditions de formulation des différentes offres transactionnelles.

- L'article **L. 1143-9** porte sur la **procédure d'homologation de la convention d'indemnisation amiable**. Celle-ci doit d'abord être présentée aux parties par le médiateur, le cas échéant après délibération de la commission de médiation. Elle doit ensuite être acceptée à la fois par l'association requérante et par au moins un des professionnels mis en cause. Elle doit enfin être homologuée par le juge.

- L'article **L. 1143-10** précise que la décision d'homologation, qui met fin à l'action de groupe pour ce qui est des parties signataires de la convention amiable, n'est pas susceptible de recours, de même que les décisions par lesquelles le juge donne mission au médiateur d'intervenir et choisit ce médiateur.

La **deuxième phase de l'action de groupe, qui vise à l'indemnisation des victimes**, est régie par les articles L. 1143-12 à L. 1143-16, qui portent sur « [la] mise en oeuvre du jugement et [la] réparation individuelle des préjudices » (titre de la section 4).

Cette phase d'indemnisation se distingue nettement de celle qui est mise en oeuvre dans le cadre de l'action de groupe en matière de consommation, dans la mesure où l'évaluation des préjudices résultant de dommages corporels comporte nécessairement une forte dimension individuelle. Dans le champ de la consommation, le juge a ainsi la possibilité, dès la première phase de jugement sur la responsabilité, de fixer un schéma général d'indemnisation en déterminant de manière globale les modalités de calcul des dommages et intérêts dus.

- L'article **L. 1143-12** fixe le principe selon lequel les personnes qui ont été déclarées responsables au cours de la première phase de l'action doivent indemniser individuellement les préjudices subis par les usagers rattachés à l'action de groupe, que la demande d'indemnisation soit formulée directement ou par le truchement de l'association. Les sommes versées sont alors placées en compte de dépôt rémunéré auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

- Les articles **L. 1143-13 à L. 1143-15** envisagent **la situation dans laquelle certains usagers n'auraient pas vu leur demande satisfaite dans les conditions prévues par l'article L. 1143-12** - que soient contestés le périmètre du groupe de victimes, l'ampleur du dommage ou encore le montant de l'indemnisation correspondante.

Dans ce cas de figure, **il appartient aux usagers qui se considèrent comme lésés de saisir le juge compétent** afin que celui-ci se prononce sur leur rattachement au groupe des victimes et sur la réparation qui leur est due (article L. 1143-13). Vos rapporteurs soulignent que si le « *juge compétent* » n'est pas précisément désigné par la rédaction proposée, l'étude d'impact indique que « *le juge saisi de la demande en réparation n'est pas le juge qui a prononcé le jugement sur la responsabilité, qui statuerait sur toutes les demandes en réparation, mais le juge de droit commun, qui statue séparément sur chacune* ». La procédure diffère donc sur ce point également de celle prévue en matière de consommation²⁵.

Il est précisé que cette demande peut également être conduite par l'association qui dispose d'un mandat, celle-ci pouvant également intervenir dans le cadre de l'exécution forcée du jugement prononcé (article L. 1143-14). Elle peut pour ce faire s'adjoindre les services d'un membre d'une profession judiciaire réglementée, sous réserve de l'autorisation du juge (article L. 1143-15).

- L'article **L. 1143-16** prévoit que l'indemnisation des usagers, qu'elle résulte d'un règlement amiable, de la mise en oeuvre d'une convention de médiation ou de l'application d'un jugement de deuxième phase, est **soumise aux règles générales du recours contre tiers**²⁶.

Dispositions diverses, dispositions relatives à l'outre-mer et régime de l'entrée en vigueur

²³ Cette possibilité est prévue par l'article L. 423-8 du code de la consommation

²⁴ Loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative.

²⁵ Article L. 423-12 du code de la consommation

²⁶ Selon la définition qu'en donne l'inspection générale des affaires sociales (Igas), le recours contre tiers est l'action d'une caisse de sécurité sociale contre l'auteur (le tiers responsable) d'un dommage corporel subi par un assuré. L'objectif est de récupérer auprès de l'auteur, le plus souvent de son assureur, les dépenses supportées par l'assurance maladie du fait de ce dommage.

La cinquième section, qui porte « *dispositions diverses* », regroupe les articles L. 1143-17 à L. 1143-22 et concerne principalement les **modalités de l'articulation de l'action de groupe avec les différentes actions civiles** ouvertes aux usagers du système de santé.

- L'article **L. 1143-17** prévoit que, comme c'est le cas en matière de consommation, **l'engagement d'une action de groupe ou la conduite d'une médiation dans ce cadre suspend la prescription des actions individuelles** qui pourraient être introduites par des usagers, qu'ils soient ou non rattachés à l'action de groupe. Il s'agit de laisser la possibilité aux usagers de choisir entre l'adhésion à l'action de groupe et la poursuite d'une action individuelle, en leur permettant d'attendre une éventuelle décision d'engagement de la responsabilité du professionnel concerné.

- Les articles L. 1143-17 et L. 1143-18 **limitent les nouvelles actions qui peuvent être introduites au terme d'une action de groupe, ce qui permet de sécuriser la situation juridique des professionnels poursuivis.**

L'article **L. 1143-18** précise que le jugement prononcé dans le cadre de la première phase de l'action de groupe a l'autorité de la chose jugée à l'égard des usagers rattachés à l'action de groupe dont le préjudice a été réparé à l'amiable ou après jugement. Les usagers qui auront été indemnisés dans le cadre de l'action de groupe ne pourront donc pas poursuivre une nouvelle fois le professionnel concerné devant le juge.

L'article **L. 1143-19** prévoit qu'une nouvelle action de groupe ne peut pas être engagée sur le fondement des mêmes faits ou des mêmes manquements qu'une action de groupe préalablement jugée ou ayant déjà fait l'objet d'une médiation homologuée.

Il indique également que le rattachement à une action de groupe n'interdit pas d'engager des actions de droit commun lorsqu'elles portent sur des dommages n'entrant pas dans le champ du jugement de la première phase ou de la convention homologuée.

- L'article **L. 1143-20** porte sur la situation dans laquelle une association ayant engagé une action de groupe ferait défaut. Il est alors permis à toute autre association agréée d'usagers du système de santé de demander au juge, à tout moment, d'être substituée dans les droits de cette dernière.

- L'article **L. 1143-21** prévoit que les actions engagées au cours de la première comme de la deuxième phase de l'action de groupe peuvent être exercées directement à l'encontre de l'assureur du professionnel concerné.

- L'article **L. 1143-22** fixe le principe selon lequel toute clause ayant pour objet ou pour effet d'interdire à une personne de participer à une action de groupe est réputée non écrite.

L'unique article **L. 1143-23** de la section 6, qui porte « dispositions relatives à l'outre-mer », prévoit que les dispositions relatives à l'action de groupe sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.

Le **paragraphe II** indique que **l'entrée en vigueur** des dispositions relatives à l'action de groupe interviendra soit à la date fixée par les mesures réglementaires prises pour son application, soit au 1^{er} juillet 2016, si ces mesures ne sont pas intervenues avant cette date.

Le **paragraphe III** prévoit la **remise par le Gouvernement au Parlement**, dans un délai de trente mois après la promulgation de la présente loi, d'un **rapport évaluant la mise en oeuvre de l'action de groupe** et préconisant les adaptations qui seront jugées nécessaires.

II - La position de la commission

Votre commission a **adopté neuf amendements** à cet article, dont la plupart **entraînent des modifications substantielles du dispositif proposé.**

À l'initiative de ses rapporteurs, elle a tout d'abord adopté un amendement prévoyant que les **indemnités versées aux requérants dans le cadre d'une action de groupe pour laquelle l'association requérante est assistée par un avocat peuvent également transiter, à la demande de l'association, par la caisse des règlements pécuniaires des avocats (Carpa) à laquelle cet avocat est affilié (amendement COM-450).** Cette rédaction reprend celle qui avait été proposée par le Sénat à l'article 11 *ter* du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, à propos de l'action de groupe en matière de consommation.

Elle permet de **garantir la liberté de choix de l'association**, qui peut ainsi décider si les fonds qu'elle recevra dans le cadre d'une action de groupe doivent transiter par la Carpa dont dépend son avocat, ou par la CDC. L'association pourra ainsi arbitrer entre la commodité du recours à la Carpa, qui la dispense d'ouvrir un compte auprès de la CDC, et l'intérêt qui s'attache à la rémunération des sommes en jeu dès lors que les fonds sont déposés auprès de la CDC.

Elle a par ailleurs adopté huit amendements sur proposition de notre collègue André Reichardt, rapporteur pour avis au nom de la commission des lois.

- Le premier d'entre eux vise à **limiter la qualité à agir dans le cadre d'une action de groupe en matière de santé aux seules associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national (amendement COM-56).**

Votre commission a en effet considéré que le choix de réserver la qualité pour agir aux acteurs associatifs s'explique par une double logique, qui vise à augmenter les chances de succès des requérants tout en limitant le risque d'engorgement des tribunaux. Il s'agit, en premier lieu, de leur faire jouer un rôle de filtre des actions susceptibles d'être engagées. Il s'agit, en second lieu, de s'assurer que les acteurs qui portent une action de groupe disposent de l'expérience et des moyens suffisants pour faire face à une procédure souvent longue et complexe. Or, il paraît douteux que les quelques 400 associations d'usagers agréées au niveau régional soient toutes à même de conduire une action de groupe dans de bonnes conditions.

La rédaction ainsi retenue aboutit ainsi à rapprocher le régime de l'action de groupe en matière de santé de celui applicable en matière de consommation. **Une centaine d'associations agréées au niveau national pourraient ainsi engager une action de groupe en matière de santé, contre une vingtaine dans le champ de la consommation.**

- Le deuxième est d'ordre rédactionnel (**amendement COM-57**).

- Le troisième **raccourcit de cinq à trois ans le délai maximum pendant lequel l'adhésion au groupe des victimes est possible (amendement COM-58)**.

La borne supérieure du délai ouvert pour l'adhésion à une action de groupe, qui permet certes de prendre en compte le caractère parfois tardif des dommages qui peuvent se manifester en matière médicale, apparaît particulièrement élevée. Ainsi que le souligne notre collègue André Reichardt dans son rapport pour avis, la rédaction proposée revient en effet à allonger de moitié le délai de prescription pour les actions individuelles qui peuvent être engagées sur le fondement d'un dommage corporel, dans la mesure où la prescription est suspendue pour toutes les victimes potentielles pendant toute la durée d'une action de groupe. Cette nouvelle rédaction vise dès lors à **limiter la durée de la situation d'incertitude à laquelle sont exposés les professionnels susceptibles d'être poursuivis**.

Les droits des victimes ne se trouvent pas lésés pour autant. La durée de trois ans permettra toujours de couvrir une partie des préjudices qui se seront manifestés tardivement - par comparaison, la même durée est fixée à six mois pour l'action de groupe en matière de consommation, pour des préjudices de nature certes différente. En outre, les victimes qui n'auront pas pu se joindre à l'action ne seront pas sans recours, puisqu'elles pourront toujours agir par la voie d'une action individuelle.

- Le quatrième procède à un **alignement du régime de la médiation en matière d'action de groupe sur le droit commun, en permettant également au juge de proposer une médiation, et non pas seulement aux parties comme le prévoit le texte (amendement COM-59)**. Votre commission souhaite en effet favoriser, dans la mesure du possible, le recours à des procédures amiables qui permettent bien souvent une indemnisation plus rapide des victimes.

- Le cinquième **supprime la formalité consistant à soumettre la convention d'indemnisation proposée aux parties par le médiateur à la délibération préalable de la commission de médiation** censée assister le médiateur dans sa tâche (**amendement COM-60**). Cette formalité apparaît en effet de nature à complexifier inutilement la procédure de médiation.

- Le sixième tend à prévoir que **la décision d'homologation de l'accord de médiation est susceptible de recours (amendement COM-61)**. Il s'agit de prendre en compte les situations dans lesquelles un tiers peut avoir intérêt à contester la décision d'homologation du juge.

- Le septième tend à **réserver au juge ayant statué sur la responsabilité dans le cadre de la première phase de l'action de groupe la charge de se prononcer sur la réparation individuelle des préjudices lors de la deuxième phase (amendement COM-62)**. Cette nouvelle rédaction permettra notamment de limiter les risques de divergences d'appréciation d'une juridiction à une autre, ce qui pourrait porter atteinte à l'égalité des justiciables.

- Le huitième prévoit que **pour être interdite, une nouvelle action de groupe devra porter sur les mêmes faits et les mêmes manquements, mais aussi sur la réparation des mêmes préjudices (amendement COM-63)**. Votre commission a en effet considéré que cette rédaction, qui reprend celle applicable en matière de consommation, est plus protectrice des victimes, dans la mesure où elle permet de mieux prendre en compte la situation des victimes dont les préjudices apparaîtraient tardivement.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

b. Amendements adoptés en commission

- Amendement n° COM-56, M. REICHARDT

Alinéa 8

Après le mot:

agrée

insérer les mots:

au niveau national

Alinéa 59

Après le mot:

agrée

insérer les mots:

au niveau national

Objet

En matière de consommation, seules les associations représentatives de consommateurs agréées au niveau national (soit une vingtaine d'association) peuvent engager une action de groupe.

Le présent texte ne retient pas cette solution, puisqu'il confère aussi cette qualité à agir aux associations d'usagers du système de santé agréées au niveau régional. Or, on en compte plus de 400.

Cette extension présente deux inconvénients:

- il limite le rôle de filtre que sont censées jouer les associations requérantes;

- surtout, il augmente le risque que les actions échouent, faute pour les associations requérantes de disposer des moyens nécessaires et de l'expérience suffisante pour faire face aux difficultés procédurales de l'action de groupe en matière de santé (longueur des procédures, difficultés pour apporter la preuve scientifique de l'imputabilité du dommage au produit défectueux, nécessité d'expertises médicales approfondies pour procéder à l'évaluation des préjudices...).

Deux objections sont parfois formulées contre la restriction aux seules associations nationales de cette qualité pour agir: seules les associations ayant plus de trois ans peuvent l'obtenir, ce qui interdirait à une association *ad hoc* de lancer une action de groupe; certains préjudices de santé ont parfois une portée uniquement locale (cas des irradiés d'Epinal).

Ces objections peuvent toutefois être écartées. En effet, d'une part, les conditions d'obtention de l'agrément sont fixées par voie réglementaire, ce qui autorise le Gouvernement à les assouplir si nécessaire; d'autre part, rien n'interdit à une association locale, membre d'une association nationale, d'engager pour elle une action de groupe, en l'associant à la conduite de cette dernière, dans la mesure où elle dispose des relais locaux nécessaires pour rassembler les victimes et faciliter la conduite de la procédure.

Pour toutes ces raisons, le présent amendement vise à **limiter la qualité à agir dans le cadre d'une action de groupe "santé", aux seules associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national.**

- Amendement n° COM-57, M. REICHARDT

Alinéa 13, deuxième phrase

A. Remplacer les mots :

d'un producteur, d'un fournisseur ou d'un prestataire

par les mots:

du défendeur

B. supprimer les mots:

susceptible d'être

Alinéa 30

A. Rédiger ainsi le début de cet alinéa:

"Art. L. 1143-8. - Qu'elle comporte ou non la détermination des responsabilités, la convention d'indemnisation amiable fixe les conditions [... *le reste dans changement*]

B. supprimer les mots:

, le cas échéant pour le compte de qui il appartiendra

Alinéa 35

Rédiger ainsi le début de cet alinéa:

"4° Les conditions dans lesquelles les offres transactionnelles individuelles sont présentées aux personnes [... *le reste dans changement*]

Alinéa 55

Remplacer les mots:

de celle

par les mots:

à compter de la date

Objet

Amendement rédactionnel

- Amendement n° COM-58, M. REICHARDT

Alinéa 18, deuxième phrase

Remplacer le mot:

cinq

par le mot:

trois

Objet

Le présent amendement raccourcit de cinq à trois ans le délai maximum pendant lequel l'adhésion au groupe des victimes est ouvert (en matière de consommation, le délai maximum est de six mois).

Même si l'on peut entendre la justification donnée à cette durée de cinq ans (laisser le temps aux préjudices éventuels de se manifester), il faut tenir compte du fait que la prescription des actions individuelles portant sur les mêmes dommages est suspendue pendant toute la durée de la procédure. Ceci prolonge considérablement, pour l'entreprise, la situation d'incertitude sur le risque auquel elle est exposée.

En outre, les victimes dont le préjudice se sera manifesté tardivement, qui n'auront pas pu se joindre à l'action, ne seront pas sans recours, puisqu'elles pourront toujours agir par la voie d'une action individuelle, cette action étant grandement facilitée par le succès antérieur de l'action de groupe.

- Amendement n° COM-59, M. REICHARDT

Alinéa 26

A. Supprimer les mots:

A la demande des parties,
B. Après le mot:
peut
insérer les mots:
, avec l'accord des parties,

Objet

Le texte impose que la médiation soit demandée par les parties. Ceci est contreproductif, puisque cela interdit au juge, contrairement à ce que prévoit pourtant le droit commun, de proposer aux parties une médiation, sachant, qu'en tout état de cause, celle-ci ne pourra avoir lieu qu'avec leur accord.

Le présent amendement rapproche sur ce point le texte du droit commun, afin de donner toutes ses chances à un règlement amiable du conflit.

- Amendement n° COM-60, M. REICHARDT

Alinéa 39

Après le mot:

médiateur

supprimer le reste de la phrase.

Objet

Le texte soumet la convention d'indemnisation que le médiateur doit proposer aux parties à la délibération préalable de la commission de médiation censée assister le médiateur dans sa tâche.

La portée juridique de cette délibération est incertaine:

- s'agit-il d'un simple avis? En ce cas, elle ne semble pas utile, dans la mesure où le médiateur a vraisemblablement élaboré la convention avec les membres de la commission dont le rôle est de l'assister.

- s'agit-il d'une adoption en bonne et due forme? Dans ce cas, paradoxalement, alors que le texte assigne comme mission à la commission d'indemnisation de seulement assister le médiateur dans sa tâche, il le soumet ensuite à la décision de celle-ci, inversant leur rapport. En outre, cette adoption conforme n'a pas forcément de pertinence dans le cadre d'une médiation où il s'agit seulement de proposer aux parties un accord qu'elles puissent entériner.

Le présent amendement propose donc de supprimer cette formalité procédurale inutile ou contradictoire avec les principes de la médiation.

- Amendement n° COM-61, M. REICHARDT

Alinéa 42

Remplacer les mots:

L. 1143-6, L. 1143-7 et L. 1143-9

par les mots:

L. 1143-6 et L. 1143-7

Objet

Le présent article prévoit que trois décisions rendues par le juge ne sont pas susceptibles de recours:

- celle par laquelle il engage, à la demande des parties, une médiation (art. L. 1143-6 du code de la santé publique);

- celle par laquelle il nomme le médiateur et décide, ou non, qu'il sera assisté d'une commission de médiation (art. L. 1143-7 du même code);

- celle par laquelle il homologue l'accord conclu entre les parties (art. L. 1143-9).

Or, si le fait d'interdire tout recours pour les deux premières ne pose pas de difficulté, il n'en va pas de même pour l'homologation de l'accord de médiation.

En effet, il est nécessaire de préserver la possibilité pour les parties d'attaquer la décision du juge qui leur aurait refusé le bénéfice de cette homologation.

En outre, dans un certain nombre de cas, des tiers peuvent avoir intérêt à contester la décision d'homologation du juge, parce que l'accord des parties porte atteinte à leurs intérêts. Il en va ainsi, notamment, des tiers-payeurs, en principe subrogés aux droits des victimes. Il en va aussi ainsi dans le cas de contentieux engageant des personnes publiques: en effet, ces dernières ne peuvent transiger pour un montant de réparation supérieur à ce à quoi elles sont tenues. Le préfet doit donc pouvoir aussi contester, si nécessaire, la légalité d'une telle transaction homologuée par le juge.

- Amendement n° COM-62, M. REICHARDT

Alinéa 48

A) Remplacer le mot:

compétent

par les mots:

ayant statué sur la responsabilité

B) Supprimer le mot:

responsabilité

Objet

Le texte prévoit que les victimes dont la demande de réparation n'a pas été satisfaite par le professionnel condamné doivent se tourner vers le juge compétent pour traiter de cette demande. En l'absence de précision, ceci renvoie aux règles de compétence de droit commun (notamment, en matière de responsabilité délictuelle, le lieu où le dommage s'est produit ou celui où le préjudice a été subi, ou, en matière de responsabilité contractuelle, celui de l'exécution de la prestation fautive), ce qui signifie que, selon le cas, des juges différents pourraient être appelés à se prononcer.

L'avantage d'une telle dispersion des affaires est sans doute de répartir entre différentes juridictions la charge procédurale que représente un procès en évaluation de préjudices sériel.

Toutefois, cet avantage n'est pas à la mesure du double inconvénient que produit cette dispersion: un risque très élevé de divergences d'appréciation d'une juridiction à une autre, au détriment de l'égalité des justiciables entre eux; un risque aussi élevé que certaines juridictions soient embolisées par un contentieux massif d'indemnisation, parce qu'elles ne disposeraient pas de suffisamment de moyens pour y faire face.

En outre, il peut être tout à fait contreproductif, alors que le juge initialement saisi de l'action de groupe aura mobilisé un panel d'experts pour établir le manquement du professionnel et son imputabilité au dommage subi par les victimes, de ne pas tirer parti de cette première phase d'expertise, pour confier aux mêmes experts le soin, ensuite, d'évaluer, grâce à une méthodologie commune, les préjudices subis.

Enfin, concentrer l'action de groupe sur la même juridiction permet au ministère de la justice de renforcer les moyens de ladite juridiction, afin de les adapter à l'ampleur du contentieux potentiel, ce qui est plus efficace que de prévoir un saupoudrage de ces moyens entre toutes les juridictions qui pourraient être saisies par les victimes lors de la phase d'indemnisation.

