

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du jeudi 13 janvier 2022

(44^e jour de séance de la session)



**PREMIER
MINISTRE**

Direction de l'information
légale et administrative

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME PASCALE GRUNY

Secrétaires :

Mme Marie Mercier, M. Jean-Claude Tissot.

1. **Procès-verbal** (p. 435)
2. **Mise au point au sujet d'un vote** (p. 435)
3. **Port du casque à vélo et dans le cadre d'autres moyens de transport.** – Discussion et retrait d'une proposition de loi (p. 435)

Discussion générale :

M. François Bonneau, auteur de la proposition de loi

M. Jérôme Durain, rapporteur de la commission des lois

Mme Marlène Schiappa, ministre déléguée auprès du ministre de l'intérieur, chargée de la citoyenneté

M. Alain Marc

M. François Bonhomme

M. Jacques Fernique

M. Gérard Lahellec

M. Loïc Hervé

M. Jean-Claude Requier

M. Olivier Jacquin

Mme Nadège Havet

Mme Béatrice Gosselin

Clôture de la discussion générale.

Retrait de la proposition de loi.

Suspension et reprise de la séance (p. 446)

PRÉSIDENTE DE M. ROGER KAROUTCHI

4. **Plateforme de référencement des malades chroniques de la covid-19.** – Adoption définitive d'une proposition de loi (p. 446)

Discussion générale :

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur de la commission des affaires sociales

M. Alain Milon

Mme Raymonde Poncet Monge

Mme Laurence Cohen

Mme Jocelyne Guidez

M. Jean-Claude Requier

M. Bernard Jomier

M. Martin Lévrier

Mme Colette Mélot

M. Jean-François Husson

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée

Clôture de la discussion générale.

Article 1^{er} (p. 456)

Amendement n° 6 rectifié *bis* de Mme Colette Mélot. – Retrait.

Amendement n° 2 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 8 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 2 (p. 458)

Amendement n° 7 rectifié *bis* de Mme Colette Mélot. – Retrait.

Amendement n° 3 de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 4 de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Adoption de l'article.

Après l'article 2 (p. 458)

Amendement n° 9 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Retrait.

Article 3 (*supprimé*) (p. 459)

Vote sur l'ensemble (p. 459)

Adoption définitive de la proposition de loi.

5. **Organisation des travaux** (p. 459)

6. **Ordre du jour** (p. 460)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME PASCALE GRUNY

vice-président

Secrétaires :
Mme Marie Mercier,
M. Jean-Claude Tissot.

Mme le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à onze heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

Mme le président. La parole est à M. Olivier Jacquin.

M. Olivier Jacquin. Madame la présidente, le 12 janvier 2021, lors du scrutin public n° 74, M. Franck Montaugé souhaitait s'abstenir, et non voter pour.

Mme le président. Acte vous est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

3

PORT DU CASQUE À VÉLO ET DANS LE CADRE D'AUTRES MOYENS DE TRANSPORT

DISCUSSION ET RETRAIT D'UNE PROPOSITION DE LOI

Mme le président. L'ordre du jour appelle la discussion, à la demande du groupe Union Centriste, de la proposition de loi relative au port du casque à vélo et dans le cadre d'autres moyens de transport, présentée par M. François Bonneau et plusieurs de ses collègues (proposition n° 761 [2020-2021], résultat des travaux de la commission n° 312, rapport n° 311).

Dans la discussion générale, la parole est à M. François Bonneau, auteur de la proposition de loi.

M. François Bonneau, auteur de la proposition de loi. Madame la présidente, madame la ministre déléguée chargée de la citoyenneté, mes chers collègues, en 2020,

quelque 178 cyclistes ont perdu la vie et 4 594 autres ont été blessés – sans doute ce dernier chiffre est-il encore sous-estimé. La moitié d'entre eux ne portait pas de casque. À eux seuls, les cyclistes représentent 2,7 % de la circulation et 7 % des décès.

La sécurité routière a évalué la gravité des blessures pour 100 cyclistes, en créant un ratio de gravité. Pour les cyclistes ne portant pas de casque, ce ratio est de 2,3, contre 1,6 pour ceux qui sont coiffés d'un casque. La différence demeure importante.

Partant de ce postulat, nul ne peut rester indifférent au risque que nous laissons courir à tous ceux qui ne portent pas le casque à vélo au-delà de 12 ans – comme vous le savez, il est obligatoire avant cet âge –, ainsi qu'à tous les usagers d'engins à assistance électrique, qui sont totalement exclus du champ d'application de l'obligation, même avant 12 ans.

En effet, limiter le port du casque aux seuls utilisateurs de cycles, ce serait ignorer le danger que font courir les nouveaux moyens de transport alternatifs. L'essor des nouvelles mobilités, comme toute nouveauté, entraîne des risques certains. Chacun d'entre nous a déjà été confronté à une situation dangereuse liée à une trottinette électrique.

C'est d'autant plus vrai que le développement massif du libre-service pour ces appareils ne promeut que le plaisir et l'intérêt de ce mode de déplacement sans en évoquer les dangers, notamment ceux qui sont liés à la vitesse et à une forme d'instabilité.

Ces engins électriques, dont la vitesse peut largement dépasser les 30 kilomètres par heure lorsqu'ils ne sont pas bridés, ne font l'objet d'aucune réglementation quant au port du casque, alors qu'un scooter circulant à une allure similaire y est contraint.

À l'évidence, j'en conviens, il serait plus simple de ne pas porter le casque et de n'y contraindre personne. Pourtant, un usager protégé a plus de chances de ne pas être blessé, donc de continuer à pouvoir utiliser ces modes de circulation. En revanche, quand le mal est fait, ce sont nos soignants qui en parlent le mieux...

Monsieur le rapporteur, vous avez auditionné plusieurs professionnels, notamment ceux du corps médical, et analysé différentes études sur le port du casque. La réponse est unanime : ce dernier sauve des vies et évite des commotions cérébrales. Parfois même, il évite un passage à l'hôpital, ce qui représente des hospitalisations en moins. Or, si l'on sait l'engagement de ceux qui travaillent dans le système hospitalier, nul n'ignore qu'ils ont cruellement besoin d'un nouveau souffle.

Plus encore, une étude australienne de 2016, qui se fonde sur quarante études internationales, conclut que le port du casque à vélo est associé à une réduction de 51 %, en moyenne, des risques de blessures à la tête et au visage.

Mis en pratique dans les chiffres du bilan d'accidentalité de la sécurité routière en 2020, le score de gravité MAIS, pour *Maximum Abbreviated Injury Scale*, 4+ montre que plus de 70 % des usagers ayant au moins une lésion de niveau 4 ou 5 et des lésions de type 1, 2 et 3, sont blessés au niveau de la tête. On peut légitimement imaginer la protection qu'apporterait le casque s'il était porté par tous les cyclistes, usagers de gyropodes et usagers de trottinettes, en rappelant que la précédente étude évoque une réduction de 50 % des blessures à la tête et au visage.

Les chiffres parlent, et rien que les chiffres, auxquels chacun donne une importance particulière pour justifier ses choix.

Si des raisons juridiques, plus précisément constitutionnelles, empêchent à juste titre le Parlement d'agir directement et véritablement pour traiter le problème, la commission des lois, je n'en doute pas, partage l'objectif de renforcer la sécurité des usagers vulnérables.

En l'espèce, s'agissant du domaine réglementaire, il vous appartient, madame la ministre, d'assumer vos responsabilités sur ce sujet et d'agir en conscience.

Certes, vous avancerez la courbe positive et volontaire du port du casque à vélo pour nous indiquer qu'il vaudrait mieux que chacun soit libre de prendre sa propre décision et que le temps fera le travail. Toutefois, la sécurité routière estime que, en 2020, seuls 31 % des usagers ont porté le casque de manière volontaire, soit moins d'un tiers d'entre eux.

Si l'on consentait à ce que seulement un tiers des usagers porte une ceinture de sécurité en voiture, si un tiers seulement des motards était coiffé d'un casque, si un tiers seulement de la population portait le masque, il faudrait alors compter de nombreuses blessures et décès supplémentaires. L'obligation sauve et protège !

Toutes proportions gardées, je veux simplement vous dire que l'on peut tout démontrer avec des chiffres, mais que les vies perdues et les vies brisées ne se rattrapent pas.

Ainsi, puisque nous sommes tous conscients du danger, pourquoi protéger uniquement les moins de 12 ans ? Le danger s'arrête-t-il vraiment quand on atteint 12 ans ? Pourquoi ne pas protéger tous les mineurs et, au-delà, tous nos compatriotes ?

Pourquoi les athlètes du Tour de France, modèles pour nombre d'entre nous, portent-ils un casque en circulant en moyenne aux alentours de 40 kilomètres par heure, alors que certains engins à assistance électrique permettent aisément d'atteindre cette vitesse, voire de la dépasser ? Chacun d'entre nous a déjà vu des chutes sur la Grande Boucle, et personne ne souhaite que l'un de ses proches se retrouve dans une pareille situation, à heurter le sol avec la tête, sans casque.

Vous l'aurez compris, le texte que je vous soumetts tend à démocratiser le port du casque à vélo et dans tous les autres modes alternatifs de transports, à assistance électrique notamment, en le rendant obligatoire. Cela ne découle d'aucune évidence, puisque la compétence s'agissant du port du casque relève du domaine réglementaire.