Le présent amendement prévoit, par conséquent, de **réserver au juge ayant statué sur la responsabilité la charge de se prononcer sur la réparation individuelle des préjudices.**

- Amendement n° COM-63, M. REICHARDT

Alinéa 57

Remplacer les mots:

et les mêmes manquements

par les mots:

, les mêmes manquements et la réparation des mêmes préjudices

Objet

Le présent article **interdit l'engagement d'une nouvelle action de groupe portant sur les mêmes faits et les mêmes manquements qu'une action précédente.**

Cette rédaction est différente de celle retenue en matière de consommation puisqu'il est prévu que l'action doive dans ce cas porter aussi sur la réparation des mêmes préjudices.

Cette différence de traitement est d'autant plus problématique qu'en matière de santé, il arrive parfois que certains préjudices apparaissent plus tardivement, voire qu'ils sautent une génération. Priver, dans ce cas les intéressés d'un recours par la voie de l'action de groupe, au motif que le dommage provient des mêmes faits et des mêmes manquements, sans prendre en compte la différence de préjudice, n'est alors pas légitime.

Le présent amendement reprend la rédaction applicable en matière de consommation, qui est plus protectrice des victimes.

- Amendement n° COM-450, M. REICHARDT

Alinéa 47, première phrase

Compléter cette phrase par les mots:

ou, si l'association le demande, sur un compte ouvert, par l'avocat auquel elle a fait appel en application de l'article L. 1143-15, auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats du barreau dont il dépend.

Objet

Cet amendement vise à **prévoir que les indemnisations versées aux requérants dans le cadre d'une action de groupe pour laquelle l'association est assistée par un avocat peuvent également transiter, à la demande de l'association, par la caisse des règlements pécuniaires des avocats (Carpa) à laquelle cet avocat est affilié.**

Cette rédaction reprend celle qui avait été proposée par le Sénat à l'article 11 *ter* du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, à propos de l'action de groupe en matière de consommation.

Elle permet de garantir que la liberté de choix de l'association, qui peut ainsi décider si les fonds qu'elle recevra dans le cadre d'une action de groupe doivent transiter par la Carpa dont dépend son avocat, ou par la caisse des dépôts et consignations (CDC).

L'association pourra ainsi arbitrer entre la commodité du recours à la Carpa, qui la dispense d'ouvrir un compte auprès de la CDC, et l'intérêt qui s'attache à la rémunération des sommes en jeu dès lors que les fonds sont déposés auprès de la CDC.

c. Compte rendu des débats, séance du mercredi 30 septembre 2015

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Nous en arrivons à un article important de ce projet de loi, à savoir l'article 45, relatif à l'action de groupe.

Les victimes d'une défaillance du système de santé ont actuellement deux voies de recours à leur disposition : elles peuvent soit engager une action individuelle, soit s'inscrire dans l'un des régimes spécifiques de réparation des dommages médicaux au titre de la solidarité nationale, suivant une procédure de recours amiable.

Or ces voies d'action se sont révélées peu adaptées à la réparation des dommages sériels causés par la défectuosité ou le mésusage des produits de santé, comme cela a pu être le cas dans l'affaire du Mediator.

Dans le but de remédier à ces insuffisances, il est ici proposé de mettre en place une action de groupe en matière de santé.

Cette action, sous réserve des adaptations rendues nécessaires par la nature corporelle des dommages à indemniser, est conçue sur le modèle de l'action de groupe en matière de consommation.

Elle présente quatre grandes caractéristiques.

En premier lieu, la procédure commune ne pourra être engagée que par une association d'usagers du système de santé agréée, qui jouera un rôle de filtre.

En deuxième lieu, cette action visera à élargir la responsabilité d'un produit de santé dans la survenue de dommages sériels de nature exclusivement corporelle.

En troisième lieu, la procédure sera articulée en deux phases : la première permettra d'établir la responsabilité de l'exploitant ou du prestataire, tandis que la seconde visera à l'indemnisation des victimes et à la réparation individuelle des préjudices.

En quatrième et dernier lieu, la phase de réparation des préjudices pourra être amiable ou contentieuse.

La commission des affaires sociales a adopté neuf amendements à cet article, dont huit sur proposition de M. André Reichardt, rapporteur pour avis de la commission des lois.

Je reprendrai maintenant les **principales modifications apportées à l'issue des travaux de la commission.**

Tout d'abord, la **qualité à agir dans le cas d'une action de groupe en matière de santé a été limitée aux seules associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national.** Cette limitation, qui rapproche cette action de groupe de celle qui existe en matière de consommation, permettra de donner les meilleures chances de succès au requérant, en s'assurant que les acteurs qui porteront l'action de groupe disposeront de l'expérience et des moyens suffisants pour faire face à une procédure souvent longue et complexe.

Ensuite, la **commission a raccourci de cinq à trois ans le délai maximal pendant lequel l'adhésion au groupe des victimes est possible.** Il s'agit ainsi de limiter la durée de la situation d'incertitude à laquelle sont exposés les professionnels susceptibles d'être poursuivis, sans pour autant léser les droits des victimes.

Enfin, la **commission a choisi de réserver au juge ayant statué sur la responsabilité dans le cadre de la première phase de l'action du groupe la charge de se prononcer sur la réparation individuelle des préjudices lors de la deuxième phase.** Il s'agit ainsi de limiter les risques de divergence d'appréciation d'une juridiction à une autre, ce qui pourrait porter atteinte à l'égalité des justiciables.

Voilà donc l'équilibre du texte qui vous est présenté par la commission, équilibre que nous souhaitons pouvoir conserver.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

Mme Annie David. Comme Mme la rapporteur vient de le rappeler, l'article 45 ouvre la possibilité d'actions de groupe, initiées par des associations agréées d'usagers du système de santé, pour des dommages subis du fait de produits de santé défaillants.

Cette possibilité nouvelle constitue – je tiens à le dire d'emblée – une avancée indiscutable, qui mérite d'être saluée. Néanmoins, nous regrettons son caractère trop limité. La rédaction actuelle exclut en effet de l'action de groupe les victimes d'autres préjudices sanitaires. Il est extrêmement regrettable que les victimes de l'amiante, sujet particulièrement important à nos yeux, soient ainsi exclues.

Je pense également aux **préjudices d'origine environnementale**, qui tendent à se développer. Là encore, il est dommage que les victimes ne puissent faire usage de ce dispositif.

Dès lors, cette limitation très stricte des possibilités d'action de groupe réduit considérablement la portée de l'avancée, même si celle-ci reste marquante.

Madame la ministre, à l'Assemblée nationale, vous avez approuvé la rapporteur, lorsqu'elle a déclaré « qu'il n'était pas opportun d'étendre ce champ, car se poserait alors la question de la possibilité d'une action de groupe sans qu'il y ait manquement ou faute ou responsable identifié ». Nous estimons au contraire qu'il est **nécessaire d'ouvrir les actions de groupe à ces autres préjudices, et ce le plus rapidement possible.**

De la même manière, nous regrettons que cet article réserve aux seules associations agréées la possibilité d'engager une action de groupe, alors que les victimes pourraient vouloir intervenir directement.

Pour cette raison, nous avons déposé plusieurs amendements concernant les dommages sanitaires d'origine environnementale et les préjudices sanitaires subis dans le cadre du travail, ainsi qu'un amendement visant à permettre à plusieurs personnes victimes de dommages causés par des produits de santé défectueux d'agir en justice à l'encontre d'un producteur, d'un fournisseur ou d'un prestataire, *via* une association d'usagers du système de santé agréée.

Nous reviendrons donc plus longuement dans le débat sur ces sujets, même si j'ai bien entendu Mme la rapporteur nous indiquer que la commission souhaitait maintenir l'équilibre trouvé. Il n'empêche, nous essaierons de vous convaincre et défendrons nos amendements !

[M. le président.](#) La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

[M. Yves Daudigny.](#) Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, dans ce projet de loi, la démocratie sanitaire n'est pas un vain mot ; elle ne tient pas de la formule ou de l'affichage. Ce texte reconnaît aux représentants des usagers une place réelle dans l'élaboration de la politique de santé et renforce la capacité des personnes à faire valoir leurs droits.

En instaurant l'action de groupe pour les victimes de produits de santé, cet article 45 constitue l'un des aspects essentiels d'une approche globale, collective et solidaire de la réparation des dommages qui peuvent résulter de l'administration de médicaments. Un tel dispositif est indispensable aux victimes isolées et dénuées des moyens nécessaires pour contrebalancer les capacités judiciaires, techniques et financières des producteurs.

Je comprends donc mal les modifications apportées par notre commission au texte issu de l'Assemblée nationale ; elles ont pour objet, à mon sens, de réduire les possibilités offertes aux victimes d'accéder à l'action de groupe.

En effet, la réduction de cinq à trois ans du délai requis pour l'adhésion au groupe et la limitation de l'accès à cette procédure aux seules associations reconnues au niveau national sont autant de restrictions apportées à l'indemnisation des victimes.

Si je désapprouve l'amendement n° 297, qui tend à supprimer l'article et, partant, ce nouveau droit, je lui reconnais du moins la qualité de la franchise. En effet, soit l'on admet la légitimité de l'action de groupe – dans ce cas, pourquoi multiplier les entraves à son exercice ? – ; soit on la réfute. Mais l'entre-deux dont témoignent les propositions de la commission n'est pas satisfaisant, et ce d'autant moins qu'il ne suffit pas d'adhérer au groupe pour être indemnisé, puisqu'il appartiendra encore au juge de remplir son office en appréciant la réalité du dommage et le lien de causalité. La commission ne l'ignore pas.

C'est pourquoi, pour notre part, nous proposerons la suppression de ces restrictions à l'exercice de ce nouveau droit.

[M. le président.](#) L'amendement n° 297, présenté par M. Grand, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 482, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Sueur et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 8, première phrase

Supprimer les mots :

au niveau national

II. – Alinéa 18, seconde phrase

Remplacer le mot :

trois

par le mot :

cinq

III. – Alinéa 59

Supprimer les mots :

au niveau national

La parole est à Mme Catherine Génisson.

[Mme Catherine Génisson.](#) Je placerai mes propos dans le droit fil de ceux de mon collègue Yves Daudigny.

L'article 45 instaure l'action de groupe dans le domaine de la santé, une procédure très attendue par les associations d'usagers du système de santé.

Ce type d'actions doit permettre de regrouper dans une seule procédure les demandes de réparation concernant un grand nombre de patients. Cela constitue une avancée majeure, puisque les patients victimes, grâce à cette nouvelle voie de recours plus efficace, ne seront plus seuls face à la puissance de certaines industries.

La commission des affaires sociales a adopté neuf amendements à cet article, dont la majorité à l'initiative de la commission des lois. Parmi ceux-ci, certains, comme M. Daudigny vient de le dire, restreignent la portée de l'action de groupe.

C'est pourquoi notre amendement vise à rétablir le dispositif initial sur deux points particuliers.

Le I et le III de l'amendement ont pour objet de rétablir la possibilité pour toute association agréée, que ce soit au niveau régional ou au niveau national, de porter une action de groupe. En effet, des accidents sériels peuvent revêtir un caractère localisé : les associations de victimes créées à cette occasion au niveau local doivent pouvoir conduire cette action.

Le II vise quant à lui à rétablir le délai de cinq ans offert aux victimes pour adhérer au groupe. Ce délai est plus favorable aux victimes, car il permet de prendre en compte le temps que certaines conséquences d'accidents liés aux soins mettent à se manifester ainsi que le temps souvent nécessaire pour imputer un dommage à une cause précise.

[M. le président.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. J'ai déjà expliqué dans mon propos préalable sur l'article quel avait été l'esprit dans lequel la commission des affaires sociales et la commission des lois avaient travaillé sur cet article. Vous ne serez donc pas surpris que nous donnions un avis défavorable à cet amendement, ma chère collègue.

Pourquoi avons-nous choisi d'autoriser les seules associations agréées au niveau national à engager une action de groupe ? Nous l'avons fait parce que cela permet d'augmenter les chances de succès des actions. Les associations agréées au niveau national disposent en effet généralement mieux que les associations locales des moyens nécessaires et de l'expérience suffisante pour faire face aux difficultés procédurales de l'action de groupe en matière de santé – une action sans doute complexe, longue et coûteuse.

Bien sûr, certaines associations peuvent être constituées au niveau local pour représenter les victimes d'accidents localisés. Pour autant, rien n'interdit à ces associations d'adhérer à des associations nationales, et notamment à des collectifs d'associations, qui disposeront de moyens bien plus importants et de meilleures chances de succès en cas d'action de groupe. Cette adhésion est d'ores et déjà une réalité : il suffit de regarder la composition du collectif interassociatif sur la santé, le CISS.

Quant au raccourcissement de cinq à trois ans du délai d'adhésion, la commission a considéré qu'il permet de limiter la situation d'incertitude d'une entreprise sur le risque auquel elle est exposée, sans pour autant léser les victimes. Celles-ci disposeront toujours, en effet, d'un délai important – trois ans - et de la possibilité, par ailleurs, d'engager une action individuelle.

L'avis de la commission sur cet amendement est donc défavorable.

[M. le président](#). Quel est l'avis du Gouvernement ?

[Mme Marisol Touraine, ministre](#). Le Gouvernement donnera un avis favorable sur cet amendement, dont la logique répond à la sienne.

Je relève que la position de la commission concernant l'action de groupe diffère significativement du projet du Gouvernement sur deux points, sans d'ailleurs remettre en cause ni l'organisation ni les objectifs de cette action : le caractère national des associations agréées susceptibles d'engager l'action de groupe et le délai dans lequel l'action de groupe peut être engagée.

Sur le premier point, rappelons tout d'abord que certains dommages ou accidents sont très localisés. Il en est des exemples très connus, tels les irradiés d'Épinal ou ceux de Toulouse.

Face à cet enjeu local, des associations locales se sont créées. Pourquoi leur demander d'adhérer à une structure nationale, alors que celle-ci risque de devenir une association de principe et de se lancer dans des procédures systématiques qui seront dupliquées les unes sur les autres, ce que certains cherchent justement à éviter ?

Dans l'affaire du Mediator, des associations locales auraient pu se mobiliser, même s'il est vrai que, dans ce cas précis, elles auraient pu adhérer à une confédération nationale, puisque le problème a été identifié sur l'ensemble du territoire. Néanmoins, tous les dommages n'apparaissent pas systématiquement sur tout le territoire.

Par ailleurs, le délai de trois ans paraît court au regard de la procédure judiciaire engagée, à la prise de conscience et aux démarches individuelles entreprises. Il faut au préalable un jugement sur la responsabilité pour que les éventuelles victimes réalisent qu'elles entrent dans le champ de ce jugement, prennent conscience des dommages qu'elles ont subis, se rapprochent d'associations.

Après en avoir débattu avec la Chancellerie et les structures juridiques et judiciaires habilitées, il nous semble que le délai de cinq ans est à la fois raisonnable et responsable.

[M. le président](#). La parole est à M. André Reichardt, rapporteur pour avis.

[M. André Reichardt](#), rapporteur pour avis de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale. Pourquoi se limiter aux associations locales alors que, dans un certain nombre de cas, celles-ci n'ont pas les moyens d'agir ni de mener à son terme une action de groupe ?

Pour avoir auditionné diverses associations en tant que rapporteur pour avis de la commission des lois, je puis témoigner que celles-ci n'ont pas fait montre d'une volonté excessive de jouer un rôle de premier plan dans ce cadre. Pour la commission des lois, le danger, c'est qu'une association locale se saisisse la première d'un sujet, se voie déboutée et que cela ferme la porte à toute action future.

Madame la ministre, vous avez affirmé qu'une association locale était mieux à même d'agir quand il s'agissait d'un sujet local et vous avez cité l'affaire des irradiés d'Épinal. Même dans une affaire comme celle-ci, on peut imaginer qu'une association locale demande à la structure nationale à laquelle elle se rattache d'engager l'action de groupe. Dans la mesure où l'on compte plus de cent associations nationales contre quatre cents associations locales, des rattachements sont envisageables.

Le rétablissement du délai de cinq ans ne paraît pas souhaitable, et ce pour deux raisons.

D'une part, et la commission des lois y est très attentive, cela prolongerait la situation d'incertitude liée au risque de contentieux dans laquelle serait placée l'entreprise défenderesse. Il faut trouver un équilibre raisonnable entre les droits ouverts par l'action de groupe et la nécessité pour l'entreprise de ne pas vivre dans l'incertitude trop longtemps.

D'autre part, les amendements de la commission des affaires sociales et de la commission des lois ont permis des avancées sensibles. La rédaction de l'article 45 a été modifiée pour autoriser l'engagement d'une nouvelle action de groupe, lorsque celle-ci ne porte pas sur la réparation des mêmes préjudices qu'une action précédente. C'est un progrès notable, car des victimes de seconde génération – par exemple, les victimes du Distilbène – pourront profiter d'une telle disposition. Puisqu'une deuxième action de groupe est permise, il n'est pas nécessaire de prolonger outre mesure la possibilité d'engager une action de groupe.

[M. le président](#). La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

[Mme Nathalie Goulet](#). Pour avoir été vice-présidente de la mission commune d'information sur le Mediator, j'avoue être hostile à tout ce qui restreint l'action de groupe et ne comprends pas la frilosité dont on fait preuve à l'égard de cette possibilité, tellement attendue par les victimes.

Annie David a évoqué le cas de l'amiante. S'il y a bien un problème que l'on connaît dans l'Orne et le Calvados, avec ce que l'on appelle « la vallée de la mort », c'est bien celui-là ! Des salariés de Moulinex ne sont toujours pas indemnisés. Et c'est un problème local, mes chers collègues !

On parle d'incertitude pour les entreprises. Pour ma part, j'aimerais parler d'incertitude pour les victimes : certaines d'entre elles attendent la prise en charge de leurs problèmes médicaux dix ans ou quinze ans.

Pour toutes ces raisons, je voterai l'amendement n° 482.

[M. le président](#). La parole est à M. Martial Bourquin, pour explication de vote.

[M. Martial Bourquin](#). L'article 45 constitue une importante contribution à la modernisation de notre système de santé. L'action de groupe existe dans un grand nombre de pays d'Europe et aux États-Unis. Grâce à elle, le malade, le consommateur ne se retrouve pas seul devant un grand groupe, notamment pharmaceutique. Par conséquent, il ne faut pas sous-estimer la portée de cet article, qui consacre le principe d'une action de groupe à la française.

Pour ce qui est du rôle des associations, le débat s'est ouvert entre nous de savoir si sont seules autorisées à agir les associations nationales ou si cette possibilité est ouverte aux associations régionales.

Mme la ministre l'a souligné, il arrive que les problèmes de santé soient très localisés. C'est pourquoi il ne faut pas limiter l'innovation prévue à cet article ; bien au contraire, il faut lui donner toute son ampleur. L'expérience montre qu'il est utile que les malades puissent se défendre et, à ce titre, accéder à l'action de groupe.

La mesure prévue à l'amendement n° 482 a donc toute sa place et donnera à l'action de groupe sa vraie dimension. Il serait dommage de la limiter en ramenant le délai à trois ans. Surtout, il faut que les associations locales et régionales puissent lancer des actions de groupe aux côtés des malades et des consommateurs.

[M. le président](#). La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote.

[Mme Aline Archimbaud](#). Pour ma part, je voterai cet amendement.

L'article 45, qui instaure cette possibilité d'action de groupe, est très important et très attendu. Cela étant, il faut tenir compte de la réalité des situations.

Dans les faits, quand il s'agit de produits de santé, les victimes sont le plus souvent des malades, c'est-à-dire des personnes affaiblies. Elles habitent parfois très loin de Paris et, isolées, peuvent ne pas disposer de tous les moyens de communication. Il convient de tenir compte de leur situation particulière et de leur laisser le choix de se faire représenter par des associations locales ou régionales, lorsque celles-ci existent et sont actives, ou de s'adresser directement à des associations nationales. N'ajoutons pas à leurs problèmes des difficultés logistiques.

De même, le délai de trois ans est trop court. Ceux qui connaissent des victimes du Mediator savent que c'est très compliqué pour elles, car elles sont malades. Trouver les bons interlocuteurs et décider d'engager les démarches prend du temps. Dans ces conditions, pourquoi ne pas sereinement conserver le délai de cinq ans ?

Il a été question de l'incertitude des entreprises, mais il faut aussi penser à la situation des victimes. Il ne faudrait pas qu'elles aient l'impression qu'on ne leur laisse pas le temps de demander justice et réparation.

[M. le président](#). La parole est à M. François Fortassin, pour explication de vote.

[M. François Fortassin](#). Dans cette affaire, madame la ministre, mes chers collègues, le mieux risque d'être l'ennemi du bien.

Nous touchons là un domaine où l'émotionnel est extrêmement important. Comme vous le savez, la plupart des malades, quelle que soit leur affection, ont tendance à devenir médecins. Avec cet amendement, on risque de remplacer les médecins par des juges.

Pour moi, le délai de trois ans est valable. Quant aux associations, il me semble que, plus on éloigne l'organe qui alerte, plus on échappe à cette force de l'émotionnel qui est si prégnante, surtout dans le domaine de la santé. Il n'est qu'à regarder autour de nous le nombre de personnes qui veulent tout simplement savoir comment elles doivent se soigner.

Par conséquent, dans ce domaine, il ne faut pas aller trop loin. Cet amendement, très séduisant à première vue, présente des dangers importants. C'est pourquoi je ne le voterai pas.

[M. le président](#). La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

[Mme Annie David](#). En toute logique, le groupe CRC votera cet amendement, comme je l'ai annoncé en m'exprimant sur l'article. À voir le résultat du travail accompli par la commission, on a la sensation que les victimes ne sont pas véritablement prises en compte.

[Mme Catherine Deroche et M. Alain Milon, corapporteurs](#). Ce n'est pas vrai !

[Mme Annie David](#). C'est en tout cas ce que l'on ressent.

Contrairement à ce que pense François Fortassin, réduire le délai ne permet pas d'échapper à l'émotion. En revanche, le porter à cinq ans permettra aux victimes d'être mieux reconnues et leur donnera le temps de constituer leur dossier pour être indemnisées par la suite.

Aline Archimbaud a très bien expliqué pourquoi il ne fallait pas brider les associations locales et n'autoriser que les structures nationales à engager des actions de groupe.

Il serait dommage que l'article 45 soit adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission : ce serait rogner sur la belle avancée que constituait sa version initiale, notamment en termes de droits des victimes à se faire reconnaître en tant que telles et à être indemnisées.

C'est sans doute un point de désaccord avec vous, mesdames, messieurs les rapporteurs, mais c'est bien ce que nous ressentons.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis de la commission des lois.

M. André Reichardt, rapporteur pour avis de la commission des lois. Je me sens obligé de réagir à ce que je viens d'entendre. Il semble qu'il y ait un malentendu.

Relisons le texte.

L'alinéa 18 de l'article 45 précise que « le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé [...] pour adhérer au groupe à fin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à trois ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées ». Comment, dans ces conditions, soutenir que l'on cherche à brider les victimes ?

Madame Archimbaud, les plus faibles des faibles, les humbles, ceux que, comme nous, vous souhaitez protéger, auront trois ans à compter de la mesure de publicité pour adhérer à l'action de groupe. On va donc signaler à ces personnes qu'elles peuvent adhérer ; elles n'auront même pas à se déplacer pour ce faire.

Il y a des choses que l'on peut entendre, d'autres non. De tels propos traduisent selon moi une certaine méconnaissance du dispositif tel qu'il figure dans le projet de loi.

Loin de nous l'idée de vouloir restreindre la possibilité pour qui que ce soit d'adhérer à une action de groupe. Je le répète : nous soutenons l'action de groupe. Nous avons simplement souhaité instaurer un bon équilibre entre les droits des patients d'engager une telle action et ceux de l'entreprise dont la crédibilité est mise en doute et qui, si elle sait assumer ses responsabilités, souhaite cependant voir s'éteindre un jour une affaire malheureuse la concernant.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Je remercie M. le rapporteur pour avis de la commission des lois d'avoir réaffirmé le soutien de la commission à l'action de groupe.

Permettez-moi de revenir sur les associations. Il est important de réintroduire la possibilité pour les associations agréées à l'échelon régional d'engager une action de groupe.

Mme la ministre a évoqué les cas des irradiés d'Épinal et de Toulouse. Ces deux affaires gravissimes – et nous ne sommes pas là dans l'émotionnel, mon cher collègue –, avaient véritablement un caractère régional. Autoriser les associations régionales à engager une action de groupe permettrait peut-être d'éviter une certaine surenchère médiatique et de porter une affaire à un niveau auquel elle ne devrait pas être portée. De nombreux sujets sont propres à un territoire, à une région, à une zone délimitée.

Il me paraît donc important, je le répète, que les associations agréées au niveau régional puissent engager une action de groupe.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je n'en avais pas l'intention, mais le débat qui vient de s'instaurer me pousse à intervenir.

J'entends bien les arguments de M. le rapporteur pour avis, qui a indiqué que la commission avait cherché à trouver un bon équilibre entre l'intérêt des patients et celui des entreprises. Toutefois, sur le délai pendant lequel l'adhésion au groupe est possible, je ne vois pas pourquoi il faudrait le réduire à trois ans. Rien ne le justifie.

Il est vrai, comme cela a été beaucoup dit, qu'il faut du temps, lorsqu'on est touché par un drame, pour dépasser ce que l'on vit et pour oser entamer des démarches. Réduire le délai ne facilitera pas les choses. Il me paraît au contraire important de conserver le délai initialement prévu.

Soutenir les patients, c'est, pour emprunter un mot célèbre, laisser du temps au temps.

De même, il est difficile pour les patients qui vivent ces situations dramatiques de s'adresser aux seules associations nationales. Ils ont besoin d'un lien de proximité, à l'échelon régional, voire parfois à l'échelon local. Pourquoi rendre encore plus compliquées des démarches qui le sont déjà suffisamment ? C'est sur ces points que portent nos désaccords.

Pour notre part, nous soutiendrons cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Madame David, vous n'avez pas le droit de vous targuer de détenir le monopole du soutien aux victimes. Si nous ne nous étions pas du tout préoccupés de leur sort, nous aurions soutenu l'amendement de notre collègue Jean-Pierre Grand, qui visait purement et simplement à supprimer l'article !

Nous soutenons l'action de groupe en matière de santé. Nous avons simplement adapté l'article 45.

Je le rappelle, alors qu'on a voulu un temps calquer l'action de groupe en matière de santé sur l'action de groupe en matière de consommation, même si les sujets sont bien différents et si les enjeux et les conséquences ne sont pas les mêmes, le délai pour les actions de groupe en matière de consommation est de six mois, contre trois ans ici pour les actions de groupe en matière de santé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. J'ai écouté attentivement les échanges qui viennent d'avoir lieu.

Je ne m'attarderai pas sur la question des délais. Comme je l'ai dit, et comme l'ont également dit de nombreux intervenants, il faut du temps. Certains patients réagissent rapidement face à des enjeux de santé de ce type, d'autres ont besoin de davantage de temps.

Je reviendrai en revanche plus longuement sur les associations.

À écouter le débat, on pourrait imaginer qu'il y a, d'un côté, ceux qui défendent les associations nationales, lesquelles seraient structurées, organisées, donc limitées en nombre, même si celui-ci est déjà assez important, et, de l'autre, ceux

qui défendent de petites structures, lesquelles seraient plus promptes à engager des procédures, seraient moins stables ou moins solides. Je dois dire que je ne sais pas très bien quelle est la raison qui amène la commission à adopter une position si restrictive.

Mesdames, messieurs les sénateurs, le projet de loi introduit ce qui n'allait de soi ni pour les associations, ni pour les juristes – sans parler des pays étrangers –, à savoir la notion d'agrément. Seules des associations agréées, répondant donc à un cahier des charges, pourront engager une action de groupe. Les associations locales qui seront agréées ne seront pas de petites associations s'inscrivant dans une logique strictement réactive et émotionnelle – encore que, sur ces sujets, un peu d'émotion ne soit pas totalement inutile – et se contentant d'organiser des réunions de victimes venues échanger sur leurs difficultés. Il s'agira de structures agréées et satisfaisant à un ensemble de conditions, ayant notamment la capacité juridique de porter des débats.

J'insiste sur ce point, car certains pourraient se dire que, dans l'intérêt même de l'action de groupe, il ne serait pas sérieux de prétendre que l'on peut trouver les ressources nécessaires dans une petite ville ou dans une région. Or la ressource aura été identifiée auparavant, et c'est aussi pour cela que du temps est nécessaire.

[M. le président.](#) La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

[M. Daniel Chasseing.](#) Je me souviens que, en 2006, le Vidal indiquait que le Mediator pouvait être prescrit pour faire baisser le taux de triglycérides. J'avais d'ailleurs lu des publications allant dans ce sens et les médecins généralistes renouvelaient les prescriptions des spécialistes.

À l'époque, un spécialiste que j'avais interrogé m'avait dit qu'il valait peut-être mieux ne plus prescrire le Mediator, car, selon une publication, des atteintes valvulaires étaient à craindre. J'ai ensuite appris que ce médicament avait été retiré du marché en Espagne et en Italie. Cette affaire a tout de même été un choc pour de nombreux médecins, et surtout pour les malades.

J'entends bien les arguments de la commission, mais, pour ma part, je voterai cet amendement.

[M. le président.](#) La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

[M. Alain Milon,](#) corapporteur. Comme Mme la ministre, j'ai écouté ce débat avec beaucoup d'attention. Je ne reviendrai pas sur le sujet des associations nationales ou locales, agréées ou non.

Je souhaite juste relire l'alinéa 18 de l'article, qui prévoit que « le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé, remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-3, pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à trois ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées ». Cela signifie que, même si le délai maximum était porté à cinq ans, le juge pourrait décider de le fixer à six mois. Mais cela ne vous gêne pas !

[M. Alain Fouché.](#) Bonne question !

[M. le président.](#) La parole est à Mme la ministre.

[Mme Marisol Touraine, ministre.](#) Monsieur le rapporteur, quelle que soit la durée maximale fixée dans la loi – trois ans ou cinq ans – le juge pourra décider de fixer un délai inférieur, jusqu'à six mois.

[M. Alain Milon,](#) corapporteur. Ce n'est pas ce que l'on dit !

[Mme Marisol Touraine, ministre.](#) En revanche, si le délai maximal est prévu à cinq ans dans la loi, le juge pourra le fixer à quatre ans. Il aura donc la possibilité de fixer un horizon plus lointain. Ce n'est pas parce que l'on peut le moins qu'on ne peut pas le plus !

[Mme Laurence Cohen.](#) Exactement !

[M. Alain Fouché.](#) Il ne s'agit pas d'un « horizon » : on parle ici d'un délai !

[M. le président.](#) La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

[M. Alain Milon,](#) corapporteur. J'entends bien ce que dit Mme la ministre. Je constate juste que cela ne gêne personne que le juge puisse fixer le délai à six mois ! (Marques d'approbation sur les travées du groupe Les Républicains. – Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC.)

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 482.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales. (Exclamations sur différentes travées.)

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que celui du Gouvernement est favorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

[M. le président.](#) Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

[M. le président.](#) Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 265 :

Nombre de votants

343

Pour l'adoption 157

Contre 186

Le Sénat n'a pas adopté. (Protestations sur les travées du groupe CRC.)

Je suis saisi de dix amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 816, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 8

Après la référence :

L. 1114-1

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

ou toute personne justifiant d'un intérêt à agir peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation identique ou similaire et ayant pour cause commune :

II. – Après l'alinéa 8

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

« 1° Un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles ;

« 2° Une défaillance du système de santé ;

« 3° Une origine environnementale ;

« 4° Un accident du travail ou une maladie professionnelle.

III. – Alinéa 9

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

[Mme Laurence Cohen.](#) L'article 45 instaure une procédure d'action de groupe en réparation des préjudices corporels causés par l'utilisation de produits de santé.

Ce dispositif est nécessaire, et nous en saluons la création. Nous avons tous en mémoire l'affaire des prothèses PIP et les nombreux scandales sanitaires qui auraient pu être évités, ou pour le moins limités, si l'action de groupe en santé avait été possible.

Comme l'a dit notre collègue Annie David, cet article est positif, mais il comporte, à nos yeux, deux limites que nous souhaitons dépasser par l'amendement que je vous présente.

D'abord, cet article limite la possibilité de mener une action de groupe aux seules associations agréées d'usagers du système de santé. **Nous proposons d'étendre cette faculté à « toute personne justifiant d'un intérêt à agir »** : des patients, des riverains victimes d'une pollution, des syndicats de travailleurs constatant une récurrence d'accidents du travail, etc.

Ensuite, le présent article ne vise que les dommages causés par les produits de santé défaillants. **Or, il existe une grande diversité de dommages à même de donner lieu à des actions de groupe.**

Nous proposons donc d'ajouter la possibilité de mener une action de groupe pour des dommages causés par une défaillance du système de santé, ou un problème environnemental, ou encore un accident du travail ou une maladie professionnelle. Cela nous ramène au précédent débat.

Cet amendement s'appuie notamment sur le scandale de l'amiante. Nous ne pouvons négliger le rôle qu'aurait pu avoir une action de groupe pour alerter, agir et mettre fin à ce drame sanitaire.

Tel est le sens de notre amendement.

[M. le président.](#) Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 818 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 930 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 8, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, ou un manquement à une obligation légale, réglementaire ou contractuelle d'un professionnel, d'un établissement et réseau de santé, d'un organisme d'assurance maladie, d'une autorité sanitaire ou tout autre organisme participant à la prise en charge

II. – Alinéa 9

1° Supprimer le mot :

ne

et le mot :

que

2° Après les mots :

dommages corporels

insérer les mots :

, moraux et matériels

III. – Alinéa 14

Après les mots :

dommages corporels

insérer les mots :

, moraux et matériels

IV. – Alinéa 21, deuxième phrase

Remplacer les mots :

du dommage

par les mots :

du ou des dommages

V. – Alinéa 30

1° Remplacer le mot :

subi

par les mots :

été exposées à

2° Après le mot :

corporel

insérer les mots :

, matériel ou moral

La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 818.

[Mme Annie David](#). Comme ma collègue Laurence Cohen vient de l'indiquer, l'article 45 du projet de loi va selon nous dans le bon sens ; il nous paraît néanmoins insuffisant, les possibilités d'action restant limitées aux dommages causés par des produits de santé.

On omet ainsi la question de l'accès aux droits et à la santé, et on exclut donc les dommages, y compris moraux, qui pourraient être causés par des dysfonctionnements du système de santé, dysfonctionnements à même d'entraver l'accès aux soins pour certaines catégories de la population.

Or nous constatons déjà, pour certaines personnes ou certains groupes de populations, de véritables freins dans l'accès à la prévention, aux soins et aux droits. Ces barrières sont multiples et peuvent se cumuler : barrières sociales, administratives, financières. Elles ont conduit près de 30 % de nos concitoyennes et de nos concitoyens à renoncer à des soins récemment. Elles expliquent par ailleurs que 11 % de l'activité du Défenseur des droits porte sur des questions de santé.

L'action de groupe pourrait être un moyen utile d'agir contre ces inégalités de santé et cette défaillance dans l'accès aux soins. Elle permettrait, par exemple, aux personnes confrontées à un même fait, comme le refus de soins, d'être moins isolées dans leurs démarches pour faire valoir leurs droits.

Tel est le sens de cet amendement, que nous vous invitons à adopter.

[M. le président](#). La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 930.

[Mme Aline Archimbaud](#). Il est proposé d'élargir l'action de groupe aux entraves à l'accès à la santé liées à des manquements à une obligation légale.

Pour diverses raisons, certaines personnes, en particulier celles qui ont le moins les moyens de se défendre, se voient refuser des droits. C'est parfois pour elles un véritable parcours du combattant, nous l'avons constaté, que de se faire ouvrir certains droits.

Cet amendement vise non pas à créer de nouveaux droits, mais à faire de l'action de groupe un outil permettant de mieux faire valoir les droits existants et donc d'y accéder lorsqu'ils sont indûment refusés.

L'action de groupe est aussi un moyen de lutter contre l'isolement, dont les plus démunis sont souvent de surcroît victimes dans leurs démarches, ce qui les pousse fréquemment à renoncer au contentieux et, ceci expliquant cela, à l'accès aux droits.

[M. le président](#). **L'amendement n° 435**, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Rédiger ainsi cet alinéa :

« L'action porte sur l'indemnisation intégrale des préjudices subis par des usagers du système de santé.

La parole est à M. Claude Malhuret.

[M. Claude Malhuret](#). Cet amendement vise à remédier à un certain nombre de paradoxes dans la proposition qui nous est faite.

Tout d'abord, en limitant l'indemnisation aux seules conséquences corporelles d'un produit de santé, le projet de loi exclut de fait toute une série de préjudices qui sont pourtant indemnisés lorsque les victimes recourent aux tribunaux lors d'actions individuelles ou à l'ONIAM.

Les tribunaux et l'ONIAM indemnisent actuellement les préjudices résultant d'un produit de santé en appliquant la « nomenclature Dintilhac ». Cette nomenclature recense l'ensemble des postes de préjudices liés aux dommages corporels reconnus par le droit français. C'est une garantie pour la victime d'obtenir l'indemnisation intégrale de ses préjudices.

Donc, tout en créant l'action de groupe, initiative que je salue, vous lui enlevez du même coup une grande partie de son intérêt, les victimes sachant à l'avance qu'en cas de succès de leur action leur indemnisation sera inférieure à celle qu'elles pourraient obtenir en suivant une autre voie.

J'ajoute - c'est un point annexe, mais important – que, **si l'indemnisation se limite aux seuls dommages corporels, c'est bien entendu la sécurité sociale qui paiera tout ou partie du reste, c'est-à-dire tous les soins découlant des préjudices autres que corporels.** C'est dans ce cadre que des caisses d'assurance maladie engagent des actions contre le laboratoire Servier. Or je suppose, madame la ministre, que ce n'est pas ce que vous souhaitez.

C'est pourquoi je **propose d'intégrer la référence à l'indemnisation intégrale dans l'action de groupe, afin de garantir la pertinence de cette nouvelle voie procédurale.**

Enfin, il me semble que l'alinéa est mal rédigé. Il est indiqué que l'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels, ce qui laisse entendre que la réparation serait limitée à ces derniers. Or, à mon avis, un juge pourra tout à fait estimer ultérieurement que cela recouvre l'intégralité des préjudices. Cet alinéa me paraît donc *contradictio in adjecto*.

[M. le président.](#) L'amendement n° 1131 rectifié, présenté par MM. Cornano, Antiste et Cazeau, Mme Jourda et M. Patient, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Remplacer les mots :

la réparation des préjudices

par les mots :

la réparation pleine et entière des préjudices de toute nature, y compris moraux

La parole est à M. Jacques Cornano.

[M. Jacques Cornano.](#) En limitant l'indemnisation aux seules conséquences corporelles d'un produit de santé, le projet exclut de fait toute une série de préjudices qui sont pourtant d'ores et déjà indemnisés par les tribunaux ou par l'ONIAM.

Le risque est de mettre en œuvre une nouvelle voie procédurale qui ne présentera pas l'intérêt recherché pour les usagers de santé, ce qui pourrait conduire les victimes à se détourner de l'action de groupe.

Dans la pratique, la nomenclature posée par le rapport Dinthillac, utilisée par les tribunaux comme par l'ONIAM, recense l'ensemble des postes de préjudices liés aux dommages corporels reconnus par le droit français.

C'est une garantie pour la victime d'obtenir une indemnisation intégrale de ses préjudices et il est important que ces principes puissent continuer à s'appliquer dans cette nouvelle procédure qu'est l'action de groupe en matière de santé.

[M. le président.](#) L'amendement n° 1176 rectifié, présenté par Mme Laborde, M. Guérini, Mme Malherbe et M. Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Après le mot :

réparation

insérer le mot :

intégrale

La parole est à Mme Françoise Laborde.

[Mme Françoise Laborde.](#) Je considère que l'amendement a été largement défendu. Je souscris pleinement aux arguments qui ont été avancés par mes collègues.

[M. le président.](#) L'amendement n° 235 rectifié *sexies*, présenté par Mme Deromedi, MM. Frassa et Cantegrit, Mme Garriaud-Maylam, MM. Cadic et Commeinhes, Mme Estrosi Sassone, M. Houel, Mme Lamure, MM. Lafoaulu et Malhuret, Mme Micouleau et MM. Pillet, Saugey et Vasselle, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Après les mots :

réparation des préjudices

insérer les mots :

, y compris moraux,

La parole est à M. Olivier Cadic.

[M. Olivier Cadic.](#) Cet amendement rédactionnel de ma collègue Jacky Deromedi vise à introduire une clarification : les **préjudices moraux** sont également couverts par l'action de groupe en santé.

[M. le président.](#) L'amendement n° 413, présenté par M. Bignon, n'est pas soutenu.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 437 est présenté par M. Malhuret.

L'amendement n° 1181 rectifié est présenté par Mme Laborde et MM. Guérini et Requier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 14

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Claude Malhuret, pour présenter **l'amendement n° 437**.

[M. Claude Malhuret](#). Le présent amendement porte sur un autre sujet, même s'il est inclus dans la même discussion commune.

En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé n'a pas permis d'améliorer la situation des victimes, ou en tout cas pas suffisamment. C'est notamment toujours sur la victime que repose la charge de la preuve, malgré l'impossibilité pour elle, dans de nombreux cas, d'accéder aux données scientifiques détenues par les fabricants.

De surcroît, engager la responsabilité des firmes pharmaceutiques est devenu particulièrement difficile depuis la transposition, en 1998, d'une directive européenne de 1985 concernant la responsabilité du fait des produits défectueux des fabricants.

En plus d'avoir à démontrer le lien entre la prise des médicaments et la survenue d'un effet indésirable, autrement dit l'imputabilité, les victimes doivent désormais démontrer aussi la défectuosité du médicament, c'est-à-dire le fait qu'il n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre.

On se trouve donc en face d'une serrure à double verrou où un seul verrou peut être débloqué à la fois : soit l'effet indésirable est connu et précisé dans la notice, et la démonstration d'imputabilité est possible, mais le produit n'est pas considéré comme défectueux, puisque le patient, ou en tout cas le médecin, était averti de sa survenue potentielle ; soit l'effet indésirable, absent de la notice, n'est pas encore connu et il est alors quasi impossible pour la victime de démontrer l'imputabilité de ces dommages au médicament.

À titre de comparaison, dans le domaine de la consommation, supposons qu'un constructeur automobile, allemand par exemple, écrive dans ses instructions que le taux de CO2 rejeté par le moteur diesel que vous avez acheté est peut-être supérieur à ce qui est annoncé dans la brochure,...

[M. Yves Daudigny](#). C'est provocateur !

[M. André Reichardt](#), rapporteur pour avis. Hypothèse d'école...

[M. Claude Malhuret](#). ... il serait, par analogie, indemne de poursuites. Vous voyez qu'il y a là un vrai problème.

Il est donc **important que la charge de la preuve soit considérablement allégée afin de conforter les victimes**. Celles-ci pourraient apporter un faisceau d'éléments permettant de présumer qu'un produit de santé est impliqué dans leur dommage. La conséquence entre le dommage et un effet indésirable des produits ou un risque pourrait alors présumer l'imputabilité lorsque cet effet ou ce risque est mentionné dans la présentation du produit en cause.

Il me semble important d'inverser la charge de la preuve dans ce cas.

[M. le président](#). La parole est à Mme Françoise Laborde, pour présenter l'amendement n° 1181 rectifié.

[Mme Françoise Laborde](#). L'alinéa 14 prévoit que « Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit. » Cette formulation, cela a été dit, semble trop restrictive, car elle exclut les éventuels dommages imprévus qui surviendraient à moyen et à long terme.

En effet, le juge ne peut pas, au moment de la création du groupe, déterminer les préjudices, qui ne seront le plus souvent établis qu'après l'expertise médicale.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons également de supprimer l'alinéa 14.

[M. le président](#). Quel est l'avis de la commission sur les neuf amendements restant en discussion ?

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. L'amendement n° 816 vise à **étendre le périmètre de l'action de groupe** : d'une part, il tend à ouvrir l'action à d'autres personnes que les seuls usagers du système de soins ; d'autre part, il a pour objet d'élargir son champ aux dommages sanitaires d'origine environnementale et aux maladies professionnelles.

Certaines des préoccupations exprimées dans l'objet de l'amendement pourront être satisfaites en pratique. Il est tout à fait envisageable, tout d'abord, que se constitue une association de personnes qui s'estimeront victimes de défaillances du système de santé. Par ailleurs, les dommages subis du fait de certaines expositions dans le cadre professionnel, comme dans le cas de l'amiante, font d'ores et déjà l'objet de dispositifs d'indemnisation spécifiques.