C'est pourquoi j'ai souhaité exploiter un élément du domaine législatif pour présenter cette proposition de loi. Elle s'appuie sur l'article R. 431-1 du code de la route pour créer une infraction de non-port du casque, sur la base de la même infraction à moto.

Certains évoquent d'ores et déjà le risque de la diminution de la pratique face à la protection de la vie de l'individu.

En 1975, dans son arrêt *Bouvet de la Maisonneuve et Millet* concernant l'obligation du port de la ceinture en voiture, le Conseil d'État a pris en compte cette mesure de protection à l'égard de la personne elle-même, sans craindre la diminution de l'utilisation de la voiture pour le secteur automobile. Aujourd'hui, nous nous devons de raisonner pour la protection du plus grand nombre, avec une certaine idée de l'intérêt général chevillée au corps.

Le développement des circulations douces ne cessera pas ; les ruptures de stocks régulières sur les ventes de cycles le montrent bien.

Domaine réglementaire ou législatif, la visée finale reste la même : agir pour protéger et pour sauver des vies. Cette proposition de loi d'appel, même s'il eût été bon de mener une action législative immédiate, doit porter le sujet pour l'avenir, en incitant à une sensibilisation plus forte, mais surtout à l'action.

Il s'agit de réaliser un acte courageux, en n'attendant pas que le port du casque suive une courbe purement volontaire. En effet, la progression serait équivalente à 10 % tous les quatre ans, de sorte qu'il faudrait plus de vingt ans pour obtenir un résultat complet, dans le meilleur scénario possible. Ce n'est pas suffisant, car trop de vies sont en jeu. Parfois, la responsabilité de chacun passe par l'obligation, dans l'intérêt de tous.

À l'évidence, mes chers collègues, l'idéal serait que nous adoptions aujourd'hui cette proposition de loi pour porter le sujet au meilleur niveau. Nos débats doivent enrichir notre connaissance du sujet et le rendre public, avant, je l'espère, une très prochaine intervention volontaire du pouvoir réglementaire.

Le débat doit nous conduire à faire évoluer la situation, sans négliger les autres actions complémentaires.

Les chiffres montrent que le plus grand nombre de blessés ou de tués appartient à la tranche d'âge des 25 à 64 ans, loin de celle qui est à ce jour soumise à l'obligation.

Avant de conclure, permettez-moi de citer Winston Churchill : « On ne devrait jamais tourner le dos à un danger pour tenter de le fuir. Si vous le faites, vous le multipliez par deux. Mais si vous l'affrontez rapidement et sans vous dérober, vous le réduisez de moitié. » En agissant, je suis convaincu que nous protégerons et sauverons des vies.

Mes chers collègues, si juridiquement cette proposition de loi peut poser certaines difficultés, car tel est le cas, c'est dans l'action que nous devons nous inscrire pour sensibiliser, protéger et sauver. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC. – M. Alain Marc applaudit également.*)

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

M. Jérôme Durain, rapporteur de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, la proposition de loi présentée par François Bonneau et plusieurs de nos collègues tend à imposer le port du casque, d'une part, pour les cyclistes, et, d'autre part, pour les usagers d'engins de déplacement personnel motorisés, ou EDPM, notamment les trottinettes électriques ou les gyroroues.

Je tiens tout d'abord à remercier François Bonneau de nos échanges constructifs.

Le port du casque n'est à ce jour imposé qu'aux conducteurs et passagers de vélos de moins de 12 ans, ainsi qu'à tous les utilisateurs d'EDPM, lorsqu'ils sont autorisés par l'autorité de police à circuler hors agglomération. L'infraction à cette obligation est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la quatrième classe.

Comme vous l'avez dit, cher collègue, il existe un consensus scientifique sur l'efficacité du casque en cas d'accident : celui-ci protège des traumatismes crâniens ou de la fracture du crâne, même si son efficacité décroît au-delà d'une certaine vitesse, à 45 kilomètres par heure, voire à 30 kilomètres par heure.

Les professeurs de médecine ou de biomécanique que nous avons entendus ont plaidé pour le port du casque obligatoire, s'appuyant notamment sur l'étude d'une université australienne selon laquelle le port du casque à vélo est associé à une réduction de 51 %, en moyenne, des risques de blessures à la tête.

Quant à l'utilisateur non casqué d'un EDPM, il risque, selon les travaux de l'université de Strasbourg, une fracture du crâne dans près de 95 % des cas et une commotion cérébrale dans 90 % des cas, lorsque la vitesse dépasse les 20 kilomètres par heure.

Pourtant, le port du casque reste encore minoritaire. S'il a progressé de dix points depuis 2016, seuls 31 % des cyclistes le pratiquent en 2020. La proportion d'usagers d'EDPM portant un casque est quant à elle estimée à 86 % pour les propriétaires, contre 9 % pour le libre-service. Or la mortalité cycliste a augmenté de 21 % depuis 2010 et le nombre de blessés en EDPM de 40 % en un an.

La proposition de loi de François Bonneau nous invite donc à passer de l'incitation à l'obligation. Cette ambition est légitime, et je la salue. Les éléments statistiques que j'ai présentés valident l'intention et l'intuition de l'auteur de la proposition de loi.

Pour atteindre cet objectif louable, le texte prévoit tout d'abord d'étendre aux cycles et aux EDPM la possibilité d'immobiliser ou de mettre en fourrière un véhicule, telle qu'elle existe déjà pour les deux-roues à moteur, en cas de défaut du port du casque ou de gants.

Elle prévoit, ensuite, de sanctionner l'infraction de l'usage sans casque de ces véhicules, par l'amende déjà applicable dans la même situation aux deux-roues à moteur.

Bien qu'elle partage l'objectif de renforcer la sécurité des usagers de la route vulnérables, la commission des lois n'a pu que constater que ce texte relevait de la responsabilité du Gouvernement. En effet, l'obligation du port du casque est une disposition de nature réglementaire, tout comme les peines applicables aux infractions contraventionnelles.

De surcroît, la commission a estimé que l'immobilisation ou la mise en fourrière d'un vélo ou d'un EDPM pouvait être disproportionnée et source de difficultés pratiques dans sa mise en œuvre par les forces de l'ordre.

En revanche, le débat est légitime sur cette importante question de sécurité routière et de santé publique. Les nombreuses études scientifiques sur le sujet attestent la protection qu'offre le port du casque en cas d'accident à vélo ou à bord d'un EDPM. Il est donc crucial de l'encourager fortement.

S'agissant du vélo, nous avons estimé qu'il fallait trouver un équilibre entre volontarisme et prudence, compte tenu de l'intérêt du port du casque, d'une part, et du risque de décourager la pratique, d'autre part. La Fédération française des usagers de la bicyclette (FUB) s'y oppose, pour ce motif précis.

Pour toutes ces raisons, mes chers collègues, je vous propose de ne pas adopter cette proposition de loi. Sans me tromper de débat ni confondre le port du masque avec le port du casque, je considère qu'il vaut mieux convaincre que contraindre.

En outre, comme je l'ai expliqué, une initiative parlementaire risque de ne pas être très efficace pour traiter ce sujet de compétence réglementaire.

Je saisis l'occasion de l'examen de ce texte, dont je reconnais l'utilité comme texte d'appel, pour interpellier le Gouvernement sur ses ambitions en matière de sécurité routière.

Madame la ministre, comment comptez-vous encourager le port du casque à vélo ? Envisagez-vous de généraliser l'obligation du port du casque pour les engins de déplacement personnel motorisés ?

Quels sont vos engagements pour protéger ces usagers de la route qui font partie des plus vulnérables, qu'il s'agisse de campagnes de communication, de sécurisation des infrastructures pour renforcer l'effet de la sécurité par le nombre ou du développement d'innovations pour rendre le transport du casque moins contraignant ?

Pour conclure, je veux remercier une nouvelle fois François Bonneau de la qualité de sa démarche et de l'intérêt des interrogations qu'il nous soumet. Je remercie également par avance Mme la ministre de la qualité des réponses qu'elle voudra bien apporter aux questions que nous nous posons tous.

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

Mme Marlène Schiappa, ministre déléguée auprès du ministre de l'intérieur, chargée de la citoyenneté. Madame la présidente, mesdames, messieurs les sénateurs, dès l'automne 2017, les Assises nationales de la mobilité ont montré l'importance de donner toute leur place aux mobilités actives, notamment au vélo, dans les politiques mises en œuvre.

Pour faire évoluer la situation, le Gouvernement a d'ailleurs décidé d'engager, dès le 14 septembre 2018, un plan Vélo qui porte l'ambition de faire du vélo un mode de transport à part entière. À la fois massif, mais cohérent et précis, ce plan vise à tripler la part du vélo dans nos déplacements quotidiens d'ici à 2024.

Son lancement a permis de lancer une nouvelle dynamique, qui repose sur la mobilisation de tous les acteurs de terrain, collectivités, entreprises et associations. Récemment, le député Guillaume Gouffier-Cha a été chargé d'une mission parlementaire sur l'industrie du vélo en France.