En tout état de cause, la procédure de l'action de groupe est encore mal connue en France, puisqu'elle n'existe que depuis peu et est susceptible de créer une forte insécurité juridique. Il paraît donc plus sage, au moins dans un premier temps, de s'en tenir au périmètre qui nous est proposé par l'article 45, et qui couvre déjà un champ très large.

La commission demande donc le retrait de l'amendement n° 816 ; **à défaut, elle émettrait un avis défavorable**.

L'amendement n° 818 vise à **élargir le champ de l'action de groupe en santé en l'étendant notamment aux dommages matériels et moraux**. Il est identique à l'amendement n° 930.

L'équilibre de la rédaction proposée fait globalement consensus ; il repose sur la survenue d'un dommage corporel, lequel est bien plus facile à constater et à prouver que le dommage moral. J'insiste cependant sur un point : que le dommage lui-même soit de nature corporelle n'exclut pas que la réparation porte sur l'ensemble des chefs de préjudice associés à ce dommage, y compris, notamment, les préjudices moraux ou patrimoniaux.

Je vous propose donc de nous en tenir, ici encore, au périmètre prévu dans le texte.

En conséquence, la commission sollicite le retrait des amendements identiques n^{os} 818 et 930. **À défaut, elle émettra un avis défavorable.**

L'amendement n^o 435, présenté par M. Malhuret, **tend à revenir sur la limitation de l'action de groupe aux dommages corporels.** Je ne peux que répéter ici les arguments développés précédemment. Par ailleurs, cet amendement pose un problème de rédaction, dans la mesure où le principe, en matière de réparation des préjudices, est toujours celui de la réparation intégrale.

En conséquence, **l'avis est défavorable.**

La commission émet également un **avis défavorable** sur les amendements n^{os} 1131 rectifié et 1176 rectifié, pour les mêmes raisons.

L'amendement n^o 235 rectifié *sexies* vise à **étendre le champ de l'action de groupe en santé à la réparation des préjudices moraux.** Cette précision est inutile. Ainsi que je l'ai indiqué précédemment, la nature corporelle du dommage n'exclut pas que la réparation porte sur l'ensemble des chefs de préjudice associés à ce dommage, ce qui **inclut notamment les dommages moraux et patrimoniaux.**

En conséquence, **l'avis est défavorable.**

Les amendements identiques n^{os} 437, présenté par M. Malhuret, et 1181 rectifié, présenté par Mme Laborde, visent à **supprimer la détermination par le juge du champ des dommages corporels susceptibles d'être réparés dans le cadre de l'action de groupe.**

Il apparaît, à la lecture de l'objet de ces amendements, que les auteurs opèrent une **confusion entre la notion de dommage et celle de préjudice**, que nous nous étions pourtant efforcés de distinguer dans le cadre de la loi sur la consommation.

Je rappelle que l'action de groupe, en matière de santé comme en matière de consommation, comporte deux phases nécessaires et successives. Au cours de la première phase, il s'agit pour le juge de circonscrire le périmètre de l'action de groupe à partir des différents dommages constatés sur les victimes et de statuer sur la responsabilité du défendeur dans la survenue de ces préjudices. Au cours de la seconde phase est examinée la réparation individuelle des préjudices afin d'assurer l'indemnisation des victimes.

La **commission sollicite donc le retrait de ces deux amendements. À défaut, elle émettra un avis défavorable.**

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

Mme Marisol Touraine, ministre. **Je partage l'analyse de Mme la rapporteur.**

L'amendement n^o 816 vise à élargir le champ de l'action de groupe au-delà des seuls dommages résultant de l'usage de produits de santé. La question de l'amiante, que vous évoquez régulièrement, madame la sénatrice, ne peut laisser insensible, bien évidemment.

Toutefois, nous ne sommes pas allés au terme des analyses qui nous permettraient de déterminer le cadre dans lequel des actions de groupe pourraient être engagées dans de telles situations.

Il est donc prématuré de vouloir introduire de nouveaux mécanismes dans ce projet de loi de modernisation de notre système de santé. En revanche, il pourrait être envisagé de les introduire dans le projet de loi relatif à la justice du XXI^e siècle, qui sera débattu prochainement.

En conséquence, le Gouvernement est défavorable à l'amendement n^o 816.

Plusieurs amendements portent ensuite sur la question des préjudices pris en compte.

Je reprendrai la **distinction**, précédemment évoquée, **entre dommage et préjudice.**

Si un **dommage corporel** doit exister pour que l'action de groupe puisse être engagée, les **préjudices résultant de ce dommage corporel peuvent être très divers** – il peut s'agir par exemple d'un préjudice moral, et on pense à l'anxiété –, et ils ouvrent droit à une réparation qui, en tout état de cause, sera définie sur une base individuelle et intégrale. La **nomenclature Dintilhac, issu du rapport du même nom, sera totalement applicable à l'ensemble des situations que nous évoquons.**

Je sollicite donc le retrait des amendements n^{os} 818, 930, 435, 1131 rectifié, 1176 rectifié et 235 rectifié *sexies*.

L'amendement n^o 437, présenté par M. Malhuret, et l'amendement identique n^o 1181 rectifié, défendu par Mme Laborde, sont, eux, légèrement différents. Le régime applicable à la charge de la preuve n'est pas modifié à l'occasion de l'introduction de l'action de groupe. On ne peut donc pas dire qu'une personne serait pénalisée en s'engageant dans une action de groupe au lieu de rester dans le cadre d'une action individuelle, où elle bénéficierait d'une meilleure prise en considération.

En réalité, il n'y a aucune incidence de l'action de groupe sur la nature du régime de responsabilité.

Le Gouvernement est donc défavorable aux amendements identiques n^{os} 437 et 1181 rectifié.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 816.

(L'amendement n'est **pas adopté**.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 818 et 930.

(Les amendements ne sont **pas adoptés**.)

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 435.

(L'amendement n'est **pas adopté**.)

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 1131 rectifié.

(L'amendement n'est **pas adopté**.)

[M. le président.](#) Je mets aux voix l'amendement n° 1176 rectifié.

(L'amendement n'est **pas adopté**.)

[M. Olivier Cadic.](#) Monsieur le président, je retire l'amendement n° 235 rectifié *sexies* !

[M. Claude Malhuret.](#) Je fais de même pour l'amendement n° 437 !

[Mme Françoise Laborde.](#) Et je retire l'amendement n°1181 rectifié !

[M. le président.](#) L'amendement n° 235 rectifié *sexies*, ainsi que les amendements identiques n°s 437 et 1181 rectifiés sont retirés.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 853 rectifié est présenté par Mmes Aïchi, Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

L'amendement n° 862 rectifié est présenté par MM. Amiel, Mézard et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 9

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 1143-1-... – Au moins deux usagers visés à l'article L. 1143-1 peuvent agir directement en justice sans passer par une association ou à la place d'une association dans l'un des cas suivants :

« 1° Il n'existe pas d'association compétente ou ayant intérêt à agir ;

« 2° L'association reste inactive et n'agit pas en justice même quinze jours après mise en demeure par les usagers susvisés ;

« 3° L'association est dans l'impossibilité d'agir ou de continuer son action en justice ;

« 4° L'association est dans une situation de conflit d'intérêts ou de risque de ce conflit.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 853 rectifié.

[Mme Aline Archimbaud.](#) Cet amendement est défendu.

[M. le président.](#) La parole est à Mme Françoise Laborde, pour présenter l'amendement n° 862 rectifié.

[Mme Françoise Laborde.](#) Il est défendu également, monsieur le président.

[M. le président.](#) Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. Ces deux amendements visent à supprimer, dans certains cas, l'obligation de passer par une association pour engager une action de groupe.

Le modèle français de l'action de groupe réserve à des associations agréées la qualité pour engager une action de groupe.

Il y a deux raisons à cela : d'une part, les associations jouent un rôle de **filtre** des actions susceptibles d'être engagées, en fonction notamment de leurs chances de succès, ce qui contribue à lutter contre l'engorgement des tribunaux ; d'autre part et surtout, compte tenu de la complexité de la procédure d'action de groupe, il est indispensable que le requérant dispose de moyens et d'une expérience suffisants. Je rappelle en effet que, si une première action de groupe échoue, c'est l'ensemble des victimes qui sont privées d'une telle voie de recours. **Il importe donc de tout mettre en œuvre pour garantir les chances de succès des victimes.**

En conséquence, la **commission sollicite le retrait de cet amendement**. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

[M. le président.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

[M. le président.](#) Madame Archimbaud, l'amendement n° 853 rectifié est-il maintenu ?

[Mme Aline Archimbaud.](#) Oui, monsieur le président.

[M. le président.](#) Madame Laborde, l'amendement n° 862 rectifié est-il maintenu ?

[Mme Françoise Laborde.](#) Oui, monsieur le président.

[M. le président.](#) Je mets aux voix les amendements identiques n°s 853 rectifié et 862 rectifié.

(Les amendements ne sont **pas adoptés**.)

[M. le président.](#) Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1180 rectifié, présenté par Mme Laborde et MM. Guérini et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Rétablir l'article L. 1143-2 dans la rédaction suivante :

« Art. 1143-2. – S'agissant des produits de santé à usage humain, le demandeur doit prouver l'imputabilité du dommage au produit. Il peut le faire par tous moyens, notamment par des indices de nature sémiologique, clinique ou chronologique. L'imputabilité est présumée quand des études épidémiologiques ou de pharmacovigilance établissent

suffisamment que la prise du produit en cause entraîne le risque de réalisation du dommage dont la réparation est demandée. Elle est également présumée lorsque le producteur du produit en notifie le risque dans la présentation du produit.

La parole est à Mme Françoise Laborde.

Mme Françoise Laborde. L'une des **principales difficultés** pour les victimes réside dans **l'établissement du lien de causalité** entre l'utilisation d'un produit de santé et le dommage subi.

C'est en effet à la victime d'apporter la preuve de ce lien et non au professionnel de santé. Or il est particulièrement difficile pour les victimes d'apporter cette preuve, les éléments pertinents étant détenus par les fabricants de produits de santé.

Le présent amendement a pour objet de **faciliter l'établissement du lien de causalité** entre l'utilisation d'un produit de santé et le dommage subi par le patient. La démonstration du lien de causalité doit être facilitée sous peine d'écarter trop de victimes de l'indemnisation.

M. le président. L'amendement n° 436, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 1143-... – S'agissant des produits de santé à usage humain, le demandeur doit prouver l'imputabilité du dommage au produit. Il peut le faire par tous moyens, notamment par des indices de nature sémiologique, clinique ou chronologique. L'imputabilité est présumée quand des études épidémiologiques ou de pharmacovigilance établissent suffisamment que la prise du produit en cause entraîne le risque de réalisation du dommage dont la réparation est demandée. Elle est également présumée lorsque le producteur du produit en notifie le risque dans la présentation du produit.

La parole est à M. Claude Malhuret.

M. Claude Malhuret. J'ai déjà défendu par erreur cet amendement à la place de l'amendement n° 437, que j'ai finalement retiré.

Je n'ai rien à ajouter à mes précédents propos ni à ceux de Mme Laborde à l'instant. Cela étant, cette présentation anticipée a permis à Mme la ministre de me répondre, disant que l'action de groupe ne changeait pas les conditions des actions individuelles ou des indemnisations prévues par l'ONIAM.

J'en suis conscient, mais je proposais justement que, à l'occasion de l'examen de l'action de groupe, nous commencions à modifier les textes s'agissant des conditions d'imputabilité et de défectuosité.

Mme la ministre me répondra sans doute que l'on ne peut pas, à l'occasion de l'examen de ces dispositions portant sur l'action de groupe, changer tout ce qui concerne l'action individuelle. Si nous voulons le faire, nous devons y réfléchir pour l'avenir.

Il est toutefois **paradoxal que des effets secondaires**, y compris parfois des effets secondaires graves, **puissent être évoqués dans des notices** – cela prouve qu'ils peuvent survenir – **et que la victime ne puisse pas, de ce fait même, intenter de recours contre le fabricant, celui-ci étant exonéré de toute responsabilité par la simple publication du risque potentiel.**

J'ai pris précédemment l'exemple d'un constructeur automobile allemand, et je me permets de nouveau de recourir à une autre analogie, sans doute un peu caricaturale : si les laboratoires Merck avaient précisé, dans la notice du Vioxx, que ce médicament était susceptible, dans quelques cas, de provoquer des arrêts cardiaques – c'est le cas pour d'autres médicaments autorisés aujourd'hui, mais avec un rapport bénéfice-risque pesé –, les ayants droit des 20 000 morts et les 150 000 victimes d'accidents cardiaques du Vioxx n'auraient pas pu introduire d'action de groupe aux États-Unis !

On ne réglera sans doute pas ce problème par amendement, mais il y a là, me semble-t-il, un vrai sujet.

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

Mme Catherine Deroche, corapporteur. La commission des affaires sociales a émis un avis défavorable sur cet amendement, mais je vais laisser mon collègue André Reichardt exposer le point de vue de la commission des lois.

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

M. André Reichardt, rapporteur pour avis. **Ces deux amendements visent à créer une présomption d'imputabilité propre à l'action de groupe en matière d'accidents liés à un produit de santé.**

La création de l'action de groupe, faut-il le rappeler, porte exclusivement sur la procédure, et non sur le fond du droit, qui ne peut être modifié sans une réflexion et une consultation beaucoup plus larges.

L'objet de l'amendement est de faciliter l'établissement du lien de causalité jusqu'à instaurer une présomption d'imputabilité. Vous l'avez compris, mes chers collègues, une telle présomption n'existe pas à l'heure actuelle en droit français et nous ne disposons **d'aucune étude d'impact sur les conséquences d'un tel renversement de la charge de la preuve.**

C'est la raison pour laquelle la commission des lois a émis un **avis défavorable sur cet amendement.**

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ferai la même réponse que M. le rapporteur pour avis.

J'entends parfaitement les arguments qui sont avancés et je comprends que la démarche des auteurs de ces amendements consiste à se servir de l'introduction de l'action de groupe dans notre droit pour modifier les règles d'imputabilité et de présomption – présomption de fait, présomption de droit, régime de la preuve, régime de responsabilité.

Toutefois, comme cela vient d'être souligné, la mise en place de l'action de groupe ne vise qu'à définir une nouvelle procédure et nous ne pouvons pas, à cette occasion, modifier des règles portant sur le fond du droit. De surcroît, je ne crois pas que la ministre chargée de la santé soit la mieux placée pour le faire !

[M. André Reichardt](#), rapporteur pour avis. C'est dommage ! (Sourires.)

[M. le président](#). Je mets aux voix l'amendement n° 1180 rectifié.

(L'amendement n'est **pas adopté**.)

[M. le président](#). La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote sur l'amendement n°436.

[Mme Annie David](#). Nous avons déposé un amendement n° 789 rectifié similaire aux deux amendements précédents, mais portant article additionnel après l'article 45, et non sur l'article 45 lui-même. Je regrette de ne pas avoir été plus vigilante puisque, de ce fait, je n'ai pas pu associer mon groupe aux deux collègues qui ont défendu ces amendements, ce qui ne nous empêche pas de les soutenir, bien entendu.

Comme les amendements n°s 1180 rectifié et 436, l'amendement n° 789 rectifié vise à éviter aux victimes d'avoir à fournir la preuve du lien de causalité entre l'utilisation d'un produit de santé et le dommage subi.

Monsieur le président, à la suite des explications données par Mme la ministre, je retire d'ores et déjà cet amendement.

[M. le président](#). L'amendement n° 789 rectifié est retiré.

Toutefois, pour la bonne information du Sénat, j'en rappelle les termes.

L'amendement n° 789 rectifié était présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Cet amendement est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 1386-9 du code civil est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant des produits de santé à usage humain, le demandeur doit prouver l'imputabilité du dommage au produit. Il peut le faire par tous moyens, notamment par des indices de nature sémiologique, clinique ou chronologique. L'imputabilité est présumée quand des études épidémiologiques ou de pharmacovigilance établissent suffisamment que la prise du produit en cause entraîne le risque de réalisation du dommage dont la réparation est demandée. Elle est également présumée lorsque le producteur du produit en notifie le risque dans la présentation du produit. »

Je mets aux voix l'amendement n° 436.

(L'amendement n'est **pas adopté**.)

[M. le président](#). Je suis saisi de neuf amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 817, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 13

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 1143-3.* – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par les requérants. Il définit le groupe de personnes à l'égard desquelles une responsabilité commune est susceptible d'être engagée en fixant les critères de rattachement au groupe.

II. – Alinéa 20

Remplacer les mots :

l'association requérante

par les mots :

une majorité de requérants

III. – Alinéa 40

Remplacer les mots :

l'association requérante

par les mots :

une majorité de requérants

IV. – Alinéa 50

Remplacer les mots :

L'association peut

par les mots :

Les requérants peuvent

V. – Alinéa 59

Après la référence :

L. 1114-1

insérer les mots :

, ou toute personne justifiant d'un intérêt à agir,

La parole est à M. Dominique Watrin.

[M. Dominique Watrin.](#) Il s'agit d'un amendement de repli par rapport à l'amendement n° 816.

Cet amendement visait à étendre le champ de l'action de groupe tel qu'il est actuellement prévu par le projet de loi, c'est-à-dire au-delà de seules associations d'usagers du système de santé agréées et au-delà des seuls dommages subis du fait de produits de santé défectueux.

L'amendement n° 817 vise à étendre le champ d'action des actions de groupe à toute personne ayant intérêt à agir.

[M. le président.](#) L'amendement n° 929, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 13

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 1143-3.* – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par les requérants. Il définit le groupe de personnes à l'égard desquels une responsabilité commune est susceptible d'être engagée en fixant les critères de rattachement au groupe.

II. - Alinéa 18, première phrase

Remplacer les mots :

usagers du système de santé

par le mot :

personnes

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

[Mme Aline Archimbaud.](#) Cet amendement est similaire à l'amendement n° 816.

Il vise à étendre le champ d'action de l'action de groupe aux défaillances existant dans toute une série de domaines, raison pour laquelle nous proposons de remplacer les mots « usagers du système de santé » par le terme de « personnes ».

[M. le président.](#) L'amendement n° 1143 rectifié, présenté par MM. Cornano et Antiste, Mme Jourda et M. Patient, n'est pas soutenu.

Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 234 rectifié *quinquies* est présenté par Mme Deromedi, MM. Frassa et Cantegrit, Mme Garriaud-Maylam, MM. Cadic et Comminhes, Mme Estrosi Sassone, M. Houel, Mme Lamure, M. Laufoaulu, Mmes Mélot et Micouleau et MM. Pillet, Saugey et Vasselle.

L'amendement n° 488 rectifié, présenté par MM. Marseille et Bockel, n'est pas soutenu. (Sourires.)

L'amendement n° 928 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 13, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ainsi que tout élément permettant leur évaluation

II. – Après l'alinéa 13

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

« Il précise également les conditions d'indemnisation individuelle et notamment :

« 1° Les modalités d'expertise individuelle contradictoire ;

« 2° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 1° est supportée par la ou les personnes mises en cause ;

« 3° Les conditions de formulation des offres transactionnelles individuelles aux personnes intéressées ainsi qu'aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes.

La parole est à M. Olivier Cadic, pour présenter l'amendement n° 234 rectifié *quinquies*.

[M. Olivier Cadic.](#) Cet amendement tend à clarifier les **conditions d'indemnisation individuelles** qui doivent être fixées par le juge dans sa décision, à l'instar de ce qui est proposé par le projet de loi dans le cadre de la médiation.

En effet, en particulier pour les litiges en matière de santé, les aspects tels que les expertises individuelles, la prise en charge de ces dernières ou encore la communication d'éléments aux tiers payeurs, sont cruciaux dans la détermination des préjudices en vue de la demande de réparation et doivent être déterminés par le juge.

[M. le président.](#) La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 928.

[Mme Aline Archimbaud.](#) Cet amendement tend en effet à clarifier les conditions d'indemnisation individuelle qui doivent être fixées par le juge dans sa décision, à l'instar de ce qui est proposé par le projet de loi dans le cadre de la médiation.

En particulier pour les litiges en matière de santé, les expertises individuelles, la prise en charge de ces dernières ou encore la communication d'éléments aux tiers payeurs, sont particulièrement importants dans la détermination des préjudices en vue de la demande de réparation et doivent être déterminés par le juge.

[M. le président.](#) L'amendement n° 927, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 19

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le juge détermine les modalités d'adhésion au groupe pour demander réparation et précise si les usagers du système de santé s'adressent directement à la personne reconnue responsable ou à l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation, après avoir obtenu l'accord de cette dernière, ou du tiers mentionné à l'alinéa suivant.

« Il peut également désigner un mandataire judiciaire, aux frais du professionnel, en vue d'obtenir l'indemnisation des usagers par ce dernier.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

[Mme Aline Archimbaud.](#) Cet amendement vise à clarifier les **modalités tant d'adhésion au groupe que de liquidation des préjudices.**

Contrairement à ce que prévoit la loi relative à la consommation prévoit pour l'action de groupe dans les domaines qu'elle couvre, le présent projet de loi prévoit que les modalités de demande de réparation par le professionnel responsable sont **laissées au libre choix de l'utilisateur.**

Cette disposition n'est pas acceptable, dans la mesure où elle laisse la porte ouverte à des demandes différentes de la part des usagers appartenant au groupe et ne permet pas une réparation dans des conditions optimales.

Cet amendement tend donc à reprendre les termes de la disposition de la loi relative à la consommation, qui confie au juge le soin de fixer dans sa décision les modalités d'adhésion au groupe pour demander réparation.

Il vise également à ce que l'association puisse être chargée de la liquidation des préjudices seulement si elle en est d'accord. Dans le cas contraire, le dispositif risque de paralyser les associations de consommateurs en leur faisant porter le poids de l'indemnisation des victimes, procédure longue et coûteuse.