Ce plan est accompagné d'un volet qui vise la sécurisation des itinéraires cyclables et le renforcement des mesures de sécurité routière en faveur des cyclistes, car le manque de sécurité est l'un des principaux freins au développement de ce mode de déplacement.

Pour cela, le Gouvernement a créé le fonds national Mobilités actives, doté de 350 millions d'euros, pour soutenir, accélérer et amplifier les projets de création d'axes cyclables structurants dans les collectivités. Je suis très heureuse de pouvoir vous annoncer que 533 projets ont été financés dans ce cadre.

Pour accompagner la hausse de la part des cyclistes dans le flux des véhicules et pour renforcer leur sécurité, le Gouvernement, sous l'impulsion de Gérard Darmanin, ministre de l'intérieur, a adopté une approche globale et mis en œuvre des actions très diversifiées pour améliorer encore la sécurité des cyclistes.

Nous avons notamment engagé des mesures législatives et réglementaires, des mesures éducatives et nombre de campagnes de communication. Comme vous le savez, les dix dernières années ont été marquées par des évolutions du code de la route en faveur des mobilités actives, et notre gouvernement s'engage fortement en ce sens.

Le plan Vélo a poursuivi cette dynamique par la création du principe de prudence à l'égard de l'utilisateur vulnérable, qui se concrétise dans l'article R. 412-6 du code de la route.

De plus, la redéfinition de certaines zones de circulation apaisée incluant des zones piétonnes et des zones 30 lorsque celles-ci sont pertinentes localement doit se faire, toujours en concertation avec les habitants.

Par ailleurs, la loi d'orientation des mobilités du 24 décembre 2019 a introduit l'obligation pour tous les véhicules lourds d'apposer un autocollant matérialisant leurs angles morts, pour mieux les indiquer aux usagers vulnérables qui circulent à proximité. Cette obligation simple et peu coûteuse, qui est rapidement opérationnelle, résulte d'un amendement parlementaire que je veux saluer.

Nous déployons également de nombreuses mesures éducatives, notamment la mesure n° 10, décidée par le comité interministériel pour la sécurité routière du 9 janvier 2018, qui a pour objet d'accompagner le développement de la pratique du vélo en toute sécurité. Il s'agit de généraliser le savoir rouler chez les enfants, notamment dans le cadre scolaire, grâce à la promotion de déplacements à vélo entre le domicile et l'école et grâce à des démarches de type vélobus.

La sécurité à vélo est aussi une affaire d'information des usagers. C'est en ce sens que, sous l'impulsion du ministre de l'intérieur, la Délégation à la sécurité routière porte régulièrement des campagnes d'information et de communication spécifiques aux risques liés à la pratique du vélo, plus particulièrement à l'équipement des cyclistes et à leur visibilité.

En 2020, nous avons accompagné la sortie du confinement de plusieurs actions de communication, menées sur le terrain, puis nous avons porté, dès l'automne, une large campagne concernant le port des équipements de sécurité et l'amélioration de la visibilité des cyclistes. Enfin, nous avons lancé une autre campagne sur les mêmes thèmes au printemps 2021. Il est important de préciser que seuls les vélos et les deux-roues motorisés bénéficient de campagnes spécifiques.

Vous le voyez, mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement agit en matière de sécurité à vélo.

En ce qui concerne la proposition de loi que vous examinez aujourd'hui et qui vise, très légitimement, à renforcer la sécurité des usagers du vélo et des engins de déplacement

personnels motorisés, je ne puis que saluer l'intention de M. le sénateur François Bonneau, auteur de ce texte, que je remercie chaleureusement de porter ce sujet dans le débat public.

Cette proposition de loi prévoit la modification du code de la route pour sanctionner l'infraction de l'usage de vélos et d'engins de déplacement personnel motorisés sans casque, par l'amende déjà applicable, dans la même situation, aux deux-roues motorisés. Elle vise également à permettre l'immobilisation et la mise en fourrière du véhicule conduit dans ces conditions, ou en cas de non-utilisation des autres équipements de sécurité obligatoires.

Toutefois, l'immobilisation et la mise en fourrière des cycles ou des trottinettes se heurtent à de nombreuses difficultés pratiques, qui rendent ce mode d'action assez peu opérationnel, et même parfois impossible.

Du fait de la nature de ces engins et de leur mode de gestion, de nombreuses interrogations surgissent quant à la procédure à mettre en œuvre, qu'il s'agisse des conditions d'immobilisation, de l'enlèvement et du stockage en fourrière, des modalités de notification, de l'expertise et de la mise en destruction, le cas échéant, ou bien encore du montant et du paiement des frais de fourrière.

En outre, à la différence des véhicules immatriculés, aucun moyen de contrainte, tel que la confiscation du certificat d'immatriculation ou l'inscription de l'immobilisation au sein d'un système d'immatriculation des véhicules, ne paraît à ce stade pouvoir dissuader l'utilisateur de reprendre son véhicule en l'absence des forces de l'ordre.

Concernant l'obligation du port du casque, s'il existe un consensus scientifique sur le fait que le casque, à condition qu'il soit bien conçu, adapté et porté, réduit de manière importante le risque de fracture crânienne ou de lésions neurologiques, force est de constater que, à l'échelle internationale, peu de pays ont opté pour une obligation généralisée dans la loi du port du casque à vélo.

Au sein de l'Union européenne, seule la Finlande l'a fait, sans prévoir aucune sanction toutefois. Dans le reste du monde, cela concerne l'Argentine, Singapour, l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et certains États des États-Unis.

En l'état actuel du droit, le port d'un casque homologué et attaché est obligatoire uniquement pour les enfants de moins de 12 ans, qu'ils soient passagers ou conducteurs d'un cycle, sous peine d'une contravention de quatrième classe.

Par ailleurs, selon l'observatoire des comportements de la sécurité routière, lors de l'introduction de cette obligation, en 2016, dans les grandes agglomérations, 17 % des cyclistes portaient un casque en semaine et 28 % le week-end ; en 2020, ces chiffres sont passés à 27 % en semaine et 37 % le week-end. L'adoption du casque par les cyclistes durant ces quatre années est donc nette, avec une augmentation de plus de dix points.

Enfin, comme le montrent les statistiques, sans réglementation contraignante, le port du casque à vélo chez les plus de 12 ans est en constante progression. C'est dû, d'une part, au principe de l'enfant prescripteur – il s'agit de donner l'exemple pour convaincre ses enfants –, et, d'autre part, au caractère très efficace des campagnes de communication destinées à faire progresser l'usage du casque sans provoquer de phénomène de rejet en imposant une nouvelle législation contraignante pour tous.

Le Gouvernement, bien qu'il soit reconnaissant aux parlementaires de leur travail, est volontaire pour continuer à œuvrer sur le sujet. Mais il souhaite privilégier l'incitation à l'obligation.

Mme le président. La parole est à M. Alain Marc.

M. Alain Marc. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, cette proposition de loi entend répondre à une préoccupation bien légitime, celle du renforcement de la sécurité des cyclistes et des utilisateurs des nouveaux moyens de micromobilité, comme les trottinettes électriques ou les gyroroues. Ceux-ci constituent, en effet, la catégorie des usagers de la route la plus vulnérable.

De fait, la France connaît une croissance de l'accidentologie cycliste, alors que celle de l'automobile diminue. Selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, la mortalité cycliste a augmenté de 27 % entre 2010 et 2019, contre une diminution de la mortalité routière en général de 19 % durant la même période.

Au cours de l'année 2019, quelque 187 cyclistes ont perdu la vie dans un accident de la route, tandis que plus de 1 600 autres ont été hospitalisés.

Dès lors, le port du casque apparaît comme étant le moyen le plus sûr de protéger sa tête en cas de collision ou de chute. Les traumatismes crâniens sont nombreux, et les blessures dues à un choc au niveau de la tête représentent la première cause de décès chez les cyclistes.

À ce jour, bien qu'il soit uniquement obligatoire pour les cyclistes et les passagers de moins de 12 ans, en vertu de l'article R. 431-1-3 du code de la route, le port du casque est fortement recommandé, quels que soient l'âge ou les trajets effectués. On constate ainsi qu'il a progressé, concernant désormais 30 % des usagers, contre 5 % il y a un peu.

Il n'appartient pas au législateur de généraliser l'obligation du port du casque à vélo, car cette mesure est de nature réglementaire, comme l'a rappelé à juste titre l'auteur de la proposition de loi.

Toutefois, l'examen de la proposition de loi de notre excellent collègue François Bonneau nous offre l'occasion d'attirer l'attention du Gouvernement sur la nécessité de mieux protéger cyclistes et utilisateurs des nouveaux moyens de micromobilité.

À titre personnel, je saisis aussi l'occasion, dans le cadre de cette discussion générale, de vous alerter, madame la ministre, au sujet d'autres moyens de transport pour lesquels des améliorations pourraient être envisagées en matière de sécurité. Je pense notamment aux quads, car mon département est rural. En effet, une meilleure sécurisation pourrait être apportée à leurs utilisateurs.

Ces engins sont souvent utilisés dans les exploitations agricoles, afin de surveiller les troupeaux et les clôtures, ou encore pour contrôler l'état des cultures. Ils sont aussi utilisés de manière ludique. Très utiles et pratiques en milieu rural, ils sont malheureusement, chaque année, à l'origine de nombreux accidents, principalement dus à leur retournement.