En outre, l'amendement tend à clarifier la possibilité de faire assurer par un mandataire judiciaire la liquidation des préjudices en lieu et place du professionnel ou de l'association. Cela présenterait un **double avantage** : éviter une asphyxie des associations, qui pour la plupart n'ont pas les ressources suffisantes pour assurer la répartition des préjudices, et renforcer l'impartialité de ce mandataire, plus particulièrement vis-à-vis du professionnel, puisqu'il interviendrait directement sur désignation du magistrat.

[M. le président.](#) Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 855 rectifié est présenté par Mmes Aïchi, Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

L'amendement n° 864 rectifié est présenté par MM. Barbier, Amiel, Mézard et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 50

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 1143-15.* – Hors les cas où la représentation est obligatoire, l'association d'utilisateurs du système de santé agréée doit s'adjoindre obligatoirement l'assistance d'un avocat quelle que soit la juridiction devant laquelle cette action est portée.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 855 rectifié.

[Mme Aline Archimbaud.](#) Il est défendu.

[M. le président.](#) La parole est à Mme Françoise Laborde, pour présenter l'amendement n° 864 rectifié.

[Mme Françoise Laborde.](#) Je précise simplement qu'il s'agit de **rétablir la présence de l'avocat**, présence qui n'est pas une option, mais bien une obligation. En effet, l'assistance de l'avocat offre aux justiciables des garanties que seul un avocat peut leur assurer, comme le respect de la déontologie, l'assurance responsabilité civile professionnelle ou encore les compétences professionnelles d'un expert.

[M. le président.](#) Quel est l'avis de la commission sur les sept amendements restant en discussion ?

[Mme Catherine Deroche,](#) corapporteur. L'amendement n° 817 **vise à supprimer le filtre de l'association et à ouvrir le champ de l'action de groupe à toute personne ayant intérêt à agir.**

Je me suis déjà exprimée sur la nécessité de conserver un filtre associatif, dans l'intérêt des requérants.

En outre, je m'interroge sur le caractère opérationnel de la notion de « majorité de requérants ».

La commission émet donc un **avis défavorable sur cet amendement.**

L'amendement n° 929 tend à **élargir le périmètre d'action de groupe au-delà des seuls usagers du système de santé.**

La commission est également **défavorable à cet amendement.**

L'amendement n° 234 rectifié *quinquies*, défendu par M. Cadic, ainsi que l'amendement identique n° 928, défendu par Mme Archimbaud, visent à **préciser dans la loi les éléments d'évaluation du préjudice sur lequel le juge est appelé à statuer.** Il semble que ces précisions soient plutôt de niveau réglementaire. Nous souhaitons entendre l'avis du Gouvernement sur ce point et sur les orientations qu'il a retenues.

L'amendement n° 927 tend à **confier au juge la détermination des modalités de la réparation.**

Dans la rédaction de l'article 45, les victimes ont le libre choix de passer ou non par le biais de l'association pour obtenir leur indemnisation. Dans le cas où elles choisissent de ne pas le faire, il leur revient de s'adresser directement aux professionnels concernés. Dans la rédaction qui nous est proposée ici, ce libre choix serait remplacé par une décision du

juge. Il n'a pas semblé opportun à la commission d'encadrer de cette manière les modalités de réparation dans le cadre d'une action mettant en jeu des préjudices très individualisés.

La commission émet donc un **avis défavorable sur cet amendement**.

Les amendements identiques n^{os} 855 rectifié et 864 rectifié visent à **rendre obligatoire le recours des requérants à un avocat au stade final de la procédure**, à savoir la mise en œuvre du jugement et la réparation individuelle des préjudices. Il paraît difficilement envisageable d'instituer un tel monopole dans le seul périmètre de l'action de groupe en santé alors que, de manière générale, l'exécution des décisions de justice relève plutôt des huissiers de justice. La rédaction de l'alinéa 50, qui vise « toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée », n'interdit pas en tout état de cause que le requérant puisse s'adjoindre les services d'un avocat, y compris à ce stade de la procédure.

La commission sollicite le retrait de ces deux amendements ; à défaut elle émettra un avis défavorable.

[M. le président](#). Quel est l'avis du Gouvernement ?

[Mme Marisol Touraine, ministre](#). Je ne reviens pas sur le choix de passer par des associations agréées pour engager la procédure, nous en avons déjà débattu. Il paraît nécessaire de donner de la cohérence, de la solidité et de la force à ces actions. À l'inverse, permettre à des individus d'engager seuls, de leur côté, des procédures revient à les priver de l'intérêt de l'action de groupe.

Les amendements n^{os} 234 rectifié *quinquies* et 928 visent à préciser dans la loi les éléments d'évaluation du préjudice. Mme la rapporteur a rappelé, à juste titre, que ces précisions étaient de niveau réglementaire.

En effet, ces amendements visent à détailler tout ce qui devra figurer dans le jugement, c'est-à-dire l'évaluation des critères de rattachement, les modalités d'expertise individuelle, les conditions de leur prise en charge ainsi que les conditions de formulation des offres.

L'ensemble est sans doute bien trop détaillé pour être de niveau législatif. Cependant, le juge peut d'ores et déjà apporter les trois premières précisions dans sa décision s'il l'estime nécessaire. Et si ces précisions figurent dans la partie relative à la médiation, c'est précisément parce que, cette étape de règlement des demandes étant nouvelle, elle doit être encadrée pour que nous y voyions clair.

En ce qui concerne la dernière précision, à savoir les conditions de formulation des offres, elle ne relève pas de l'office du juge mais incombe aux responsables, et figure dans la convention d'indemnisation amiable au stade de la médiation.

Voilà pourquoi ces précisions ne sont pas de nature législative.

Par l'amendement n^o 927 vous demandez que le juge détermine les modalités d'adhésion au groupe. Il me semble qu'il appartient à chaque victime, lors de la phase d'indemnisation, de décider si elle passe par l'association porteuse de l'action de groupe ou si elle s'adresse directement au responsable désigné par le juge. Cette décision incombe donc à chaque personne, notamment en raison du caractère confidentiel des données médicales, qui peuvent amener une personne à ne pas souhaiter confier son dossier à des tiers associatifs.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Les amendements identiques n^{os} 855 rectifié et 864 rectifié visent à rétablir la présence d'un avocat. Or cette décision dépend de la victime, qui peut choisir de recourir ou non à un avocat.

[M. le président](#). Je mets aux voix l'amendement n^o 817.

(L'amendement n'est **pas adopté**.)

[M. le président](#). Madame Archimbaud, les amendements n^{os} 929, 928, 927 et 855 rectifié sont-ils maintenus ?

[Mme Aline Archimbaud](#). Non, je les retire, monsieur le président.

[M. le président](#). Les amendements n^{os} 929, 928, 927 et 855 rectifié **sont retirés**.

Monsieur Cadic, l'amendement n^o 234 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

[M. Olivier Cadic](#). Non, je le retire, monsieur le président.

[M. le président](#). L'amendement n^o 234 rectifié *quinquies* **est retiré**.

Madame Laborde, l'amendement n^o 864 rectifié est-il maintenu ?

[Mme Françoise Laborde](#). Non, je le retire, monsieur le président.

[M. le président](#). L'amendement n^o 864 rectifié **est retiré**.

Les **amendements n^{os} 414, 415, 416 et 417, présentés par M. Bignon, ne sont pas soutenus**.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt heures, est reprise à vingt et une heures trente-cinq, sous la présidence de Mme Isabelle Debré.)

[Mme la présidente](#). La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein de l'article 45, à deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n^o 418, présenté par M. Bignon, n'est pas soutenu.

L'amendement n^o 926, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 27, seconde phrase

Après les mots :

dans la même limite

insérer les mots :

, en cas de litige complexe

II. – Alinéa 28, seconde phrase

1° Après les mots :

assisté d'une commission

insérer le mot :

paritaire

2° Après les mots :

médiation composée

insérer les mots :

à parts égales de représentants des usagers du système de santé et de représentants du monde médical

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

[Mme Aline Archimbaud](#). Cet amendement vise à **mieux encadrer les possibilités de médiation judiciaire figurant dans le présent projet de loi**. En effet, le recours à un médiateur doit être proposé par le juge seulement si les deux parties au litige ont donné leur consentement, car la médiation ne doit pas être utilisée pour allonger les procédures ou décourager les plaignants. De même, il s'agit de **préciser que, en cas de convocation d'une commission par le juge pour assister le médiateur, cette dernière doit être paritaire**.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis de la commission ?

[Mme Catherine Deroche](#), corapporteur. Sur le premier point, la notion de litige complexe semble très difficile à définir et risqué, de ce fait, d'être très peu opérationnelle.

Sur le second point, il n'est pas certain que la médiation aboutisse à un résultat si elle repose sur une commission paritaire. Surtout, cette précision paraît relever plutôt du niveau réglementaire.

Pour l'ensemble de ces raisons, la **commission émet un avis défavorable**.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis du Gouvernement ?

[Mme Marisol Touraine, ministre](#). Je vous demande de **retirer cet amendement**, madame la sénatrice.

D'une part, je crois également que ces **dispositions relèvent du domaine réglementaire** et, d'autre part, j'attire votre attention sur le fait que demander qu'une commission soit paritaire me semble risqué. Il faut en effet s'assurer que toutes les parties au litige soient présentes autour de la table et le législateur ne peut pas déterminer *a priori* que les parties seront également représentées par des personnes appartenant aux deux sexes.

[Mme la présidente](#). Madame Archimbaud, l'amendement n° 926 est-il maintenu ?

[Mme Aline Archimbaud](#). Non, je le retire, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). **L'amendement n° 926 est retiré**.

L'amendement n° 419, présenté par M. Bignon, n'est pas soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 854 rectifié est présenté par Mmes Aïchi, Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

L'amendement n° 863 rectifié est présenté par MM. Barbier, Amiel, Mézard et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 47

Rédiger ainsi cet alinéa :

« En application de l'article 53 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques, les sommes issues de la procédure d'action de groupe, au titre de l'indemnisation des victimes sont, lorsqu'un avocat représente et/ou assiste l'association, versées sur un compte ouvert par cet avocat auprès de sa caisse des règlements pécuniaires des avocats.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 854 rectifié.

[Mme Aline Archimbaud](#). Cet amendement est défendu, madame la présidente.

[Mme la présidente](#). La parole est à Mme Françoise Laborde, pour présenter l'amendement n° 863 rectifié.

[Mme Françoise Laborde](#). La commission des affaires sociales *a permis* que les indemnisations versées aux requérants dans le cadre d'une action de groupe puissent transiter par la caisse des règlements pécuniaires des avocats, la CARPA, dès lors que l'association requérante est assistée par un avocat. **Il ne s'agirait donc que d'une faculté**.

Pour notre part, **nous proposons que les fonds d'indemnisation transitent nécessairement par les CARPA**, dès lors qu'un avocat assiste ou représente l'association. Cet amendement vise ainsi à sécuriser la circulation des fonds reçus au titre de l'indemnisation des usagers du système de santé et à assurer la traçabilité des versements.

[Mme la présidente](#). Quel est l'avis de la commission des lois ?

[M. André Reichardt](#), rapporteur pour avis de la commission des lois. Les auteurs de ces deux amendements les justifient par la nécessité d'assurer la sécurisation des fonds en confiant la gestion de ceux-ci à la CARPA. Or, selon la commission

des lois, cette sécurisation est déjà bien assurée par le dépôt obligatoire sur un compte bloqué de la Caisse des dépôts et consignations, dispositif retenu pour la plupart des professions réglementées.

J'ajoute que, si l'association requérante décide de demander à son avocat de manipuler les fonds, ceux-ci passeront nécessairement par son compte CARPA.

Enfin, mes chers collègues, permettez-moi de rappeler qu'il n'est jamais obligatoire que les fonds soient remis à un avocat. Ils peuvent être remis directement au requérant, ce qui est de nature à régler la totalité des questions que vous vous posez.

[Mme la présidente.](#) Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

[Mme la présidente.](#) Madame Archimbaud, l'amendement n° 854 rectifié est-il maintenu ?

[Mme Aline Archimbaud.](#) Non, je le retire, madame la présidente.

[Mme la présidente.](#) L'amendement n° 854 rectifié **est retiré**.

Madame Laborde, l'amendement n° 863 rectifié est-il maintenu ?

[Mme Françoise Laborde.](#) Non, je le retire, madame la présidente, puisqu'il nous est indiqué que les conditions d'une sécurisation optimale sont réunies.

[Mme la présidente.](#) L'amendement n° 863 rectifié **est retiré**.

Les amendements n°s 420, 421 et 422, présentés par M. Bignon, ne sont pas soutenus.

Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 381 rectifié est présenté par Mme Procaccia et MM. J. Gautier et Cambon.

L'amendement n° 580 est présenté par M. Vasselle.

Ces amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 657 rectifié, présenté par MM. Husson, Mouiller, Longuet, Saugey, Paul et Laménie et Mme Hummel, n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 45.

(L'article 45 est adopté.)

d. Projet de loi n° 3, adopté par le Sénat du 6 octobre 2015

Article 45

I. - Le titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III devient le chapitre IV et l'article L. 1143-1 devient l'article L. 1144-1 ;

2° Le chapitre III est ainsi rétabli :

« *CHAPITRE III*

« *Action de groupe*

« *Section 1*

« *Champ d'application de l'action de groupe et qualité pour agir*

« *Art. L. 1143-1.* - Une association d'usagers du système de santé agréée au niveau national en application de l'article L. 1114-1 peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1, ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits, à leurs obligations légales ou contractuelles. L'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits mentionnés au même II.

« L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

« *Art. L. 1143-2.* - (*Supprimé*)

« *Section 2*

« *Jugement sur la responsabilité*

« *Art. L. 1143-3.* - Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l'association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l'égard desquels la responsabilité du défendeur est engagée et fixe les critères de rattachement au groupe.

« Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit.

« Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d'instruction, y compris une expertise médicale.

« *Art. L. 1143-4.* - Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d'avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

« Ces mesures ne peuvent être mises en oeuvre qu'une fois que la décision mentionnée à l'article L. 1143-3 ne peut plus faire l'objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

« *Art. L. 1143-5.* - Dans la décision mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1143-3, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé, remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-3, pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à trois ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées.

« Au choix de l'usager, la demande de réparation est adressée à la personne reconnue responsable soit directement par lui, soit par l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation.

« Le mandat donné à l'association requérante ne vaut ni n'implique adhésion à cette association.

« L'usager donnant mandat à l'association lui indique, le cas échéant, sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L'association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

« *Art. L. 1143-5-1.* - Lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association, y compris ceux afférents à la mise en oeuvre de l'article L. 1143-15.

« Il peut ordonner, lorsqu'il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d'une partie des sommes dues par le défendeur.

« Section 3

« **Médiation**

« *Art. L. 1143-6.* - Le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1 peut, avec l'accord des parties, donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action.

« Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

« *Art. L. 1143-7.* - Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1144-1.

« Le médiateur et les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« *Art. L. 1143-8.* - Qu'elle comporte ou non la détermination des responsabilités, la convention d'indemnisation amiable fixe les conditions dans lesquelles les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d'un ou de plusieurs faits qu'elle identifie la réparation de leur préjudice.

« Elle précise notamment :

« 1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;

« 2° Les modalités d'expertise individuelle contradictoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 2° est supportée par les personnes mises en cause ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les offres transactionnelles individuelles sont présentées aux personnes intéressées ainsi qu'aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;

« 5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu'elle prévoit ;

« 6° Les modalités de suivi du dispositif ;

« 7° Les mesures de publicité mises en oeuvre par les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l'existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu'elle fixe ainsi que du délai et des modalités applicables.

« *Art. L. 1143-9.* - La convention d'indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur.

« Elle doit être acceptée par l'association requérante et l'une au moins des personnes mises en cause dans l'action engagée en application de l'article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.

« *Art. L. 1143-10.* - L'homologation met fin à l'action entre les parties signataires de la convention.

« Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6 et L. 1143-7 ne sont pas susceptibles de recours.

« *Art. L. 1143-11.* - (*Supprimé*)

« Section 4

« **Mise en oeuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices**

« *Art. L. 1143-12.* - À la demande des personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l'une ou l'autre forme prévue au deuxième alinéa de l'article L. 1143-5, les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l'article L. 1143-3 procèdent à l'indemnisation individuelle des préjudices subis, du fait du manquement reconnu par ce jugement.

« Toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des usagers est immédiatement versée en compte de dépôt à la Caisse des dépôts et consignations ou, si l'association le demande, sur un compte ouvert, par l'avocat auquel elle a fait appel en application de l'article L. 1143-15, auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats du barreau dont il dépend. Ce compte ne peut faire l'objet de mouvements en débit que pour le versement des sommes dues aux intéressés.

« *Art. L. 1143-13.* - Les usagers dont la demande n'a pas été satisfaite en application de l'article L. 1143-12 par les personnes déclarées responsables peuvent demander au juge ayant statué sur la responsabilité la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement rendu en application des articles L. 1143-3 et L. 1143-5.

« *Art. L. 1143-14.* - Le mandat aux fins d'indemnisation donné à l'association dans les conditions définies à l'article L. 1143-5 vaut également mandat aux fins de représentation pour l'exercice de l'action en justice mentionnée à l'article L. 1143-13 et, le cas échéant, pour l'exécution forcée du jugement prononcé à l'issue.

« *Art. L. 1143-15.* - L'association peut s'adjoindre, avec l'autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État, pour l'assister.

« *Art. L. 1143-16.* - Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et le demandeur ou ses ayants droit, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9 du présent code, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation du demandeur ou de ses ayants droit sont soumis, selon le cas, au chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale, au chapitre IV du titre V du livre IV du même code, à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, à l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou au chapitre II et à l'article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

« Section 5

« **Dispositions diverses**

« *Art. L. 1143-17.* - L'action mentionnée à l'article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou à compter de la date de l'homologation de la convention.

« *Art. L. 1143-18.* - La décision prévue à l'article L. 1143-3 a autorité de la chose jugée à l'égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-12 et L. 1143-13.

« *Art. L. 1143-19.* - N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits, les mêmes manquements et la réparation des mêmes préjudices que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-3 ou par une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« *Art. L. 1143-20.* - Toute association d'usagers du système de santé agréée au niveau national, en application de l'article L. 1114-1, peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-14, sa substitution dans les droits de l'association requérante en cas de défaillance de cette dernière.

« *Art. L. 1143-21.* - Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-13 peuvent être exercées directement contre l'assureur garantissant la responsabilité civile du responsable, en application de l'article L. 124-3 du code des assurances.

« *Art. L. 1143-22.* - Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d'interdire à une personne de participer à une action de groupe.

« Section 6

« **Dispositions relatives à l'outre-mer**

« *Art. L. 1143-23.* - Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis et Futuna. »

II et III. - (*Non modifiés*)

B. Commission Mixte paritaire, rapport n° 3167 AN – n° 111 Sénat du 27 octobre 2015 (désaccord)

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Rapport n° 3215, M. SEBAOUN et a., au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 10 novembre 2015

Article 45

(chapitre III et chapitre IV du titre IV du livre I^{er} de la première partie, art. L. 1143-1 à L. 1143-23 [nouveaux] et L. 1144-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Création de l'action de groupe pour la réparation des dommages causés par des produits de santé

Cet article propose la création d'une action de groupe en santé, sur le modèle prévu en matière de consommation par la loi du 17 mars 2014²⁷.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Jusqu'alors, les dommages corporels sériels causés par des produits de santé, qu'il s'agisse par exemple du Mediator ou des prothèses PIP, étaient réparés soit à l'issue de procédures juridictionnelles individuelles, soit par la mise en place de mécanismes *ad hoc*, faisant appel au moins transitoirement à la solidarité nationale, *via* l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). L'instauration d'une procédure d'action de groupe doit permettre aux victimes d'unir leurs forces, afin que les responsables des dommages sériels, fort heureusement rares, assument directement la réparation des préjudices.

● Les associations agréées d'usagers du système de santé, au niveau national comme au niveau régional, pourront introduire une action de groupe afin d'obtenir réparation de l'intégralité des préjudices résultant d'un dommage corporel causé par un produit de santé, entendu au sens large des produits soumis au contrôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Afin d'éviter tout conflit d'intérêts, la commission des affaires sociales a adopté un amendement de la rapporteure, qui ferme l'action de groupe aux associations ayant une activité annexe de commercialisation de produits de santé.

La procédure se déroulera en deux phases.

Dans une première phase, le juge saisi de la demande devra s'assurer de sa recevabilité, constater la responsabilité du producteur, du fournisseur ou de l'utilisateur du produit de santé, et définir les critères permettant aux usagers de rejoindre l'action de groupe. Le délai de rattachement pourra atteindre cinq ans après mise en œuvre, par les responsables, des mesures de publicité décidées par le juge. Le fond du droit de la responsabilité n'étant pas modifié, les responsables devront avoir commis un manquement à leurs obligations légales ou réglementaires. Le texte ne désignant pas de juridiction spécifique, le juge saisi devra donc être celui qui est territorialement et sectoriellement compétent (juge judiciaire lorsque le responsable supposé est une personne privée, juge administratif lorsqu'il est une personne publique).

À l'initiative de la rapporteure, la commission a prévu, comme dans l'action de groupe en consommation, la possibilité pour le juge de phase 1 de condamner les responsables au paiement d'une provision pour frais de justice, permettant à l'association d'assumer les coûts induits par la phase 2, notamment les frais de conseil.

Car, sur la base du jugement de phase 1, les usagers ayant décidé de rejoindre l'action de groupe solliciteront dans une seconde phase l'indemnisation des préjudices auprès des responsables. S'ils n'obtiennent pas satisfaction à l'amiable, la question pourra être portée devant un second juge, différent du premier. La spécificité de cette phase 2, en matière de santé, réside dans la nécessaire individualisation de l'indemnisation, les préjudices variant presque systématiquement d'une victime à l'autre.

Le texte prévoit la possibilité d'une médiation, décidée par le juge saisi en phase 1. À l'initiative de la rapporteure, la commission a décidé que la médiation ne pourra intervenir qu'à la demande de l'ensemble des parties, et non d'une seule, comme prévu par le droit commun de la médiation, et dans le cadre de l'action de groupe en consommation. Le recours à la médiation doit en effet rester pleinement choisi : d'une part, pour en garantir les chances de succès ; d'autre part, car ses conséquences ne sont pas neutres. Ainsi, la convention de médiation peut déterminer les conditions de l'indemnisation sans pour autant désigner de responsable. Or, l'association à l'origine de l'action de groupe peut tenir à ce que le responsable soit jugé comme tel par un tribunal.

Contre l'avis du Gouvernement, la commission a sensiblement modifié les modalités d'entrée en vigueur du dispositif. Le texte d'origine prévoyait que les dispositions introduites dans le code de la santé publique par l'article 45 ne soient pas applicables aux manquements ayant cessé avant leur entrée en vigueur. Cela signifie que des dommages nés ou à naître, mais résultant de produits qui ne seraient plus fabriqués, distribués ou prescrits à la date d'entrée en vigueur, ne pourraient pas faire l'objet d'une action de groupe. Cela aurait nui à l'efficacité du dispositif, et c'est la raison pour laquelle il convenait de supprimer cette restriction. L'action de groupe entrera donc en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet

²⁷ Loi n° 2014-344 relative à la consommation.

2016, ou à une date antérieure fixée par décret en Conseil d'État. Pourront faire l'objet d'une action de groupe les dommages non couverts par les règles classiques de prescription, qui ne sont pas modifiées par le projet de loi.

Enfin, la commission a demandé que le Gouvernement remette au Parlement un rapport faisant le bilan de l'action de groupe en santé, trente mois au plus tard après son entrée en vigueur (soit au plus tard le 1^{er} janvier 2019).

- Lors de l'examen de l'article en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté, outre 26 amendements d'ordre rédactionnel de la rapporteure, un amendement de plusieurs de nos collègues du groupe Socialiste, républicain et citoyen (sous-amendé par la rapporteure), prévoyant que toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des usagers est immédiatement versée sur un compte dédié à la Caisse des dépôts et consignations (comme c'est le cas en matière de consommation).

2. Les dispositions adoptées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté neuf amendements au texte de l'Assemblée nationale, dont huit à l'initiative de la commission des lois, saisie pour avis. Le texte de la commission n'a pas été modifié en séance publique.

- Elle a restreint l'intérêt à agir aux seules associations agréées au niveau national. Un débat nourri a eu lieu sur cette question en première lecture à l'Assemblée, qui a préféré s'en tenir à la rédaction initiale du projet de loi, pour deux raisons principales :

- d'une part, les conditions particulièrement strictes permettant l'agrément national, qui empêchent la constitution rapide d'une association *ad hoc* pour introduire une action de groupe en cas de survenance d'un nouveau dommage sériel ;

- d'autre part, le caractère géographiquement circonscrit de certains dommages sériels (par exemple les « irradiés d'Épinal »), qui montre la nécessité de permettre à des associations régionales, bien au fait des dossiers, d'agir dans le cadre d'une action de groupe.

Sur ce point, à l'initiative de la rapporteure, la commission des affaires sociales a décidé d'en revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale.

- Le délai pendant lequel les victimes peuvent adhérer à une action de groupe a été ramené de cinq à trois ans. Il s'agit là aussi d'une question débattue à l'Assemblée, qui a considéré que le délai de cinq ans prend en compte la spécificité des dommages liés aux produits de santé, dont l'apparition peut être tardive. Là aussi, la commission a choisi d'en revenir à la rédaction de l'Assemblée.

- La commission a modifié les conditions d'ouverture de la médiation, qui aurait lieu sur proposition du juge mais sous réserve de l'accord des deux parties. La rédaction du Sénat, sans doute plus claire que celle de l'Assemblée, ne change pas l'équilibre retenu en première lecture, et auquel la rapporteure était particulièrement attachée : en tout état de cause, la médiation ne pourra pas avoir lieu si l'une des deux parties ne le souhaite pas. Sur ce point, il est donc proposé d'en rester à la rédaction du Sénat.

- S'agissant encore de la procédure de médiation, la commission a supprimé la disposition en application de laquelle c'est seulement après une éventuelle délibération de la commission de médiation que le médiateur propose aux parties la convention d'indemnisation amiable.

Le texte adopté par l'Assemblée prévoyait en effet une spécificité, dérogeant au droit commun de la médiation : dans le cadre d'une action de groupe en santé, le juge peut en effet décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation, composée dans des conditions déterminées par décret ; l'existence de cette commission se justifie par la nécessité d'assurer la plus grande indépendance possible du médiateur.

L'exposé sommaire de l'amendement adopté par le Sénat pointe un certain flou qui entoure cette nouvelle procédure, et notamment la nature juridique incertaine de la délibération de la commission de médiation : s'il s'agissait d'un simple avis, son utilité serait limitée dès lors que la commission a précisément pour objet d'assister le médiateur ; s'il s'agissait d'un avis contraignant, la commission aurait donc un rôle décisionnel, au-delà de la simple mission d'assistance que lui confie le texte.

Sur ce point, sauf information contraire du Gouvernement, la sagesse appelle donc d'en rester à la rédaction du Sénat, qui, précisons-le, ne remet pas en question la mission d'assistance de la commission.

- La commission a supprimé la disposition en application de laquelle est insusceptible de recours la décision par laquelle le juge homologue la convention d'indemnisation résultant de la médiation. Il ressort des informations apportées à la rapporteure par le Gouvernement que dans le droit commun de la médiation, les accords conclusifs – même homologués – ne sont pas insusceptibles de recours, en particulier pour préserver les droits de tout tiers intéressé. Sur ce point, et sur la suggestion du Gouvernement, il est donc suggéré de conserver la rédaction du Sénat.

- La commission a prévu que les sommes reçues par l'association au titre de l'indemnisation des usagers puissent être versées soit sur un compte dédié à la Caisse des dépôts et consignations, soit sur un compte ouvert par son avocat auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats. Cette seconde option, non prévue dans l'action de groupe en consommation, a été exclue par l'Assemblée nationale en première lecture. La commission a décidé d'en revenir au texte de l'Assemblée, dans l'attente d'une éventuelle évolution en séance à l'initiative du Gouvernement.

- Il est désormais prévu que le juge de phase 2 soit le même que le juge de phase 1. Le principal avantage attendu de cette modification est de concentrer les moyens au sein d'une juridiction, « *ce qui est plus efficace que de prévoir un saupoudrage de ces moyens entre toutes les juridictions qui pourraient être saisies par les victimes lors de la phase d'indemnisation* »²⁸. Il est proposé de se rallier à la position du Sénat, de bon sens.

²⁸ Exposé sommaire de l'amendement n° COM-62 : http://www.senat.fr/amendements/commissions/2014-2015/406/Amdt_COM-62.html.

- La commission a apporté une précision plutôt bienvenue s'agissant de l'impossibilité d'engager une nouvelle action de groupe pour les mêmes faits et les mêmes manquements. Relevant à juste titre une différence de rédaction avec l'action de groupe en consommation, le Sénat a ajouté une condition supplémentaire à cette interdiction : l'action de groupe devrait non seulement porter sur les mêmes faits et manquements, mais également sur les mêmes préjudices.

Selon l'exposé sommaire de l'amendement à l'origine de cette modification, la différence de traitement résultant du texte de l'Assemblée « *est d'autant plus problématique qu'en matière de santé, il arrive parfois que certains préjudices apparaissent plus tardivement, voire qu'ils sautent une génération. Priver, dans ce cas les intéressés d'un recours par la voie de l'action de groupe, au motif que le dommage provient des mêmes faits et des mêmes manquements, sans prendre en compte la différence de préjudice, n'est alors pas légitime.* »²⁹.

Sur ce point, il est donc proposé d'en rester à la rédaction du Sénat.

- La commission a enfin adopté un amendement rédactionnel proposant plusieurs corrections bienvenues dans le texte.

3. La position de la commission

La commission a décidé d'en revenir sur les points essentiels à la rédaction de l'Assemblée nationale, en retenant toutefois les apports positifs du Sénat, détaillés *supra*.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS183 de M. Jean-Louis Roumégas.

M. Jean-Louis Roumégas. Cet amendement donne la possibilité à plusieurs associations d'engager de façon conjointe une action de groupe. Il permet à celles-ci de se coordonner et de mieux assurer les liens avec les personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

Les associations plus petites pourraient ainsi agir comme lanceurs d'alerte et se joindre à d'autres associations plus grandes et plus structurées, capables d'assurer le suivi de la procédure dans le temps.

M. Bernard Accoyer. Lorsque l'on additionne les nouvelles dispositions qui ont été adoptées – en particulier celles que M. Roumégas propose dans ses amendements et qui créent un climat de suspicion autour des experts – au dispositif des lanceurs d'alerte, on s'aperçoit que tout est en place pour provoquer des mouvements de panique. Cela risque d'être extrêmement dangereux et préjudiciable à la santé des Français.

M. Hélène Geoffroy, rapporteure. Monsieur Accoyer, les Français sont à même d'apprécier, sans paniquer, les situations auxquelles ils sont confrontés. Il suffit qu'ils soient bien informés.

Monsieur Roumégas, je suis défavorable à votre amendement – comme en première lecture. En effet, vous demandez la possibilité, pour plusieurs associations, d'introduire une action de groupe conjointe. En réalité, cet amendement est déjà satisfait. En effet, le singulier qui est employé dans le texte n'est pas exclusif du pluriel, comme le Gouvernement l'a confirmé en séance. Vous pourriez donc retirer votre amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS74 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Le Sénat a restreint l'intérêt à agir, dans le cadre d'une action de groupe, **aux seules associations agréées au niveau national**. Un débat nourri a eu lieu sur cette question en première lecture à l'Assemblée, qui a préféré s'en tenir à la rédaction initiale du projet de loi, pour deux raisons principales : d'une part, les conditions particulièrement strictes permettant l'agrément national, qui empêchent la constitution rapide d'une association *ad hoc* pour introduire une action de groupe en cas de survenance d'un nouveau dommage sériel ; d'autre part, le caractère géographiquement circonscrit de certains dommages sériels, qui montre la nécessité de permettre à des associations régionales, bien au fait des dossiers, d'agir dans le cadre d'une action de groupe.

Cet amendement a donc pour objet d'en revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS98 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement propose d'apporter une précision aux situations concernées par l'action de groupe en santé, en réaffirmant que la procédure ne peut être utilisée que dans les cas justifiant un traitement collectif du préjudice subi.

En ce sens, l'une des conditions de recevabilité de l'action doit être la preuve de l'existence d'un groupe réellement homogène. En matière de santé, l'action de groupe implique donc de s'assurer que le groupe d'usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique présente une réelle homogénéité, c'est-à-dire que les spécificités de chaque membre du groupe qui requièrent un examen individuel ne constituent qu'un aspect mineur au regard du préjudice pour lequel les individus réclament collectivement réparation.

Le présent amendement vise à clarifier cette exigence d'homogénéité, afin que seules les affaires pour lesquelles l'action de groupe est la procédure la plus efficiente soient introduites.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Monsieur Door, je vais donner un avis défavorable à votre amendement. La raison même de la phase 1 de l'action est de « définir les conditions, par un juge, de sa recevabilité ». C'est donc au juge de dire que l'action de groupe se justifie, et qui peut s'y agréger. La précision que vous souhaitez apporter dans votre amendement ne se justifie pas.

²⁹ Amendement n° COM-63 : http://www.senat.fr/amendements/commissions/2014-2015/406/Amdt_COM-63.html

Elle examine, en discussion commune, les amendements AS176 de M. Jean-Louis Roumégas et AS241 de Mme Michèle Delaunay.

M. Jean-Louis Roumégas. Cet amendement vise à étendre aux victimes d'un préjudice sanitaire individuel provenant de l'exposition à des substances biocides la possibilité de porter une action de groupe. Le code de la santé publique y fait référence, sans les définir.

Selon un rapport de l'INSERM, certaines substances actives, autorisées aujourd'hui, pourraient être impliquées de manière isolée ou en mélange dans plusieurs pathologies chez l'adulte, avoir un impact sur la fertilité ou sur le développement de l'enfant.

Il est anormal d'autoriser des actions de groupe sur les seuls produits de santé, sans tenir compte de ces substances qui sont à l'origine de nombreux scandales sanitaires et d'actions individuelles en justice. Il nous paraît donc tout à fait justifié d'autoriser des actions de groupe sur ces substances-là. Il ne s'agit que de protéger les populations. Et si les industriels qui fabriquent ou utilisent ces substances pensent qu'elles ne sont pas dangereuses, ils n'ont rien à craindre des actions de groupe.

Mme Michèle Delaunay. Mon amendement est assez spécifique, puisqu'il vise à rendre possible l'action de groupe pour les victimes du tabac. Nous avons ouvert cette possibilité aux victimes de laboratoires produisant des produits de santé. Or il n'y a pas de laboratoire pharmaceutique au monde qui fasse preuve de plus de cynisme que les cigarettiers. Nous le savons tous, 79 000 familles sont endeuillées chaque année par la perte d'une personne dont le décès est dû au tabac, sans compter les milliers de jeunes et d'enfants qui entrent dans l'addiction sans qu'aucune information ne leur soit dispensée sur le sujet.

Nous ne pouvons pas priver ces milliers de victimes du secours de la justice. La possibilité d'une action de groupe leur permettrait par ailleurs de se regrouper et d'être efficaces. Aux États-Unis, la possibilité d'engager une action de groupe a grandement contribué à la réduction du tabagisme. Sa prévalence est passée de 57 % à 14 %, et la dernière amende prononcée, qui l'a été contre le cigarettier Reynolds, a atteint 23 milliards de dollars !

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Nous avons déjà débattu en première lecture de la question posée par l'amendement de M. Roumégas. J'avais dit que, sur le principe, il ne m'apparaissait pas souhaitable d'élargir le champ de l'action de groupe à des produits chimiques – biocides, phytosanitaires et pesticides.

Sur le fond, cela reviendrait à créer un nouveau régime de responsabilité sans faute, résultant de la seule exposition à ces produits. Comment, dans ce cas, désigner un responsable chargé d'indemniser les victimes ?

J'ajoute qu'une procédure générale d'action de groupe est en cours de création dans le projet de loi relatif à la justice du XXI^e siècle en discussion au Sénat. Monsieur Roumégas, vous pourrez peut-être soulever cette question dans ce cadre-là, lorsque le texte viendra en discussion à l'Assemblée.

Enfin, votre rédaction a pour effet d'écraser une disposition adoptée en première lecture, à savoir l'interdiction d'engager une action de groupe faite aux associations qui ont pour activité annexe la commercialisation d'un produit de santé.

Sur l'amendement de Mme Delaunay, j'aurai également un avis défavorable – comme en première lecture.

Vous souhaitez l'introduction d'une action de groupe ayant pour cause commune la consommation de substances psychoactives addictives, comme l'alcool ou le tabac. Finalement, si le producteur ou le fournisseur de ce type de substances n'a commis aucun manquement, il pourrait voir sa responsabilité engagée, et être condamné à indemniser les victimes.

Mme Michèle Delaunay. C'est le but.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je comprends bien. Mais, dans le principe, peut-on être responsable des dommages causés par la consommation d'un produit que l'on commercialise légalement, et dont on respecte les conditions de commercialisation ? Il me semble en tout cas que cette question dépasse le cadre de l'article 45 du projet de loi.

M. Bernard Accoyer. Je voudrais m'exprimer contre ces amendements et déplorer que le Gouvernement et sa majorité n'aient pas déployé le même zèle, sous prétexte que la consommation de cannabis est interdite, en engageant des actions concrètes contre ce fléau. Et vous ne me ferez pas taire !

M. Jean-Louis Roumégas. L'objet de ces deux amendements n'est pas d'ouvrir la possibilité d'actions en justice contre des produits commercialisés légalement – cette possibilité existe déjà, et les procédures sont d'ailleurs nombreuses –, mais de permettre des actions de groupe en cas de mensonge des fabricants ou des distributeurs. C'est ce qui s'est passé aux États-Unis : les consommateurs ont gagné un procès contre l'industrie du tabac, qui avait menti sur le caractère addictif du produit. Cela n'a pas entraîné l'interdiction de vendre du tabac, mais la justice a condamné le mensonge avéré fait au consommateur.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je me rallie à l'avis de la rapporteure. Si l'on retenait votre amendement, madame Delaunay, l'action de groupe concernerait aussi toutes les substances psychoactives prescrites, notamment les somnifères et les hypnotiques.

Mme Michèle Delaunay. Non !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Si, dans la mesure où elles peuvent elles aussi donner lieu à une addiction.

La Commission rejette successivement les amendements AS176 et AS241.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS103 de M. Jean-Pierre Door et AS177 de M. Jean-Louis Roumégas.

M. Denis Jacquat. Je propose d'exclure expressément les produits à finalité cosmétique du champ des produits concernés par l'action de groupe en matière de santé. Les produits cosmétiques répondent à la définition juridique des produits de santé, mais, à la différence des médicaments et des dispositifs médicaux, ils n'ont pas vocation à traiter des maladies, ni à en atténuer les impacts ou à contribuer à leur diagnostic.

L'article L. 5131-1 du code de la santé publique définit le produit cosmétique comme « toute substance ou mélange destiné à être mis en contact avec les diverses parties superficielles du corps humain, notamment l'épiderme, les systèmes pileux et capillaire, les ongles, les lèvres et les organes génitaux externes, ou avec les dents et les muqueuses buccales, en vue, exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles ». L'achat d'un produit cosmétique est donc un acte de consommation courante.

Il ne nous paraît pas fondé d'inclure ces produits dans le champ de l'action de groupe en matière de santé, car ils ne présentent pas, en soi, un risque particulier justifiant une procédure d'exception en matière de recours des usagers.

M. Jean-Louis Roumégas. Mon amendement vise à inclure les produits biocides dans le champ de l'action de groupe en matière de santé. S'il s'agit de substances pour lesquelles les procédures ont été respectées et à propos desquelles il n'y a eu ni mensonge ni désinformation, notamment quant à leur dangerosité, personne n'a rien à craindre. Mais il y a eu des cas – certains ont défrayé la chronique – de substances dangereuses pour leurs utilisateurs ou pour les riverains. Je rappelle que certains néonicotinoïdes sont encore autorisés en France, alors qu'ils font l'objet d'un intense débat. Il faut permettre les actions de groupe pour que la justice puisse trancher. De toute façon, il y aura des expertises. Ceux qui ont la conscience tranquille ne devraient pas refuser la possibilité de telles actions de groupe.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable à ces deux amendements. Les produits concernés par l'action de groupe sont ceux qui entrent dans le champ de surveillance de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM). Les produits cosmétiques en font partie, car leur usage peut, dans des cas heureusement rares, provoquer des dommages corporels. Deux exemples nous ont été signalés au cours des auditions : des teintures capillaires peuvent causer des allergies sévères allant parfois jusqu'à la desquamation ; des produits contenant du camphre ou du menthol ont pu provoquer des convulsions chez de jeunes enfants. Je propose de nous en tenir au champ des produits suivis par l'ANSM.

Quant à votre amendement, monsieur Roumégas, il vise non pas à restreindre, mais à étendre le champ des produits concernés par l'action de groupe. Tous les produits biocides ne sont pas, en effet, des produits de santé. Cependant, nous avons trouvé un équilibre, et il n'est pas opportun, selon moi, d'élargir le champ de l'action de groupe au-delà du domaine de la santé. Il convient de rester dans le cadre de l'examen de ce texte. Je vous renvoie à nouveau au projet de loi relatif à la justice du XXI^e siècle actuellement examiné par le Sénat, qui prévoit la création d'une procédure générale d'action de groupe.

La Commission rejette successivement les amendements AS103 et AS177.

Elle en vient à l'amendement AS75 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Le Sénat a ramené de cinq à trois ans le délai pendant lequel les victimes peuvent adhérer à une action de groupe. Or, de toute évidence, un délai de cinq ans permet de mieux prendre en compte la spécificité des dommages liés aux produits de santé, dont l'apparition peut être tardive. Je propose donc d'en revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, c'est-à-dire à un délai de cinq ans.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS344 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise à préciser que l'utilisateur n'est pas tenu d'adhérer à l'association requérante par l'intermédiaire de laquelle il a choisi d'agir.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. L'utilisateur peut décider de recourir ou non à une association lorsqu'il sollicite une indemnisation. La précision que vous souhaitez apporter est déjà prévue dans le texte : le mandat donné à une association requérante n'oblige pas l'utilisateur à adhérer à ladite association. Je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, je lui donnerai un avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS343 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Il s'agit de faire explicitement référence aux organismes d'assurance maladie complémentaire parmi les tiers payeurs susceptibles d'engager un recours contre le responsable du dommage causé aux usagers du système de santé.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Lorsque l'utilisateur donne mandat à une association pour obtenir une indemnisation, il lui indique les organismes auxquels il est affilié pour la couverture des différents risques. Ces organismes pouvant être amenés à payer, ils sont évidemment informés de la procédure. Le texte mentionne les « organismes de sécurité sociale », ce qui recouvre non seulement les organismes de base, mais aussi les éventuels organismes complémentaires. Votre amendement est donc satisfait. Je vous invite à le retirer.

M. Gilles Lurton. Je le maintiens, car il vaut mieux, selon moi, que le texte mentionne explicitement les organismes complémentaires.

La Commission rejette l'amendement.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements AS345 et AS258 de M. Gilles Lurton.*

Puis elle examine l'amendement AS76 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je propose que les sommes reçues par l'association au titre de l'indemnisation des usagers soient versées sur un compte spécifique de la Caisse des dépôts et consignations. Il s'agit de revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

M. Bernard Accoyer. Le Sénat a proposé que ces sommes soient versées soit sur un compte à la Caisse des dépôts et consignations, soit sur un compte ouvert par l'avocat auquel l'association a fait appel auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats (CARPA) du barreau dont il dépend. Pourquoi excluez-vous les CARPA, madame la rapporteure ? Nous aimerions être éclairés sur ce point.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Ainsi que je l'ai indiqué en première lecture, nous nous sommes calés sur l'action de groupe en matière de consommation. Il est possible qu'il y ait des évolutions sur ce point au cours du débat dans l'hémicycle, mais, à ce stade, je propose que nous en revenions à la rédaction adoptée par notre assemblée.