Afin de réduire le risque d'écrasement, des médecins généralistes, amenés à constater de nombreux accidents ayant pour conséquence que les victimes finissent paralysés quand elles ne décèdent pas, ont suggéré l'obligation d'équiper les quads d'un arceau de sécurité. Une telle mesure est également de nature réglementaire.

Madame la ministre, mes chers collègues, si le groupe Les Indépendants approuve pleinement l'objectif poursuivi par la proposition de loi de notre collègue François Bonneau, il ne pourra cependant pas la voter, car l'obligation du port du casque à vélo relève du domaine réglementaire.

Mme le président. La parole est à M. François Bonhomme. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. François Bonhomme. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, au préalable, permettez-moi de souligner le télescopage entre l'examen de ce texte et le décès, il y a vingt-cinq ans presque jour pour jour, de Jean-Edern Hallier, cet écrivain quelque peu provocateur, à la suite d'un accident de vélo près des planches de Deauville. Je tenais à relever l'ironie de cette coïncidence, même si Jean-Edern Hallier, s'il était encore parmi nous, aurait sans doute rejeté une telle proposition de loi, tant il était paradoxal.

Ce texte vise à imposer le port du casque à tous les cyclistes et autres usagers d'engins de déplacement personnel motorisés (EDPM), notamment de trottinettes électriques et de gyroroues.

Si le casque est obligatoire pour tous les usagers de motocyclette, tricycle ou quadricycle à moteur depuis 1980, les cyclistes échappent encore à cette obligation. En effet, en l'état du droit, l'obligation du port d'un casque homologué et attaché concerne exclusivement les enfants de moins de 12 ans, qu'ils soient passagers ou conducteurs d'un cycle.

Je souscris bien évidemment à l'objectif consistant à identifier de nouvelles mesures de sécurisation des cyclistes, qui se justifie, entre autres, par les chiffres de l'accidentalité; les précédents orateurs les ont rappelés.

Les travaux du laboratoire ICube rattaché à l'université de Strasbourg montrent que, dans le cas d'une collision avec un véhicule roulant à 45 kilomètres par heure, le risque de fracture crânienne est divisé par trois grâce au casque. Quant à l'utilisateur d'un EDPM qui ne porte pas le casque, il risque une fracture du crâne dans près de 95 % des cas, même à faible vitesse, et une commotion cérébrale dans 90 % des cas lorsque la vitesse dépasse 20 kilomètres par heure.

Avec cette proposition de loi, notre collègue François Bonneau désire passer de l'incitation à l'obligation. L'ambition d'identifier de nouveaux leviers de sécurité pour les cyclistes est légitime, et je comprends parfaitement l'intention qui anime notre collègue.

Pour atteindre cet objectif louable, le texte propose cependant un dispositif qui, selon moi, se révèle inadapté sur les plans juridique et pratique.

Au-delà de la question du caractère réglementaire de ces mesures, ce texte nous pose une question plus large et même quasi philosophique, celle de la part de liberté qui serait laissée à chacun d'entre nous pour apprécier la nécessité de nous protéger dans de nombreuses activités, dont la pratique du vélo.

Tout d'abord, je note que le vélo se développe très bien – c'est évidemment une très bonne chose –, mais j'observe aussi que les cyclistes portent plus ou moins le casque suivant les risques qu'ils prennent et qu'ils arrivent peu ou prou à évaluer. Ainsi, les sportifs qui roulent à vélo à une vitesse élevée portent généralement le casque; les parents, eux, dotent de plus en plus les jeunes enfants de casques.

Je reste favorable à une forme de liberté et à une appréciation éclairée du risque pour chaque utilisateur. Cette liberté est d'autant plus essentielle que les Français n'ont jamais eu autant envie de pratiquer le vélo.

Cette dynamique est positive pour de nombreux territoires, notamment ruraux, qui bénéficient parfois de ces retombées économiques.

La Plateforme nationale des fréquentations, animée par l'association Vélo & Territoires, fait état d'un bond de la fréquentation cyclable, avec une augmentation de 30 % des passages entre 2019 et 2021. En milieu urbain, la fréquentation progresse de 34 % par rapport à 2019. Les territoires périurbains et ruraux ne sont pas en reste : la fréquentation y augmente respectivement de 20 % et de 14 % par rapport à 2019. Ces chiffres témoignent d'une appétence et d'un usage croissants du vélo par les Français.

La priorité du législateur, ainsi que des collectivités, doit être d'encourager la création d'un système plus sûr permettant une pratique en sécurité et confortable pour tous les usagers de la voirie, y compris à vélo, et cela sur tout le territoire.

Il me semble que nous devons éviter de surinterpréter les indicateurs d'accidentalité à vélo en faisant peser une obligation unilatérale sur tous les usagers. Une telle démarche ne peut que produire des effets contre-productifs et parfois disproportionnés.

En l'état actuel des choses, et pour préserver l'équilibre entre responsabilité et liberté, je ne crois pas qu'il soit judicieux d'aller plus loin. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Mme le président. La parole est à M. Jacques Fernique. (*M. Daniel Salmon applaudit.*)

M. Jacques Fernique. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, la progression actuelle de la pratique du vélo est impressionnante. Il ne faut pas pour autant que l'accidentalité à vélo progresse elle aussi, avec son triste lot de blessés et de tués.

Quand on interroge ceux qui hésitent – ils sont nombreux – à se mettre au vélo au quotidien, la première raison qu'ils invoquent pour y renoncer, c'est l'insécurité. La deuxième, c'est le vol. Autant dire que la sécurisation des déplacements cyclistes est un enjeu crucial, à la fois pour sauver des vies et éviter des blessures et pour donner envie à davantage de nos concitoyens de passer sereinement au vélo et d'encourager leurs enfants à le faire.

Notre pays s'est fixé pour objectif de hisser la part modale du vélo à 9 % d'ici à 2024. Pour rappel, en France, celle-ci s'élève à environ 3 %, d'après des données de 2019, qui sont les dernières disponibles, alors que, en Allemagne, cette proportion est comprise entre 15 % et 20 %.

Autant dire que pour parvenir à rehausser cette pratique aussi nettement, nous ne pouvons pas nous payer le luxe de faire les mauvais choix et de faire fausse route dans nos politiques publiques de sécurisation des déplacements à vélo.

Or c'est précisément ce que nous ferions si nous adoptions cette proposition de loi. L'obligation du port du casque est en réalité une fausse bonne idée.

Bien sûr, nous en sommes d'accord, il vaut mieux porter un casque pour amortir un choc à la tête – il est donc à conseiller, et moi-même j'en porte un fréquemment –, mais

les données sur l'accidentalité et les analyses des politiques en matière de vélo dans les autres pays nous montrent qu'une telle obligation serait contre-productive. Non seulement elle enrayerait l'essor du vélo et les gains très importants auxquels il conduit en termes de santé publique, mais elle n'aurait probablement guère d'effet notable pour réduire le nombre de blessés graves et de tués.

En effet, les vrais leviers de sécurité sont les infrastructures cyclables et la réduction de la vitesse, les dispositifs anti-angles morts des véhicules lourds – il ne faut pas en rester au seul autocollant – et la généralisation de l'apprentissage du savoir rouler à vélo.

Déjà, lors des débats sur le projet de loi d'orientation des mobilités, l'obligation du port du casque à vélo avait été, en toute connaissance de cause, écartée. Aussi, en phase avec le Club des villes et territoires cyclables et avec la Fédération française des usagers de la bicyclette, notre groupe pense que le vote de ce texte serait une erreur.

Sans abuser des chiffres et des expertises, quatre données significatives sont à prendre en compte.

Premièrement, sur les dix dernières années, les cyclistes gravement blessés à la tête correspondent, fort heureusement, à seulement 1,09 % du total des blessés.

Deuxièmement, les blessures et accidents graves surviennent le plus souvent en cas de collision avec un véhicule motorisé hors zone d'agglomération, autrement dit dans des circonstances où le casque, qui est conçu pour des vitesses faibles, est plutôt inadapté.

Troisièmement, depuis dix ans, nous enregistrons une baisse notable du nombre d'accidents et de morts par kilomètre parcouru à vélo grâce à l'essor de la pratique : c'est ce que l'on appelle l'« effet sécurité par le nombre ».

Quatrièmement, l'obligation du port du casque, là où elle a été appliquée, a rendu le vélo moins attractif et a découragé la pratique, annulant ainsi cet effet sécurité par le nombre.

Oui, les promoteurs de la présente proposition de loi ont raison de chercher à sécuriser la pratique du vélo, mais la solution qu'ils proposent n'est pas la bonne.

Je suis strasbourgeois et je connais les travaux de l'équipe du professeur Willinger de l'université de Strasbourg. Je sais bien que, d'après les statistiques, le risque est trois fois plus élevé pour un cycliste que pour un automobiliste d'être tué après une heure passée dans la circulation. Mais je rétorquerai tout d'abord que les bénéfices liés à la pratique du vélo pour la santé publique sont bien plus importants que les risques encourus. Surtout, ces chiffres sont une raison de plus pour agir efficacement en faveur de la sécurité.

Un plan Vélo renforcé pour les infrastructures cyclables, une généralisation ambitieuse de l'apprentissage du savoir rouler, la mise en œuvre d'un système de voirie et de déplacement sûr, les dispositifs anti-angles morts des véhicules lourds, telles sont les politiques publiques pertinentes à déployer ! (*Applaudissements sur les travées des groupes GEST et SER.*)

Mme le président. La parole est à M. Gérard Lahellec.

M. Gérard Lahellec. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, depuis plusieurs années, nous assistons à une recrudescence de la pratique du vélo, des trottinettes électriques, des gyropodes et autres skateboards électriques.

Ce phénomène emporte des conséquences en termes de sécurité routière, et l'on sait que la moitié des cyclistes accidentés ne porte pas de casque. La question du port du casque se pose donc à nous toutes et à nous tous, à la société dans son ensemble.

En l'état actuel du droit, le port d'un casque homologué et attaché est obligatoire uniquement pour les enfants de moins de 12 ans, passagers ou conducteurs d'un cycle.

L'article unique de la proposition de loi vise à généraliser le port du casque obligatoire à tout conducteur d'un véhicule, que ce dernier soit à moteur ou à assistance électrique.

La commission des lois a rejeté le texte, estimant qu'il relevait du domaine réglementaire. M. le rapporteur a aussi souligné l'opposition de la Fédération nationale des usagers de la bicyclette, qui considère qu'une telle obligation aurait pour conséquence directe de freiner le développement du vélo.

Imposer le port du casque à vélo peut sembler de bon sens, mais une telle proposition souffre, à nos yeux, de quelques insuffisances.

Tout d'abord, en se limitant au seul volet répressif, sans être accompagnée d'une campagne de prévention tendant à favoriser l'acceptation du port du casque, la proposition de loi risque de ne pas atteindre pleinement son objectif.

Ensuite, ce texte repose sur l'idée que le développement de ces modes alternatifs à la voiture sur la voie publique est une chance pour la mobilité décarbonée. Si c'est admissible, il conviendrait d'envisager d'autres évolutions législatives et réglementaires, notamment pour favoriser le développement des transports collectifs.

Enfin, sur le fond, plusieurs tentatives de régulation des nouveaux engins de déplacement personnel motorisés ont été amorcées dans le cadre de la loi d'orientation des mobilités, ou loi LOM, comme l'a rappelé Mme la ministre, particulièrement dans son article 41, qui prévoit que les collectivités, après avis de l'autorité organisatrice des transports, peuvent réguler l'utilisation du domaine public en autorisant l'implantation de ces véhicules.

Toutefois, il est impérieux d'aller plus loin et d'aborder également la régulation des usages sous l'angle de la protection d'un autre utilisateur de la voirie : le piéton. Ce dernier est souvent oublié, alors que, sans casque, il est particulièrement vulnérable à toute collision.

Pour finir, puisque ces véhicules ont vocation à circuler sur la route, il faut rappeler qu'un effort important doit être consenti pour développer plus encore les pistes cyclables et les voies dédiées aux vélos. Certains départements s'y engagent d'ores et déjà. C'est une nécessité pour sécuriser celles et ceux, toujours plus nombreux, qui ont pu faire le choix de se déplacer à vélo ou en trottinette, par exemple, ces dernières années. C'est également indispensable pour que la part modale du vélo atteigne 9 % en 2024 et 15 % en 2030.

Ce sont là autant de raisons qui nous conduisent à nous abstenir sur ce texte insuffisamment abouti à nos yeux.

Mme le président. La parole est à M. Loïc Hervé. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC.*)

M. Loïc Hervé. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, avant tout, je tiens à saluer l'initiative de notre collègue du groupe Union Centriste, François

Bonneau, qui nous permet de débattre aujourd'hui d'un texte relatif au port du casque à vélo, parmi d'autres moyens de transport.

Autrement dit, cette proposition de loi tend à imposer le port du casque pour les cyclistes et pour les usagers d'engins de déplacement personnel motorisés, c'est-à-dire notamment les trottinettes électriques et autres gyroroues.

Je remercie également le rapporteur, Jérôme Durain, de son travail. Tout en partageant la motivation et la sincérité de la démarche sur ce sujet important, il a su faire preuve de pédagogie, en expliquant les difficultés qui seraient rencontrées sur les plans juridique et pratique si ce texte venait à être adopté.

Vous l'avez compris, mes chers collègues, ce texte nous invite à passer de l'incitation du port du casque à vélo à l'obligation. Il s'articule autour de deux axes.

D'une part, il vise à étendre la possibilité d'immobiliser ou de mettre en fourrière un véhicule à moteur pour les conducteurs de deux-roues à moteur, en cas de défaut du port du casque ou de gants moto, aux cycles et EDPM. Ces sanctions seraient également rendues possibles en cas de défaut du port d'autres équipements obligatoires destinés à la sécurité du conducteur, comme le gilet réfléchissant ou un éclairage complémentaire.

D'autre part, il prévoit de créer un article L. 431-2 dans le code de la route pour sanctionner la conduite sans casque de tout conducteur d'un véhicule à moteur, ou l'absence de casque pour son passager, d'une amende de quatrième classe, soit 135 euros.

Chacun d'entre nous partagera ce constat : depuis quelques années, notamment depuis le début de l'épidémie de covid-19, nombre de nos concitoyens ont tenté d'échapper à la promiscuité des transports en commun et se sont orientés vers d'autres modes de transport, en l'occurrence la « micro-mobilité » avec les vélos, les trottinettes électriques, les gyropodes ou encore les skateboards électriques.

Ces nouvelles mobilités ne sont pas pour autant sans danger, et les accidents sont trop fréquents. C'est ainsi que, en 2019, sur 187 cyclistes tués et 4 783 cyclistes blessés, la moitié ne portait pas de casque. Mais que faire pour renforcer la sécurité d'usagers vulnérables sur la route ?

Comme cela a été rappelé, depuis une loi de 2017, le port du casque à vélo n'est obligatoire que pour les seuls conducteurs et passagers de moins de 12 ans.

En ce qui concerne le port du casque chez les personnes majeures, bien que des travaux scientifiques attestent de son efficacité en cas d'accident, cet usage chez les cyclistes est encore minoritaire, et parfois même contesté par certains d'entre eux. Certains d'entre vous, mes chers collègues, ont d'ailleurs relayé la contestation d'une partie du monde du vélo.

En tant que Haut-Savoyard, permettez-moi d'établir un parallèle avec le ski, dont je suis évidemment un adepte.

Actuellement, seules les écoles de ski obligent les enfants à porter un casque. Pour les autres, il y a des recommandations et des messages de prévention émis par les autorités à destination, non seulement des débutants, mais également des professionnels, afin qu'ils portent un modèle de casque homologué et à la bonne taille.

Tout à l'heure, notre collègue François Bonhomme évoquait la mort de Jean-Edern Hallier; pour ma part, je mentionnerai l'accident de Michael Schumacher. Hélas, des Michael Schumacher, c'est-à-dire des gens qui sont lourdement handicapés ou qui meurent à la suite d'une chute à ski, il y en a beaucoup!

Certains parlementaires se sont essayés auprès du Gouvernement à faire inscrire cette obligation du port du casque, surtout chez les jeunes enfants.

Je pense notamment à notre collègue Patricia Schillinger, qui s'interrogeait, dans l'une de ses questions écrites en 2013, sur l'opportunité de rendre obligatoire cet équipement pour les enfants de moins de 14 ans. Je pense également à une proposition de loi déposée en 2018 qui nous alertait sur le fait que, sur un million d'enfants pratiquant le ski, 40 000 ne portaient toujours pas de casque. Madame la ministre, personne n'a donné suite à ces appels, qui n'ont reçu aucune traduction législative.

La commission des lois, dans son ensemble, salue l'objectif des auteurs de ce texte. Cependant, elle est soucieuse du respect de la Constitution et de son application.

Ainsi, rendre obligatoire le port du casque à vélo et instaurer des sanctions en cas de non-respect de cette obligation, comme le souhaite notre collègue François Bonneau, est une disposition qui relève du domaine réglementaire et non législatif.

Pour autant, ces efforts ne doivent pas rester vains. Le débat demeure légitime sur cette importante question de sécurité routière et de santé publique. Un équilibre est à trouver entre deux objectifs: encourager nos concitoyens à se déplacer grâce à ces formes de mobilité et les sensibiliser au port du casque, sans pour autant les décourager de la pratique.

Mes chers collègues, dans les prochaines années, une mobilisation collective sera nécessaire, et il faudra inciter le Gouvernement à faire œuvre de pédagogie et à mener des actions de communication.

C'est pourquoi je vous invite, avec les membres du groupe Union Centriste, à soutenir cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC.*)

Mme le président. La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. Madame le président, madame la ministre, mes chers collègues, vous le savez, le Sénat est la chambre des territoires, mais il n'est pas la seule institution à les mettre en avant: je pense au Tour de France, cette belle fête populaire et rurale qui rythme nos étés depuis déjà plus d'un siècle!

À cet égard, je me souviens du 3 juillet 1994. Le Tour commençait par une étape entre Lille et Armentières: 234 kilomètres d'une course qui s'est achevée par un sprint ponctué d'une chute aussi violente que spectaculaire. Le Belge Wilfried Nelissen vint percuter un policier légèrement avancé pour prendre une photo, entraînant avec lui Laurent Jalabert.