M. Bernard Accoyer. C'est totalement arbitraire et, surtout, stigmatisant à l'égard des avocats et des CARPA ! Nous dénonçons, une fois de plus, votre attitude dogmatique : ce texte instaure, par petites touches, une exclusivité publique et une étatisation du système. Le retour à la rédaction précédente ne se justifie en rien.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS111 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous proposons de confier le traitement des actions de groupe à quelques tribunaux de grande instance et tribunaux administratifs spécialisés. Compte tenu de la nouveauté de la procédure, cette spécialisation se justifie pleinement. Ces tribunaux développeront ainsi les compétences nécessaires. La désignation d'un nombre réduit de tribunaux spécialisés permettra aussi d'éviter un engorgement des tribunaux ordinaires. Une telle spécialisation s'inscrirait dans la continuité de la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, qui a consacré la spécialisation des tribunaux de commerce.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Votre amendement soulève une question intéressante, que nous nous sommes posée au cours des auditions. Néanmoins, après analyse, nous avons préféré en rester aux règles de droit commun. En effet, c'est plutôt la spécialisation qui pourrait entraîner un engorgement, selon l'ampleur des actions de groupe. Avis défavorable.

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

Elle en vient aux amendements identiques AS101 de Mme Valérie Boyer et AS112 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Valérie Boyer. Le texte prévoit que les dispositions relatives à l'action de groupe en matière de santé entreront en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2016, après l'adoption d'un décret en Conseil d'État. Cet amendement vise à repousser cette date au 1^{er} juillet 2017, afin de laisser le temps nécessaire à l'adoption dudit décret, en l'absence duquel l'article 45 est inapplicable.

Par ailleurs, ce report permettrait d'avoir une meilleure visibilité sur les premiers effets produits par les actions de groupe engagées en matière de concurrence. Le décret attendu sur l'action de groupe en matière de santé pourrait ainsi bénéficier de ce retour d'expérience et gagner en effectivité.

M. Denis Jacquat. Même argumentation.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable. Il n'est pas utile de prolonger le délai prévu, qui paraît suffisant. De plus, l'entrée en vigueur de l'action de groupe est attendue.

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

Puis elle examine les amendements identiques AS90 de M. Jean-Pierre Door, AS93 de M. Bernard Accoyer et AS109 de Mme Valérie Boyer.

M. Denis Jacquat. En l'absence de dispositions transitoires, mon amendement prévoit que l'action de groupe est applicable aux dommages résultant de faits générateurs de responsabilité postérieurs à l'entrée en vigueur de la loi. Il vise à éviter une insécurité juridique majeure qui se traduirait par des difficultés en matière d'assurances, préoccupantes tant pour les entreprises que pour l'indemnisation des personnes.

Les usagers pourront toujours être indemnisés puisqu'ils garderont bien évidemment la possibilité d'introduire des demandes individuelles soit devant les tribunaux, soit devant les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

M. Bernard Accoyer. Mon amendement est défendu.

Mme Valérie Boyer. Le projet de loi ne définit pas le moment à partir duquel l'action de groupe en matière de santé s'appliquera aux dommages survenus dans les domaines considérés. Cette imprécision est source d'insécurité juridique. Il

est donc nécessaire de clarifier les dispositions du texte. Je propose que l'action de groupe en matière de santé s'applique seulement aux dommages résultant de faits générateurs de responsabilité postérieurs à l'entrée en vigueur de la loi.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Ces amendements reviendraient sur les modifications que la Commission puis l'Assemblée nationale ont adoptées en première lecture. Nous avons considéré que les dommages nés ou à naître causés par des produits qui ne seraient plus fabriqués, distribués ou prescrits à la date d'entrée en vigueur de l'article 45 devaient pouvoir faire l'objet d'une action de groupe. Le Sénat n'est pas revenu sur cette disposition. Ce serait un recul dommageable pour toutes les personnes potentiellement concernées. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS110 de Mme Valérie Boyer, AS114 de M. Jean-Pierre Door et AS264 de M. Gilles Lurton.

Mme Valérie Boyer. Le projet de loi prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation de l'action de groupe en matière de santé, trente mois au plus tard après la promulgation de la loi. Mon amendement vise à préciser que le rapport devra accorder une attention spécifique à l'impact de ces dispositions sur les entreprises et mesurer leur intérêt pour les usagers.

M. Jean-Pierre Door. Même argumentation.

M. Gilles Lurton. Mon amendement est défendu.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement demandant au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de l'action de groupe, au plus tard trente mois après la promulgation de la loi. Par définition, ce rapport dressera un bilan de l'application du dispositif pour les usagers comme pour les entreprises. Sinon, je ne vois pas très bien ce qu'il pourrait contenir ! Je vous invite donc à retirer ces amendements.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 45 modifié.

b. Amendements adoptés en commission

- Amendements n° AS74, Mme GEOFFROY

I. – À la première phrase de l'alinéa 8, supprimer les mots :

« au niveau national ».

II. – En conséquence, procéder à la même suppression à l'alinéa 59.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le Sénat a restreint l'intérêt à agir, dans le cadre d'une action de groupe, aux seules associations agréées au niveau national. Un débat nourri a eu lieu sur cette question en première lecture à l'Assemblée, qui a préféré s'en tenir à la rédaction initiale du projet de loi, pour deux raisons principales :

– d'une part, les conditions particulièrement strictes permettant l'agrément national, qui empêchent la constitution rapide d'une association *ad hoc* pour introduire une action de groupe en cas de survenance d'un nouveau dommage sériel ;

– d'autre part, le caractère géographiquement circonscrit de certains dommages sériels (par exemple les « irradiés d'Épinal »), qui montre la nécessité de permettre à des associations régionales, bien au fait des dossiers, d'agir dans le cadre d'une action de groupe.

Cet amendement a donc pour objet d'en revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale.

- Amendements n° AS75, Mme GEOFFROY

À la seconde phrase de l'alinéa 18, substituer au mot :

« trois »

le mot :

« cinq ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le Sénat a ramené le délai pendant lequel les victimes peuvent adhérer à une action de groupe de cinq à trois ans. Il s'agit d'une question débattue à l'Assemblée, qui a considéré que le délai de cinq ans prend en compte la spécificité des dommages liés aux produits de santé, dont l'apparition peut être tardive.

- Amendements n° AS76, Mme GEOFFROY

Après le mot :

« consignations »

supprimer la fin de la première phrase de l'alinéa 47.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le Sénat a prévu que les sommes reçues par l'association au titre de l'indemnisation des usagers puissent être versées soit sur un compte dédié à la Caisse des dépôts et consignations, soit sur un compte ouvert par son avocat auprès de la caisse des règlements pécuniaires des avocats. Cette seconde option, non prévue dans l'action de groupe en consommation, a été exclue par l'Assemblée nationale en première lecture.

Cet amendement propose donc d'en revenir au texte de l'Assemblée.

c. Débats en séance publique, deuxième séance du 27 novembre 2015

Article 45

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements identiques, n^{os} 156 et 225.

La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n^o 156.

M. Denis Jacquat. Défendu.

Mme la présidente. Avant d'entendre Mme la rapporteure, je donne la parole à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement identique n^o 225.

M. Dominique Tian. Nous aurions pu inverser pour écouter d'abord la rapporteure, et ainsi, peut-être, changer d'avis !

Compte tenu de l'ampleur potentielle des actions de groupe en santé, il nous a paru nécessaire que les associations habilitées à les introduire aient une surface suffisante pour y faire face.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. L'article 45 concerne l'introduction de l'action de groupe en santé. La question s'est posée du niveau des associations qui pourraient avoir intérêt à agir. Je crois avoir déjà dit qu'il n'était pas opportun de réserver cet intérêt à agir aux seules associations agréées au niveau national, pour deux raisons majeures que je vais rappeler.

Tout d'abord, les conditions particulièrement strictes permettant l'agrément national empêchent la constitution rapide d'une association *ad hoc* pour introduire une action de groupe en cas de survenance d'un nouveau dommage sériel.

Ensuite, dans certains cas, les dommages sériels peuvent être circonscrits géographiquement – l'exemple le plus classique étant celui des irradiés d'Épinal –, montrant la nécessité de permettre aux associations régionales de monter des dossiers. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 156 et 225, **repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.**)

Mme la présidente. La parole est à Mme Françoise Descamps-Crosnier, pour soutenir l'amendement n^o 136.

Mme Françoise Descamps-Crosnier. Il est défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Françoise Descamps-Crosnier.

Mme Françoise Descamps-Crosnier. Je retire cet amendement.

(L'amendement n^o 136 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour soutenir l'amendement n^o 429.

Mme Michèle Delaunay. Chaque année, 79 000 familles sont endeuillées du fait du tabac. De plus, des milliers d'enfants entrent en addiction sans que ni eux, ni leurs familles n'aient reçu la moindre information à ce sujet. La loi santé introduit l'action de groupe et je crois qu'il est indispensable de ne pas exclure du secours d'une procédure civile les familles de ces victimes du tabac.

Pour mémoire, cela est possible aux États-Unis pour les mêmes raisons, c'est-à-dire le caractère addictif. Une action a ainsi pu être menée à bien, amenant le cigarettier Reynolds à payer 23 milliards de dollars. Avec de telles pratiques, et avec des possibilités de cet ordre, les États-Unis ont pu ainsi réduire le tabagisme : alors qu'ils avaient atteint 55 % de prévalence, ils sont maintenant à 15 %.

Il est donc opportun d'envisager la possibilité de cette action de groupe. Je rappelle que les substances addictives sont parfaitement définies dans le code de la santé publique. Je vous invite donc à examiner cette possibilité.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Madame la députée, je crains de devoir vous donner un avis défavorable pour la quatrième fois. Je sais votre attachement à la lutte contre la consommation de substances psychoactives addictives, et nous partageons évidemment tous cet engagement.

Cela étant, dans le présent cadre, des questions restent posées. Ainsi que je vous l'ai dit précédemment, même si le producteur ou le fournisseur de ce type de substances n'a commis aucun manquement, il pourrait voir sa responsabilité

engagée et être condamné à indemniser les victimes. Or le principe de l'action de groupe est d'identifier un manquement, ce qui pose une question de principe.

Même si je sais que vous ne partagez pas cette position, je vais tout de même vous la rappeler : peut-on être responsable des dommages causés par la consommation d'un produit que l'on commercialise légalement en respectant les conditions posées à sa commercialisation ?

Je dirai avec humilité que cette question dépasse le cadre de l'article 45 du projet de loi. Il n'est donc pas opportun d'élargir le champ de l'action de groupe au-delà des produits de santé. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable

(L'amendement n° 429 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n° 549.

M. Gérard Bapt. Il s'agit d'un amendement très important visant à rendre effective l'action de groupe en matière de santé. Le texte actuel envisage l'action de groupe afin d'obtenir la « réparation des préjudices résultant de dommages corporels ». Or, en limitant l'indemnisation aux seules conséquences corporelles d'un produit de santé, le projet exclut de fait toute une série de préjudices qui sont pourtant indemnisés par les tribunaux ou par l'ONIAM – l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux.

Le risque est de mettre en œuvre une nouvelle voie procédurale qui ne présentera pas l'intérêt recherché par les usagers de santé, ce qui pourrait conduire les victimes à se détourner de l'action de groupe et à s'adresser classiquement à l'ONIAM ou aux juridictions compétentes. Voilà pourquoi je vous propose d'élargir la réparation des préjudices résultant des dommages corporels par action de groupe à la réparation des préjudices de toute nature.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Cet amendement propose de substituer aux mots : « ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant des dommages corporels » les mots : « porte sur la réparation des préjudices de toute nature ». Or votre amendement est satisfait dans son esprit parce qu'il faut distinguer entre le fait générateur de l'action de groupe et le champ des préjudices réparés.

Une action de groupe en matière de produits de santé ne peut évidemment être déclenchée que lorsqu'il existe des dommages corporels. S'il n'y a pas de dommage corporel, on n'engagera pas d'action contre un producteur de produits de santé. C'est ce que permet déjà cet article.

De plus, la notion de dommage corporel, ainsi que je l'ai précisé dans le rapport en première lecture, s'entend au sens large, c'est-à-dire qu'elle contient aussi l'atteinte à l'intégrité psychique. L'ensemble des champs des dommages corporels est donc couvert. J'avais interrogé le Gouvernement sur ce sujet, qui avait répondu de façon précise : dès lors que le dommage corporel est constaté, tous les préjudices qui en résultent sont susceptibles d'être réparés, comme un préjudice matrimonial ou même un préjudice moral.

Je vous invite donc à retirer votre amendement qui, dans le fond, est satisfait. Il en résulterait sinon une confusion entre fait générateur et champ des préjudices réparés qui ne serait pas favorable à l'action de groupe.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Demande de retrait pour les raisons très bien expliquées par Mme la rapporteure.

Mme la présidente. Monsieur Bapt, retirez-vous votre amendement ?

M. Gérard Bapt. Oui, dans la mesure où Mme la ministre s'engage aussi sur cette interprétation juridique de la notion de dommage corporel. Je suis néanmoins un peu étonné parce que les associations de victimes, qui sont généralement très bien conseillées sur le plan juridique, ont beaucoup insisté sur ce point. J'espère donc qu'elles seront satisfaites par la façon dont Mme la rapporteure et Mme la ministre les auront rassurées.

(L'amendement n° 549 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 154 et 226.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 154.

M. Gilles Lurton. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 226.

M. Dominique Tian. Je veux juste indiquer qu'en adoptant l'amendement de Mme Delaunay, vous venez, mes chers collègues, d'accepter les actions de groupe pour tous les consommateurs de cigarettes et d'alcool sur le territoire national. Il n'y a donc plus de vente de cigarettes ni d'alcool possible sur le territoire national ! Nous sommes arrivés à la même conclusion avec Arnaud Richard : c'est complètement fou ! En acceptant l'action de groupe pour les consommateurs de cigarettes et d'alcool sur le territoire national, vous ouvrez un champ infini à des procédures elles aussi infinies à tous ceux qui estimeraient qu'ils peuvent attaquer parce qu'ils ont bu ou fumé.

Nous ne pouvions pas ne pas nous arrêter sur ce point qui nous paraît hallucinant ; Mme la ministre paraît d'ailleurs elle-même un peu catastrophée. Je pense que nous allons rester un peu plus longtemps ce soir, le temps pour le Gouvernement de nous préparer un amendement gouvernemental pour revenir sur cette décision : ce n'est pas possible autrement !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je voulais dire à M. Tian qu'il n'est pas nécessaire de faire durer les débats jusqu'à ce que le Gouvernement dépose un amendement : **le Gouvernement demandera une deuxième délibération sur le vote de cet amendement.**

(Les amendements identiques n^{os} 154 et 226, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 464 et 499.

La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n^o 464.

M. Gérard Bapt. Lorsque l'utilisateur choisit d'agir par l'intermédiaire d'une association requérante, le mandat donné à cette dernière ne vaut ni n'implique adhésion à celle-ci.

Cette information est indispensable pour permettre aux tiers payeurs d'engager à leur tour une action en justice en vue d'obtenir le remboursement des sommes qu'ils ont indûment versées.

Cet amendement vise donc à préciser les modalités d'information des tiers payeurs en prévoyant que le responsable du dommage les informe des actions engagées contre lui susceptibles de leur permettre de faire valoir leurs créances à son encontre.

Il propose également de faire explicitement référence aux organismes de complémentaire santé parmi les tiers payeurs susceptibles d'engager un recours contre le responsable du dommage causé aux usagers du système de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 499.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Monsieur le député Bapt, je vous propose de retirer cet amendement car il apporte une précision inutile.

En effet, l'alinéa 20 prévoit déjà, en ces termes, que « le mandat donné à l'association requérante ne vaut ni n'implique adhésion à cette association ».

Vous évoquez le cas où l'utilisateur décide de recourir à une association mais, là encore, cette précision est déjà satisfaite. Je vous invite donc à retirer votre amendement. Je n'ai pas le sentiment d'avoir été beaucoup écoutée (*Sourires*) mais j'espère que vous serez d'accord avec moi quand même ! (*Sourires*)

M. Denis Jacquat. C'est un gag !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Retrait ou avis défavorable à l'adoption de ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je retire l'amendement n^o 464.

(L'amendement n^o 464 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Quant à moi, je ne le retire pas car il me paraît tout de même très important.

(L'amendement n^o 499 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 793 rectifié et 800 rectifié.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 793 rectifié.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour soutenir l'amendement n^o 800 rectifié.

Mme Michèle Delaunay. Il est défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 793 rectifié et 800 rectifié, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 794 et 801.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 794.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n^o 801.

M. Gérard Bapt. Il s'agit d'un amendement important puisqu'il vise à insérer les organismes d'assurance maladie complémentaires en tant que tiers payeurs informés de manière à ce qu'ils puissent engager à leur tour une action en justice en vue d'obtenir le remboursement des sommes qu'ils ont indûment versées, comme le fait actuellement l'assurance maladie en particulier.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Heureusement que j'ai commencé par donner un avis favorable à l'un de vos amendements, monsieur le député, parce que là encore mon avis est défavorable (*Sourires*).

Cet amendement, en effet, est satisfait. Vous voulez faire en sorte que, lorsque l'utilisateur ne passe pas par l'association pour obtenir une indemnisation, celui-ci informe les tiers payeurs, notamment les organismes complémentaires, afin que ceux-ci se retournent contre le responsable du dommage.

En fait, l'article L. 1143-16 du code de la santé publique créé par cet article 45 alinéa 51 le prévoit déjà. Ces dispositions sont en effet déjà prévues dans cet article de façon précise puisqu'il dispose que tous les organismes sont informés et doivent se retourner contre le responsable du dommage.

Je vous propose donc de retirer votre amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Si le code de la santé publique prévoit déjà l'information de tous les organismes, je veux bien le retirer.
(L'amendement n° 801 est retiré.)

(L'amendement n° 794 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Denys Robiliard, pour soutenir l'amendement n° 114.

M. Denys Robiliard. Il est défendu.

(L'amendement n° 114, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Denys Robiliard, pour soutenir l'amendement n° 115.

M. Denys Robiliard. Il est défendu.

(L'amendement n° 115, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Denys Robiliard, pour soutenir l'amendement n° 116.

M. Denys Robiliard. Il est défendu.

(L'amendement n° 116, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Denys Robiliard, pour soutenir l'amendement n° 121.

M. Denys Robiliard. Il est défendu.

(L'amendement n° 121, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 158 et 227.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 158.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 227.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(Les amendements identiques n°s 158 et 227, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(L'article 45, amendé, est adopté.)

(...)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 3 tendant à modifier l'article 45.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit de revenir sur le fameux amendement qu'a présenté tout à l'heure Mme Delaunay. Cet amendement visait à étendre le champ de l'action de groupe aux substances psychoactives à caractère addictif. Par cet amendement n° 3, le Gouvernement demande à l'Assemblée de supprimer les dispositions ainsi adoptées.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Sur ce point, il faut peut-être attendre le rapport de la commission.

Mme la présidente. Ce n'est pas un rapport, c'est un avis.

La parole est à Mme la rapporteure pour donner l'avis de la commission.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je donne un avis favorable à cet amendement ; je rappelle que j'avais donné un avis défavorable à l'amendement de Mme Delaunay, car je considérais qu'il n'entrait pas dans le champ de l'action de groupe pour les produits de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Juste un mot, madame la présidente. J'ai fait trop de secondes délibérations pour ne pas vous dire cela : formellement, il faut que la commission fasse un rapport, écrit ou oral.

Mme la présidente. Monsieur Richard, si vous le permettez, concernant la conduite de notre séance : le Gouvernement a présenté un amendement, le service de la séance l'a diffusé, et nous l'examinons en seconde délibération ; la commission donne son avis, puis je le mets aux voix. C'est tout : je vous donne à présent la parole pour vous exprimer sur le fond.

M. Arnaud Richard. Je ne vous lirai pas le Règlement de l'Assemblée...

Mme la présidente. Permettez-moi de vous rappeler que c'est la présidence qui est chargée de l'application du Règlement de l'Assemblée. Si vous voulez une explication du Règlement à deux heures moins dix du matin, je peux le faire. Pour la seconde fois, je vous demande de vous exprimer sur le fond de l'amendement.

M. Arnaud Richard. Je vous disais précisément que je ne vous lirai pas le Règlement !

Je tenais simplement à préciser que l'amendement de Mme Delaunay a été adopté grâce aux voix du groupe socialiste : nous n'avons pas participé au vote. Je voterai, en revanche, l'amendement de Mme la ministre en seconde délibération.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Je ne discute pas le principe de cette seconde délibération. J'aimerais simplement rappeler ce que je vous ai déjà dit.

L'amendement que j'ai déposé, et qui a été adopté, a bien entendu été expertisé : je me suis fait aider du point de vue juridique. Il touche au motif de l'addiction, qui n'est signalé en aucun cas par les cigarettiers.

Ces actions de groupe ont très largement contribué, au Québec comme aux États-Unis, à une réelle victoire sur le tabagisme, à une réduction drastique de la prévalence du tabagisme. Il n'est pas question de reproduire exactement le même mécanisme en France : mon amendement prévoyait précisément qu'une association tierce puisse déclencher l'action de groupe.

Nous faisons face au plus grand tueur qui soit : le tabac. C'est un *serial killer* mondial. Nous le connaissons bien ; ce n'est pas la peine de rappeler les chiffres. Et nous laissons les victimes du tabac seules, sans l'aide de procédures civiles, alors qu'une action de groupe est prévue par ce projet de loi pour les produits de santé. Devrions-nous exclure du champ de l'action de groupe les personnes qui sont victimes de produits qui sont néfastes à la santé et à la vie ? Voilà ce que je voulais rappeler à cette heure. Les cigarettiers commencent à regarder les risques uniquement lorsqu'ils sont soumis à de fortes pénalités, comme cela a été le cas récemment. La dernière action de groupe ayant abouti au Québec a duré dix-sept ans. Ces longs débats ont un effet très pédagogique, très dissuasif, sur le tabagisme.

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

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. L'heure est avancée, mais le sujet est important. Nous sommes en train de créer une action de groupe en santé, qui n'existait pas.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas à nous qu'il faut le dire, c'est à vos collègues socialistes ! C'est eux qui ont voté l'amendement de Mme Delaunay !

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je m'adresse à tous les députés : ce n'est pas parce que vous êtes en face de moi que vous devez vous croire le destinataire de mes propos !

Je disais que l'article 45 institue une action de groupe pour les produits de santé ; je rappelle que cette procédure est attendue par l'ensemble des associations d'usagers, qui demandent un tel outil. Si nous ne votons pas l'amendement du Gouvernement, cela reviendrait à mettre à bas un outil d'une très grande utilité.