Le champion français souffrira de fractures au niveau du visage, passera plusieurs semaines à l'hôpital et ne remontera sur un vélo qu'au mois d'octobre suivant. Il ne portait pas de casque!

Presque vingt-cinq ans plus tard, le 24 juillet 2018, le Tour traversait le département de la Haute-Garonne. Le Belge Philippe Gilbert courait en tête et s'est engagé dans la

descente du col de Portet-d'Aspet. Dans un virage qu'il négocia mal, il fonça sur le parapet et s'envola dans le ravin, faisant une chute de plus de deux mètres.

L'image est terrible, particulièrement impressionnante; elle dissuaderait quelques parents d'inscrire leur enfant dans des écoles de cyclisme... Toutefois, après un rapide diagnostic, le médecin donna son feu vert, et le coureur reprit la course. Ce n'est peut-être pas la seule explication, mais figurez-vous que, à la différence de Laurent Jalabert, Philippe Gilbert portait un casque.

Il faut dire que, entre 1994 et 2018, la réglementation des courses cyclistes a changé, puisque, en 2003, le casque est devenu obligatoire, ce qui avait provoqué de nombreuses réticences à l'époque. Étonnamment, on n'envisagerait plus de revenir sur cette décision, qui concerne des cyclistes pourtant professionnels, des sportifs formés et aguerris circulant sur des routes fermées sans autres usagers.

Que faudrait-il décider pour protéger nos concitoyens en chemin pour le travail sur leurs bicyclettes, tout aussi pressés, mais peut-être moins adroits que notre champion du monde Julian Alaphilippe, se faufilant entre les voitures, d'un angle mort à un autre? Cette proposition de loi ouvre la discussion.

Nous pourrions être sensibles à l'idée que, comme pour la ceinture de sécurité en voiture, le casque à vélo devienne obligatoire. Hélas, pour écarter tout faux suspense, j'indique d'emblée que le groupe RDSE ne votera pas en faveur de ce texte.

Les raisons de ce refus sont identiques à celles qui ont déjà été évoquées: une telle obligation relèverait du domaine réglementaire quand nous nous plaignons sans cesse de l'inflation législative. En outre, son application pourrait se montrer particulièrement difficile, voire contre-productive.

Il serait difficile de la mettre en œuvre, car la question de l'immobilisation des véhicules risquerait de créer une surcharge importante de travail pour les agents publics, ainsi que dans la gestion quotidienne des fourrières.

Une telle obligation serait par ailleurs contre-productive, car elle risquerait de dissuader de nombreux usagers de choisir ce mode de transport, notamment les vélos en libre-service.

Nous devrions inciter et convaincre plutôt qu'imposer et sanctionner. Une solution consisterait à mieux aménager nos villes, afin que les cyclistes, piétons et automobilistes cohabitent, ainsi que les routes départementales, qui concentrent la majorité des accidents les plus graves.

Il faudrait aussi mieux former les cyclistes, et cela dès leur plus jeune âge, aux risques qu'ils encourent et à l'importance de respecter les règles les plus élémentaires de notre code de la route, qui ne sont pas toujours respectées, notamment en ville.

Comme je l'ai déjà dit, le groupe RDSE ne votera pas ce texte.

En conclusion, madame le président, madame la ministre, mes chers collègues, je voudrais néanmoins vous assurer d'une chose: nous sortirons de ce débat sans chute et sans « pète au casque »! (*Sourires. – Mme Maryse Carrère applaudit.*)

Mme le président. La parole est à M. Olivier Jacquin.

M. Olivier Jacquin. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, je tiens à saluer la commission des lois, qui a choisi un rapporteur d'exception, Jérôme Durain,...

M. Loïc Hervé. C'est vrai !

M. Olivier Jacquin. ... dont je salue la qualité du travail.

Cher François Bonneau, je souhaiterais louer votre intention de protéger les cyclistes, mais elle apparaît comme une fausse bonne idée et semble même contre-productive du point de vue de l'intérêt général.

Tout d'abord, vous créez une sanction sans incrimination, un contrôle et une peine sans qu'un principe proportionné ait été défini en amont. En effet, l'obligation du port du casque figure bien dans l'exposé des motifs, comme l'a souligné le rapporteur, mais pas dans le texte lui-même.

De plus, le dispositif est de nature réglementaire et ne concerne pas le législateur, sans compter que la détermination de la peine relève du code pénal.

Vous proposez dans un second temps un dispositif législatif qui prévoit la possibilité d'immobiliser ou de mettre en fourrière un vélo ou un engin de déplacement personnel motorisé, en cas notamment de non-port du casque. Une telle mesure semble disproportionnée et susciterait de nombreuses difficultés pratiques : nous ne pourrions donc pas voter ce texte.

Mon cher collègue, je pourrais en rester là, mais je suppose que vous souhaitez profiter de l'occasion qui nous est donnée de débattre de cette proposition de loi pour poser une question passionnante, d'intérêt général, relative à la sécurité des personnes.

Je vais tenter de démontrer que l'obligation du port du casque emporte plus d'inconvénients que d'avantages, mais qu'il convient tout de même d'encourager ce réflexe, sans le rendre obligatoire donc, en préservant une liberté supplémentaire au moment même où le port du casque à vélo progresse très vite et très naturellement.

Si l'on se réfère aux études conduites en laboratoire sur les dommages causés par un choc à la tête, alors, la conclusion est simple : il faut porter un casque.

Cette approche présente néanmoins un biais pour ce qui concerne la pratique effective du vélo, le même que lorsque l'on s'intéresse au nombre de décès de piétons. Ainsi, les piétons âgés de plus de 65 ans représentent plus de la moitié des décès – 52 % –, alors qu'ils ne représentent qu'un cinquième de la population : aussi faudrait-il les protéger ! Pourquoi ne pas leur imposer un casque ou je ne sais quel dispositif original, un *airbag* par exemple ?

À cet égard, soyons attentifs à l'efficacité des dispositifs de sécurité, dans la mesure notamment où certains casques posent un problème en la matière.

Une étude de la Délégation à la sécurité routière parue en 2012 montre que le risque de mourir est cinq fois moins élevé à vélo qu'en deux-roues à moteur. La mortalité à vélo ne représente que 6 % de la mortalité routière. C'est trop, bien sûr, mais c'est aussi sans aucune mesure avec les autres causes de décès sur la route.

D'ailleurs, de nombreux pays, comme le nôtre, protègent déjà les mineurs – l'obligation du port du casque concerne les moins de 12 ans en France. Ces pays développent une

véritable démarche pédagogique et, surtout, cherchent à protéger des crânes, ceux des mineurs, qui sont beaucoup plus fragiles que les autres.

Quelques rares pays au monde ont généralisé l'obligation du port du casque pour tous leurs habitants. C'est le cas de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, dont l'exemple est extrêmement éclairant : dans ces pays, l'obligation du port du casque a clairement eu pour effet de faire baisser le nombre de cyclistes et de réduire la pratique du vélo, tout simplement parce que le vélo fait alors peur. C'est en cela qu'il s'agit d'une fausse bonne idée, dont l'effet est contre-productif.

Je le rappelle, mes chers collègues, nous avons abondamment discuté de ce sujet en 2019, lors de l'examen du projet de loi d'orientation des mobilités. Une telle obligation avait alors été rejetée par notre assemblée, après des avis défavorables de la commission et du Gouvernement.

Cher François Bonneau, vous êtes tout comme moi un cycliste. Vous vous protégez et vous souhaitez encourager la pratique du vélo. Je sais que vous ne voulez pas faire peur aux cyclistes.

Vous avez cité Churchill et avez appelé à regarder le problème en face. C'est ce que je vous propose : agissons donc de concert.

Tout d'abord, incitons au port du casque, comme vous le souhaitez, mais aussi à la pratique du vélo. Les études en matière de santé démontrent en effet qu'il est plus dangereux de ne pas faire de vélo que d'en faire, du fait d'un problème sociétal majeur, la sédentarité.

Les personnes qui restent assises devant leur écran, immobiles, développent des problèmes de santé importants, qui creusent nos comptes publics et sociaux. Une étude de l'observatoire régional de la santé d'Île-de-France, en 2012, a ainsi conclu que la pratique du vélo présentait vingt fois plus d'avantages que d'inconvénients.

C'est pourquoi la priorité du législateur devrait consister à encourager cette pratique et à créer un système sûr. Comme le prouvent les pays où il existe une vraie culture du vélo, tels que les Pays-Bas, plus il y a de cyclistes, plus la sécurité croît et moins il y a d'accidents.

La priorité est aussi d'éviter que les vélos entrent en collision avec d'autres véhicules à moteur. Pour ce faire, il faut aménager les infrastructures cyclables et diminuer la vitesse maximale autorisée des véhicules en ville, en créant par exemple des zones à 30 kilomètres par heure.

Le législateur devrait également augmenter le fonds vélo de manière significative pour accompagner les collectivités territoriales.

Madame la ministre, vous avez certes indiqué que les crédits étaient en hausse, mais, pour être rapporteur pour avis des crédits de la mission « Écologie, développement et mobilité durables », je puis vous indiquer que, entre les chiffres que vous annoncez et la réalité de tous les jours, il y a loin !

Je regrette que votre gouvernement ait certes plutôt bien accompagné le développement du vélo lors de la récente révolution de ce dernier, liée à la pandémie, mais qu'il se soit dit qu'il en avait fait suffisamment, alors qu'il reste beaucoup à faire pour promouvoir encore davantage une

pratique qui est bonne à la fois pour le corps, je le répète, et pour la planète, et qui, toutes proportions gardées, coûte très peu cher.

Je termine en évoquant un drame qui s'est déroulé hier à Lille et qui m'a particulièrement marqué, parce que je suis de près les sujets relatifs à l'ubérisation de l'économie : un livreur à vélo, un travailleur illégal, qui portait un casque, s'est fait écraser par un camion – il s'agit certainement d'un problème d'angle mort.

Madame la ministre, lors de l'examen du projet de loi d'orientation des mobilités, nous avons voté une disposition visant à imposer la pose d'autocollants matérialisant les angles morts sur les camions. Le ministre de l'écologie de l'époque s'était engagé, tout en faisant rejeter un autre amendement tendant à la mise en place de systèmes plus élaborés, comme des radars ou des caméras embarquées, à soutenir la mise en place de ce type de dispositif. Or il ne l'a pas fait...

En conclusion, ne nous trompons pas de cible, n'effrayons pas les cyclistes,...

Mme le président. Il faut conclure, mon cher collègue.

M. Olivier Jacquin. ... qui sont des personnes bénéfiques à la société, repensons les espaces publics et portons un nouveau regard sur les mobilités.

Surtout, mes chers collègues, faites du vélo, et casqués !

Mme le président. La parole est à Mme Nadège Havet.

Mme Nadège Havet. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, le texte dont nous débattons ce matin, déposé par François Bonneau et plusieurs de ses collègues, tend à instaurer une obligation de port du casque pour tous les cyclistes, mais également pour tous les usagers d'engins de déplacement personnel motorisés.

L'article unique qui nous est présenté vient également punir l'absence de casque de la même peine d'amende que dans le cas d'une conduite de moto sans casque.

L'objectif – mieux protéger les usagers – est partagé sur toutes les travées de notre assemblée. Dans le bilan dressé en 2020 par l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, la gravité d'un accident, établie en calculant le nombre de tués pour 100 blessés, est en effet plus élevée pour les cyclistes ne portant pas de casque que pour les autres : 2,3, contre 1,8 en agglomération ; 19, contre 11 hors agglomération.

D'un point de vue normatif, cette proposition de loi fait suite à deux mesures récentes démontrant que les pouvoirs publics se saisissent pleinement de la problématique : une mesure réglementaire de 2017 a rendu le port du casque obligatoire pour les enfants âgés de moins de 12 ans, qu'ils soient conducteurs ou passagers d'un cycle ; une autre mesure, toujours d'ordre réglementaire, a étendu l'obligation, en 2019, aux utilisateurs d'EDPM lorsqu'ils sont autorisés par l'autorité de police à circuler hors agglomération.

Je voudrais par ailleurs citer trois politiques qui ont porté leurs fruits, et qui continuent de le faire.

Je pense tout d'abord à l'opération Coup de pouce vélo. L'État a octroyé, au cours des années 2020 et 2021, une prime de 50 euros par vélo pour couvrir des frais de réparation. Plusieurs dizaines de millions d'euros ont été engagées, afin de soutenir et sécuriser le matériel des usagers.

Je pense également au dispositif Savoir rouler à vélo, lancé en 2019 à destination des enfants de 6 à 11 ans, afin que ceux-ci acquièrent une réelle autonomie sur la voie publique avant leur entrée au collège. Dans mon département, ce sont près de 700 attestations qui ont été délivrées dans ce cadre en 2020.

Je pense enfin au plan Vélo et mobilités actives, présenté en 2018. Toujours dans le Finistère, voici l'évolution en matière d'aménagements cyclables sécurisés : 400 kilomètres déployés en décembre 2017 et quelque 703 kilomètres en 2021. Sur toute la Bretagne, nous sommes passés d'un peu moins de 3 000 kilomètres à plus de 4 000 kilomètres en quatre ans.

La Délégation à la sécurité routière, de son côté, a porté deux campagnes de communication, à l'automne 2020 et au printemps 2021, visant le port des équipements de sécurité et l'amélioration de la visibilité des cyclistes.

Sans obligation, donc, le taux d'équipement naturel en casque chez les plus de 12 ans est en constante progression – preuve que les démarches de sensibilisation fonctionnent. En effet, l'objectif doit être de trouver un juste équilibre entre la sécurité et le soutien au développement de ce mode de déplacement, afin de ne pas décourager la pratique collective, en essor depuis maintenant deux ans. Il s'agit d'un enjeu de santé publique et d'un enjeu environnemental.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2021, le nombre de passages de vélos a été de 28 % plus important qu'en 2019. C'est une augmentation notable.

S'agissant de l'obligation, il faut également noter que la mise en œuvre par les forces de l'ordre du dispositif proposé présenterait d'importantes difficultés. Nous pouvons d'ailleurs observer que, à l'étranger, peu de pays ont opté pour une obligation généralisée du port du casque à vélo.

Si mon groupe votera contre le texte, je voudrais saluer cette proposition de François Bonneau, dont nous partageons l'esprit, et reprendre quelques éléments avancés par le rapporteur Jérôme Durain.

Ainsi, monsieur le rapporteur, nous soutenons votre volonté de recherche d'équilibre, avec – je reprends vos propos – « une forme de volontarisme dans le port du casque et de prudence dans la dimension obligatoire ». Nous partageons aussi votre préconisation quant à la poursuite de la sécurisation des infrastructures.

Mme le président. La parole est à Mme Béatrice Gosselin. *(Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.)*

Mme Béatrice Gosselin. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, depuis plusieurs années, nous remarquons une évolution de nos moyens de transport en faveur de la micromobilité : vélos, trottinettes, gyropodes ou skateboards électriques rencontrent un succès croissant.

La crise sanitaire a amplifié l'utilisation de ces modes de déplacement. Ainsi, le marché du cycle a augmenté de 25 % de 2019 à 2020, atteignant un chiffre d'affaires de 3 milliards d'euros. Les applications sur les téléphones, permettant de louer en un clic un vélo ou une trottinette, ont également contribué à ce développement en milieu urbain.

Ces modes de déplacement apportent des bienfaits physiques aux utilisateurs, au travers de la pratique du sport. Ils sont bénéfiques à l'environnement, car leur utilisation contribue à la diminution des gaz à effets de serre.

D'ailleurs, dans mon département de la Manche, nous nous sommes engagés dans cette politique volontariste d'aménagement et de valorisation des voies cyclables, afin de favoriser les déplacements doux, utilitaires, mais aussi le tourisme de nature et de loisirs.

Par l'aménagement des anciennes lignes de chemin de fer ou des chemins de halage, nous avons pu mettre en place des boucles vélos locales sur routes partagées et, ainsi, bénéficier d'un maillage dense de plus de 1 000 kilomètres d'itinéraires cyclables. Beaucoup reste néanmoins à faire.

Le problème de la sécurité de ces engins devient de plus en plus critique. En 2020, sur le plan national, les cyclistes représentaient 6 % de la mortalité routière, cela a déjà été souligné, avec 178 tués, dont la moitié sans casque.

Depuis mars 2017, le port d'un casque homologué et attaché est obligatoire pour les enfants de moins de 12 ans, qu'ils soient passagers ou conducteurs d'un cycle, et le non-respect de cette obligation est sanctionné par une contravention de quatrième catégorie.

En outre, le décret du 23 octobre 2019 relatif à la réglementation des engins de déplacement personnel a rendu obligatoire le port du casque pour tous les engins de déplacement personnel motorisés autorisés à circuler sur des routes limitées à 80 kilomètres par heure. Nous constatons que 86 % des propriétaires d'EDPM portent un casque, ce nombre s'abaissant à 9 %, seulement, pour les engins en libre-service.

Le port du casque, même s'il est fortement conseillé, n'est pas obligatoire pour les cyclistes de plus de 12 ans et les adultes.

Il est vrai que de nombreux scientifiques attestent de l'efficacité du casque en cas d'accident. Une étude de l'université d'Australie de 2016, regroupant 40 études internationales, conclut que le port du casque réduit de 51 %, en moyenne, les risques de blessures à la tête et au visage.

En France, si la mortalité cycliste, stable depuis trois ans, a tout de même augmenté de plus de 21 % depuis 2010, le nombre de blessés en EDPM s'est accru de 40 % en une seule année.

Le casque est porté par 31 % des utilisateurs en 2020 selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière.

Si la proposition de loi a pour but de rendre obligatoire le port du casque pour tous les utilisateurs de moyens de micromobilité, on peut noter qu'elle ne fait pas consensus. La Fédération française des usagers de la bicyclette s'y oppose notamment, craignant que cette nouvelle contrainte ne décourage les utilisateurs de la pratique du vélo, dont les bénéfices pour la santé publique sont connus.

Malgré tout, ce texte a le mérite de soulever un débat légitime de sécurité routière et de santé publique.

Autant étendre le port du casque obligatoire pour les EDPM me semble une mesure de bon sens, autant l'imposer pour les cyclistes me paraît plus complexe.