Je répète que l'avis de la rapporteure est très favorable à cet amendement du Gouvernement. Je ne doute pas que la commission elle-même y est favorable, puisqu'elle avait donné un avis défavorable à l'amendement de Mme Delaunay – tout en comprenant ses motivations. Mme Delaunay se préoccupe des dégâts des produits addictifs sur la santé ; mais nous devons veiller à adopter des dispositions opératoires.

Je ne doute pas que tout le monde souhaite, ici, que les patients puissent recourir un jour à l'action de groupe en santé. Pour que cela soit possible, je vous engage tous à adopter cet amendement du Gouvernement.

Mme la présidente. Merci, madame la rapporteure. Vous avez appliqué à la lettre l'article 101, alinéa 3 de notre Règlement – je dis cela à l'attention de M. Richard –, aux termes duquel « Les textes qui font l'objet de la seconde délibération sont renvoyés à la commission, qui doit présenter, par écrit ou verbalement, un nouveau rapport ». C'est précisément ce que Mme la rapporteure avait fait il y a quelques minutes en donnant son avis, et c'est ce qu'elle vient de faire à nouveau. Vous avez donc eu deux rapports : j'ose espérer que vous êtes satisfait. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je regarde l'horloge, et je vois qu'il ne nous reste plus que six minutes. Pour notre part, nous assistons en spectateurs au psychodrame qui déchire la gauche. Madame la ministre, vous êtes sans cesse dans l'extrémisme, dans le déni de la réalité ; vous tapez sur les buralistes, en disant que ce sont des marchands de mort ; vous luttez, à une voix ou deux près, pour faire passer le paquet neutre ; vous répétez que l'alcool, c'est mauvais ; bref, vous dénoncez continuellement des poisons. Vous vous construisez ainsi une image, ce qui vous permet de ne pas parler des autres problèmes.

Vous êtes ainsi devenue la porte-parole de tout un ensemble de causes extrémistes ; mais vous êtes rattrapée par des gens encore plus extrémistes que vous, et vous vous trouvez dans une situation très pénible. Nous, nous allons nous contenter de vous regarder.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Mais je vous en prie ! Allez-y !

M. Dominique Tian. Vous allez jusqu'au bout de votre logique : tant pis. Si, d'ici quatre minutes, votre majorité décidait d'interdire la vente d'alcool et de cigarettes dans notre pays, comme elle en a juridiquement le droit, alors vous auriez mérité ce qui arriverait !

Nous allons donc vous regarder respectueusement vous affronter avec votre propre majorité. Vous avez voulu aller jusqu'au bout de votre logique, madame la ministre, vous ne pouvez pas vous plaindre de tels débordements !

(L'amendement n° 3, modifiant l'article 45, est adopté.)

d. Amendement adopté en séance publique

- Amendement n° 429, Mme DELAUNAY et a.

I. – Après le mot :

« commune »,

rédigier ainsi la fin de l’alinéa 8 :

« : ».

II. – En conséquence, après le même alinéa, insérer les deux alinéas suivants :

« 1° Un manquement d’un producteur, ou d’un fournisseur de l’un des produits mentionnés au II de l’article L. 5311-1 ou d’un prestataire utilisant l’un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles ;

« 2° La consommation de substances psychoactives à caractère addictif, c’est-à-dire susceptibles d’induire une augmentation des besoins et un syndrome de sevrage en cas d’interruption. Une liste est établie par décret. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à étendre la possibilité aux victimes d’un préjudice individuel, provenant de la consommation de substances psychoactives à caractère addictif (tabac, alcool notamment), de porter une action de groupe. Le Code de la santé publique fait référence, sans les définir, aux substances psychoactives (par exemple L. 5311-2 2). Un décret devra donc préciser les substances psychoactives concernées, comme le tabac ou l’alcool. Cet amendement s’inscrit dans la continuité logique de l’action de groupe prévue dans le projet de loi initial, qui ouvre la possibilité de porter une telle action pour la réparation de préjudice individuel subis par des usagers du système de santé concernant des produits de santé. Il est évident que des substances psychoactives qui sont à l’origine de centaine de morts par jour soient concernées par l’action de groupe.

e. Texte n° 618, adopté par l’Assemblée nationale le 1^{er} décembre 2015

Article 45

I. – Le titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III devient le chapitre IV et l’article L. 1143-1 devient l’article L. 1144-1 ;

2° Le chapitre III est ainsi rétabli :

« *Chapitre III*

« *Action de groupe*

« *Section 1*

« *Champ d’application de l’action de groupe et qualité pour agir*

« *Art. L. 1143-1.* – Une association d’usagers du système de santé agréée en application de l’article L. 1114-1 peut agir en justice afin d’obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d’un producteur ou d’un fournisseur de l’un des produits mentionnés au II de l’article L. 5311-1 ou d’un prestataire utilisant l’un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles.

« L’action n’est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l’un des produits mentionnés au même II.

« L’action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

« *Art. L. 1143-2.* – (*Supprimé*)

« *Section 2*

« *Jugement sur la responsabilité*

« *Art. L. 1143-3.* – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l’article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l’association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l’égard desquels la responsabilité du défendeur est engagée et fixe les critères de rattachement au groupe.

« Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d’être réparés pour les usagers constituant le groupe qu’il définit.

« Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d’instruction, y compris une expertise médicale.

« *Art. L. 1143-4.* – Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d’avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

« Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu’une fois que la décision mentionnée à l’article L. 1143-3 ne peut plus faire l’objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

« *Art. L. 1143-5.* – Dans la décision mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1143-3, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-3 pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à cinq ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées.

« Au choix de l'usager, la demande de réparation est adressée à la personne reconnue responsable soit directement par lui, soit par l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation.

« Le mandat donné à l'association requérante ne vaut ni n'implique adhésion à cette association.

« L'usager donnant mandat à l'association lui indique, le cas échéant, sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L'association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

« *Art. L. 1143-5-1.* – Lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association, y compris ceux afférents à la mise en œuvre de l'article L. 1143-15.

« Il peut ordonner, lorsqu'il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d'une partie des sommes dues par le défendeur.

« *Section 3*

« *Médiation*

« *Art. L. 1143-6.* – Le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1 peut, avec l'accord des parties, donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action.

« Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

« *Art. L. 1143-7.* – Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1144-1.

« Le médiateur et les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« *Art. L. 1143-8.* – Qu'elle comporte ou non la détermination des responsabilités, la convention d'indemnisation amiable fixe les conditions dans lesquelles les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d'un ou de plusieurs faits qu'elle identifie la réparation de leur préjudice.

« Elle précise notamment :

« 1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;

« 2° Les modalités d'expertise individuelle contradictoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 2° est supportée par les personnes mises en cause ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les offres transactionnelles individuelles sont présentées aux personnes intéressées ainsi qu'aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;

« 5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu'elle prévoit ;

« 6° Les modalités de suivi du dispositif ;

« 7° Les mesures de publicité mises en œuvre par les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l'existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu'elle fixe ainsi que du délai et des modalités applicables.

« *Art. L. 1143-9.* – La convention d'indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur.

« Elle doit être acceptée par l'association requérante et l'une au moins des personnes mises en cause dans l'action engagée en application de l'article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.

« *Art. L. 1143-10.* – L'homologation met fin à l'action entre les parties signataires de la convention.

« Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6 et L. 1143-7 ne sont pas susceptibles de recours.

« *Art. L. 1143-11.* – (*Supprimé*)

« *Section 4*

« *Mise en œuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices*

« *Art. L. 1143-12.* – À la demande des personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l'une ou l'autre forme prévue au deuxième alinéa de l'article L. 1143-

5, les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l'article L. 1143-3 procèdent à l'indemnisation individuelle des préjudices subis du fait du manquement reconnu par ce jugement.

« Toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des usagers est immédiatement versée en compte de dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Ce compte ne peut faire l'objet de mouvements en débit que pour le versement des sommes dues aux intéressés.

« *Art. L. 1143-13.* – Les usagers dont la demande n'a pas été satisfaite en application de l'article L. 1143-12 par les personnes déclarées responsables peuvent demander au juge ayant statué sur la responsabilité la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement rendu en application des articles L. 1143-3 et L. 1143-5.

« *Art. L. 1143-14.* – Le mandat aux fins d'indemnisation donné à l'association dans les conditions définies à l'article L. 1143-5 vaut également mandat aux fins de représentation pour l'exercice de l'action en justice mentionnée à l'article L. 1143-13 et, le cas échéant, pour l'exécution forcée du jugement prononcé à l'issue.

« *Art. L. 1143-15.* – L'association peut s'adjoindre, avec l'autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État, pour l'assister.

« *Art. L. 1143-16.* – Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et le demandeur ou ses ayants droit, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9 du présent code, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation du demandeur ou de ses ayants droit sont soumis, selon le cas, au chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale, au chapitre IV du titre V du livre IV du même code, à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, à l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou au chapitre II et à l'article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

« Section 5

« *Dispositions diverses*

« *Art. L. 1143-17.* – L'action mentionnée à l'article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou à compter de la date de l'homologation de la convention.

« *Art. L. 1143-18.* – La décision prévue à l'article L. 1143-3 a autorité de la chose jugée à l'égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-12 et L. 1143-13.

« *Art. L. 1143-19.* – N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits, les mêmes manquements et la réparation des mêmes préjudices que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-3 ou par une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« *Art. L. 1143-20.* – Toute association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-14, sa substitution dans les droits de l'association requérante en cas de défaillance de cette dernière.

« *Art. L. 1143-21.* – Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-13 peuvent être exercées directement contre l'assureur garantissant la responsabilité civile du responsable, en application de l'article L. 124-3 du code des assurances.

« *Art. L. 1143-22.* – Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d'interdire à une personne de participer à une action de groupe.

« Section 6

« *Dispositions relatives à l'outre-mer*

« *Art. L. 1143-23.* – Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis et Futuna. »

II et III. – (*Non modifiés*)

2. Sénat

a. Rapport n° 233, M. MILON et a., au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 9 décembre 2015

- Article 45 - (art. L. 1143-1 à L. 1143-23 [nouveaux] du code de la santé publique) - Action de groupe pour la réparation - des dommages causés par des produits de santé

Objet : Cet article instaure une procédure d'action de groupe en réparation des préjudices corporels causés par l'utilisation de produits de santé.

I - La position du Sénat en première lecture

Afin de remédier aux insuffisances des voies de recours actuellement ouvertes aux usagers du système de santé, et qui ont notamment montré leurs limites dans le cadre de l'affaire du Mediator, le présent article tend à définir une nouvelle voie de réparation et d'indemnisation pour les victimes d'un dysfonctionnement du système de soins. Cette action de groupe en matière de santé a été conçue, sous réserve des adaptations rendues nécessaires par la nature corporelle des dommages indemnisés, sur le modèle de l'action de groupe en matière de consommation³⁰. Les grands principes en sont les suivants :

- la procédure commune pourra être engagée par une association agréée d'usagers du système de santé, qui jouera un rôle de filtre ;
- elle visera à établir la responsabilité d'un produit de santé dans la survenue de dommages sériels de nature exclusivement corporelle ;
- la procédure, qui pourra être engagée devant le juge administratif ou devant le juge judiciaire selon la qualité des personnes impliquées, sera articulée en deux phases : la première permettra d'établir la responsabilité de l'exploitant ou du prestataire, tandis que la seconde visera à l'indemnisation des victimes et à la réparation individuelle des préjudices ;
- la phase de réparation des préjudices pourra être amiable ou contentieuse, un médiateur pouvant être désigné à la demande des parties.

La commission des affaires sociales du Sénat avait adopté **neuf amendements** à cet article, dont la plupart entraînaient des modifications substantielles du dispositif proposé.

- A l'initiative de ses rapporteurs, elle avait tout d'abord adopté un amendement prévoyant que les indemnités versées aux requérants dans le cadre d'une action de groupe pour laquelle l'association requérante est assistée par un avocat **peuvent également transiter, à la demande de l'association, par la caisse des règlements pécuniaires des avocats (Carpa)** à laquelle cet avocat est affilié. Cette rédaction reprenait celle qui avait été proposée par le Sénat à l'article 11 *ter* du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, à propos de l'action de groupe en matière de consommation.

- Elle avait par ailleurs adopté huit amendements sur proposition de notre collègue André Reichardt, rapporteur pour avis au nom de la commission des lois.

Le premier d'entre eux visait à limiter la qualité à agir dans le cadre d'une action de groupe en matière de santé **aux seules associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national**, dans le but de garantir les meilleures chances de succès à l'action de groupe. Il convient en effet de s'assurer que les acteurs qui portent une telle action disposent de l'expérience et des moyens suffisants pour faire face à une procédure souvent longue et complexe.

Le deuxième **raccourcissait de cinq à trois ans le délai maximum pendant lequel l'adhésion au groupe des victimes est possible**, cette durée ayant été définie avec le double souci de limiter la durée de la situation d'incertitude à laquelle sont exposés les professionnels susceptibles d'être poursuivis, et de ne pas léser les droits des victimes.

Trois d'entre eux portaient ensuite sur la **procédure de médiation**. Le premier procédait à un alignement du régime de la médiation en matière d'action de groupe sur le droit commun, en permettant également au juge de proposer une médiation, et non pas seulement aux parties ; il s'agissait ainsi de favoriser le recours à des procédures amiables qui permettent bien souvent une indemnisation plus rapide des victimes. Le deuxième supprimait la formalité consistant à soumettre la convention d'indemnisation proposée aux parties par le médiateur à la délibération préalable de la commission de médiation censée assister le médiateur dans sa tâche, qui semblait alourdir inutilement la procédure. Le troisième prévoyait que la décision d'homologation de l'accord de médiation est susceptible de recours, afin de prendre en compte les situations dans lesquelles un tiers peut avoir intérêt à contester la décision d'homologation du juge.

Un sixième amendement tendait à **réserver au juge ayant statué sur la responsabilité dans le cadre de la première phase de l'action de groupe la charge de se prononcer sur la réparation individuelle des préjudices lors de la deuxième phase**. L'objectif était de limiter les risques de divergences d'appréciation d'une juridiction à une autre, qui pourraient porter atteinte à l'égalité des justiciables.

Un septième clarifiait les **conditions de formation d'une action de groupe ultérieure** en prévoyant que pour être interdite, une nouvelle action de groupe devrait porter sur les mêmes faits et les mêmes manquements, mais également sur la réparation des mêmes préjudices. Le Sénat a en effet considéré que cette rédaction permettait de mieux prendre en compte la situation des victimes dont les préjudices apparaîtraient tardivement.

Le huitième, enfin, procédait à une modification rédactionnelle.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

³⁰ Mise en place par la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation

A l'initiative de sa rapporteure, Mme Hélène Geoffroy, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a tout d'abord adopté trois amendements visant à revenir à son texte sur certains points. Ces amendements portent :

- sur la possibilité donnée aux requérants de faire transiter les indemnisations par la Carpa à laquelle est rattaché l'avocat qui les représente ;
- sur le délai pendant lequel l'adhésion au groupe des victimes est possible, qui se voit ramené à cinq ans ;
- sur le champ des associations pouvant engager une action de groupe, l'Assemblée nationale l'ayant à nouveau étendu aux associations locales.

Un amendement visant à étendre la possibilité de porter une action de groupe aux victimes d'un préjudice provenant de la consommation de substances psychoactives à caractère addictif a ensuite été adopté au stade de la séance publique, à l'initiative de Mme Michèle Delaunay et de plusieurs de ses collègues du groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC). Il avait reçu un avis défavorable du Gouvernement comme de la commission, qui a fait valoir la difficulté de définir une responsabilité pour les dommages causés par la consommation d'un produit légalement commercialisé.

Le Gouvernement est cependant revenu sur cette extension par un amendement présenté en seconde délibération, et dont l'objet précisait que « le dispositif tel que proposé dans le projet de loi a été élaboré dans le seul but de répondre aux dommages causés par [les produits de santé] ».

b. Compte rendu intégral, séance publique du 14 décembre 2015

[Adoption d'une question préalable]

c. Projet de loi n° 54, rejeté par l'adoption d'une question préalable le 14 décembre 2015

D. Lecture définitive

1. Assemblée nationale

d. Projet de loi n° 650, définitivement adopté par l'Assemblée le 17 décembre 2015

Article 184 (ex 45)

I. – Le titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III devient le chapitre IV et l'article L. 1143-1 devient l'article L. 1144-1 ;

2° Le chapitre III est ainsi rétabli :

« *Chapitre III*

« *Action de groupe*

« *Section 1*

« *Champ d'application de l'action de groupe et qualité pour agir*

« *Art. L. 1143-1.* – Une association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles.

« L'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits mentionnés au même II.

« L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

« *Section 2*

« *Jugement sur la responsabilité*

« *Art. L. 1143-2.* – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l'association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l'égard desquels la responsabilité du défendeur est engagée et fixe les critères de rattachement au groupe.

« Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit.

« Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d'instruction, y compris une expertise médicale.

« *Art. L. 1143-3.* – Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d’avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

« Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu’une fois que la décision mentionnée à l’article L. 1143-2 ne peut plus faire l’objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

« *Art. L. 1143-4.* – Dans la décision mentionnée au premier alinéa de l’article L. 1143-2, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l’article L. 1143-2 pour adhérer au groupe afin d’obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à cinq ans, commence à courir à compter de l’achèvement des mesures de publicité ordonnées.

« Au choix de l’usager, la demande de réparation est adressée à la personne reconnue responsable soit directement par lui, soit par l’association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d’indemnisation.

« Le mandat donné à l’association requérante ne vaut ni n’implique adhésion à cette association.

« L’usager donnant mandat à l’association lui indique, le cas échéant, sa qualité d’assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu’il a subi, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L’association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

« *Art. L. 1143-5.* – Lorsqu’il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d’une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l’association, y compris ceux afférents à la mise en œuvre de l’article L. 1143-14.

« Il peut ordonner, lorsqu’il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l’affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d’une partie des sommes dues par le défendeur.

« *Section 3*

« *Médiation*

« *Art. L. 1143-6.* – Le juge saisi de l’action mentionnée à l’article L. 1143-1 peut, avec l’accord des parties, donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l’organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l’indemnisation amiable des dommages qui font l’objet de l’action.

« Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

« *Art. L. 1143-7.* – Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d’une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l’article L. 1144-1.

« Le médiateur et les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« *Art. L. 1143-8.* – Qu’elle comporte ou non la détermination des responsabilités, la convention d’indemnisation amiable fixe les conditions dans lesquelles les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d’un ou de plusieurs faits qu’elle identifie la réparation de leur préjudice.

« Elle précise notamment :

« 1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;

« 2° Les modalités d’expertise individuelle contradictoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 2° est supportée par les personnes mises en cause ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les offres transactionnelles individuelles sont présentées aux personnes intéressées ainsi qu’aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;

« 5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu’elle prévoit ;

« 6° Les modalités de suivi du dispositif ;

« 7° Les mesures de publicité mises en œuvre par les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l’existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu’elle fixe ainsi que du délai et des modalités applicables.

« *Art. L. 1143-9.* – La convention d’indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur.

« Elle doit être acceptée par l’association requérante et l’une au moins des personnes mises en cause dans l’action engagée en application de l’article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.

« *Art. L. 1143-10.* – L’homologation met fin à l’action entre les parties signataires de la convention.

« Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6 et L. 1143-7 ne sont pas susceptibles de recours.

« *Section 4*

« *Mise en œuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices*

« *Art. L. 1143-11.* – À la demande des personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l'une ou l'autre forme prévue au deuxième alinéa de l'article L. 1143-4, les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l'article L. 1143-2 procèdent à l'indemnisation individuelle des préjudices subis du fait du manquement reconnu par ce jugement.

« Toute somme reçue par l'association au titre de l'indemnisation des usagers est immédiatement versée en compte de dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Ce compte ne peut faire l'objet de mouvements en débit que pour le versement des sommes dues aux intéressés.

« *Art. L. 1143-12.* – Les usagers dont la demande n'a pas été satisfaite en application de l'article L. 1143-11 par les personnes déclarées responsables peuvent demander au juge ayant statué sur la responsabilité la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement rendu en application des articles L. 1143-2 et L. 1143-4.

« *Art. L. 1143-13.* – Le mandat aux fins d'indemnisation donné à l'association dans les conditions définies à l'article L. 1143-4 vaut également mandat aux fins de représentation pour l'exercice de l'action en justice mentionnée à l'article L. 1143-12 et, le cas échéant, pour l'exécution forcée du jugement prononcé à l'issue.

« *Art. L. 1143-14.* – L'association peut s'adjoindre, avec l'autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État, pour l'assister.

« *Art. L. 1143-15.* – Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et le demandeur ou ses ayants droit, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9 du présent code, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation du demandeur ou de ses ayants droit sont soumis, selon le cas, au chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale, au chapitre IV du titre V du livre IV du même code, à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, à l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou au chapitre II et à l'article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

« *Section 5*

« *Dispositions diverses*

« *Art. L. 1143-16.* – L'action mentionnée à l'article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l'article L. 1143-2 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou à compter de la date de l'homologation de la convention.

« *Art. L. 1143-17.* – La décision prévue à l'article ~~L. 1143-3~~ L. 1143-2 a autorité de la chose jugée à l'égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-11 et L. 1143-12.

« *Art. L. 1143-18.* – N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits, les mêmes manquements et la réparation des mêmes préjudices que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-2 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-2 ou par une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

« *Art. L. 1143-19.* – Toute association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-13, sa substitution dans les droits de l'association requérante en cas de défaillance de cette dernière.

« *Art. L. 1143-20.* – Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-12 peuvent être exercées directement contre l'assureur garantissant la responsabilité civile du responsable, en application de l'article L. 124-3 du code des assurances.

« *Art. L. 1143-21.* – Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d'interdire à une personne de participer à une action de groupe.

« *Section 6*

« *Dispositions relatives à l'outre-mer*

« *Art. L. 1143-22.* – Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis et Futuna. »

II. – Le présent article entre en vigueur à la date fixée par les dispositions réglementaires prises pour son application, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

III. – Trente mois au plus tard après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de la procédure d'action de groupe et propose les adaptations qu'il juge nécessaires.