Encourager le recours à ce dispositif de sécurité par des campagnes de communication sur le danger du non-port de casque, en particulier dans les établissements scolaires ; renforcer la sécurisation des infrastructures, par exemple en peignant des bandes cyclables sur la chaussée ou en développant le nombre de voies réservées à ces moyens doux de

mobilité ; innover pour rendre le casque moins contraignant : tout cela permettrait une acceptabilité progressive de cet équipement de sécurité, afin de concilier l'effet bénéfique de l'exercice physique permis par la pratique du vélo avec le souci important d'une protection maximale pour les usagers de cycles.

Toutefois, laissons les cyclistes adultes prendre leur responsabilité concernant le port du casque !

Cette proposition de loi vise également à étendre la possibilité d'immobiliser ou de mettre en fourrière cycles et EDPM, au titre de l'article L. 431-1 du code de la route qui s'applique actuellement aux deux-roues motorisés, lorsqu'il y a défaut du port des équipements obligatoires – casque et gants –, mais aussi en l'absence de gilet réfléchissant hors agglomération ou de l'éclairage complémentaire pour les EDPM. Ces sanctions sont applicables au conducteur, comme à son passager éventuel.

Ces mesures sont d'ordre réglementaire et ne relèvent pas de la compétence du législateur.

De plus, la possibilité de mettre en fourrière un véhicule en cas de non-respect du règlement entraînerait des difficultés pratiques – elle nécessiterait la mobilisation d'agents et entraînerait des coûts supplémentaires. Ces mesures de rétorsion seraient également peu efficaces, car, contrairement aux deux-roues motorisés, tels que les motos ou les scooters, ces engins n'ont pas de carte grise, et la mise en œuvre prévue au 1^{er} mars 2022 semble totalement irréaliste.

Le partage de la chaussée par ces différents types de véhicules doit relever du bon sens et du civisme de chacun. Ce serait, je pense, la meilleure des protections. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.*)

Mme le président. La discussion générale est close.

La commission n'ayant pas élaboré de texte, nous passons à la discussion des articles de la proposition de loi initiale.

La parole est à M. François Bonneau.

M. François Bonneau, auteur de la proposition de loi. Je voudrais remercier les différents orateurs de leur contribution au débat, notamment le rapporteur Jérôme Durain, qui a travaillé sur ce sujet en commission.

Les interventions montrent qu'il existe un consensus sur ce problème, qui est réel et qui s'accroît. Il faut engager un train de mesures pour améliorer la situation, même si – nous sommes tous d'accord sur ce point – l'utilisation des deux-roues est excellente pour de nombreuses raisons.

Toutefois, je comprends aussi qu'il n'y a pas de consensus sur le texte, pour les raisons déjà évoquées et sur lesquelles je ne vais pas revenir.

Au titre de l'article 26 de notre règlement, je vais donc vous demander, madame la présidente, de ne pas soumettre ce texte au vote.

Pour autant, au travers de ce débat et au regard des différents sujets qui ont été évoqués, j'invite naturellement le Gouvernement à prendre des mesures allant dans le sens que nous souhaitons.

Je retire donc cette proposition de loi, madame la présidente.

Mme le président. Mes chers collègues, je rappelle les termes de l'article 26 du règlement du Sénat : « L'auteur ou le premier signataire d'une proposition de loi ou de résolution peut toujours la retirer, même quand la discussion est ouverte. »

La proposition de loi relative au port du casque à vélo et dans le cadre d'autres moyens de transport est donc retirée.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures quarante, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Roger Karoutchi.)

PRÉSIDENTE DE M. ROGER KAROUTCHI vice-président

M. le président. La séance est reprise.

4

PLATEFORME DE RÉFÉRENCIEMENT DES MALADES CHRONIQUES DE LA COVID-19

ADOPTION DÉFINITIVE D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, à la demande du groupe Union Centriste, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à la création d'une plateforme de référencement et de prise en charge des malades chroniques de la covid-19 (proposition n° 229, résultat des travaux de la commission n° 318, rapport n° 317).

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

Mme Brigitte Bourguignon, *ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie.* Monsieur le président, madame la présidente de la commission des affaires sociales, madame la rapporteure, mesdames, messieurs les sénateurs, nous sommes réunis pour examiner la proposition de loi visant à la création d'une plateforme de référencement et de prise en charge des malades chroniques de la covid-19, présentée à l'Assemblée nationale par le député Michel Zumkeller dans le cadre de l'espace réservé au groupe de l'Union des démocrates et indépendants (UDI).

La problématique de la prise en charge des formes persistantes de covid fait l'objet d'une attention toute particulière de la communauté scientifique et du Gouvernement, mais aussi de la représentation nationale, qui s'en est saisie de manière précoce et réactive au cours de la crise liée à l'épidémie de covid-19.

La nouvelle vague due à la diffusion du variant omicron montre à quel point le sujet demeure une préoccupation de premier plan.

Permettez-moi, tout d'abord, de me prêter à un rapide exercice de définition, afin de préciser ce dont nous débattons collectivement. Derrière l'appellation commune de « covid long », il y a probablement deux types de patients.

Les premiers sont des patients pour lesquels les symptômes de la maladie initiale persistent entre quatre et douze semaines, qui récupèrent lentement, certes, mais qui récupèrent vraiment de la maladie. C'est ce que l'on appelle le « covid long ».

Les seconds sont des patients qui développent, pendant ou après l'infection, des symptômes persistants pendant plus de douze semaines et ne pouvant être expliqués par un autre diagnostic. C'est ce que l'on appelle le « post-covid », avec une hétérogénéité importante des cas, allant d'une perte de l'odorat à un trouble majeur de l'autonomie, invalidant ceux qui y sont sujets. L'évolution de l'état des patients est souvent fluctuante ; l'amélioration est très lente, et il y a des risques de séquelles.

Il est compliqué d'avoir une estimation précise des formes persistantes actuellement, mais, sur le fondement de ces définitions, on peut considérer que 25 %, environ, des personnes infectées ont présenté ou présentent des symptômes persistants de type covid long, tout en sachant que les personnes vaccinées ont deux fois moins de risque de développer des formes persistantes. Ces situations de covid long durent entre deux et trois mois, mais je vous rappelle que, par définition, ces symptômes ne persistent pas plus de trois mois.

On estime par ailleurs que 10 % des personnes ont présenté ou présentent des symptômes persistants au-delà de trois mois de type post-covid. Parmi ces dernières, 10 % se trouveraient dans une situation « complexe » du fait des conséquences directes de la maladie elle-même, avec des symptômes qui affectent drastiquement leur qualité de vie ou qui sont renforcés par leur situation personnelle, notamment lorsqu'elles présentent des comorbidités. Cette catégorie représente entre 70 000 et 100 000 personnes, qui pourraient exiger, à date, des structures spécifiques de prise en charge.

Pour les personnes souffrant de tels symptômes, le besoin de prise en charge est réel ; il y a également une demande légitime de reconnaissance. C'est une préoccupation forte des malades, relayée par différentes associations qui les représentent.

Ces patients, par leur nombre et par la diversité des symptômes qui peuvent les infecter, représentent un enjeu organisationnel important pour notre système de santé, qui doit se mettre en capacité d'apporter une réponse coordonnée appropriée à leurs besoins.

En matière de prise en charge, notre souci constant, dès l'origine, a été de lutter contre l'errance médicale, le recours à des traitements non adaptés, voire les hospitalisations non nécessaires. Pour cela, le Gouvernement a pris plusieurs mesures visant à assurer des parcours de soins cohérents, individualisés, pour répondre à la diversité des cas de symptômes persistants post-covid.

La Haute Autorité de santé a ainsi publié, en février 2021, des recommandations relatives aux critères diagnostiques, aux modalités de dépistage et de prises en charge cliniques et paracliniques des adultes avec symptômes *via* des « réponses rapides », couplées à des fiches pratiques.

Une actualisation de ces recommandations selon l'évolution des connaissances a été publiée en novembre dernier. Une fiche pédiatrique est en cours d'élaboration et devait être prochainement publiée.

L'élément central des recommandations ministérielles réside dans la mise en place de cellules de coordination post-covid visant à accompagner, informer, orienter les professionnels et les patients, ainsi que coordonner les interventions nécessaires à la prise en charge des cas « complexes » post-covid, et cela dans tous les territoires.

On comptabilise actuellement 118 cellules de coordination, réparties sur l'ensemble du territoire, ce qui offre un important maillage territorial.

L'offre de soins développée dans ce cadre se structure en trois niveaux : les médecins généralistes au centre du dispositif en premier recours ; un niveau intermédiaire comportant des explorations fonctionnelles ; des centres proposant des services de santé et de rééducation en dernier niveau pour la prise en charge des patients complexes.

Le financement de besoins supplémentaires pour développer cette offre de soin a été assuré par les agences régionales de santé (ARS), *via* des dotations de fonds d'intervention régionaux (FIR). Nous étudions actuellement les possibilités de renforcer le soutien en faveur de la kinésithérapie et de l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Nous avons par ailleurs mené des opérations de communication auprès des professionnels de santé comme du grand public. Sans doute encore trop peu d'acteurs en France ont connaissance de ces initiatives. De nouvelles mesures d'information devront donc être déployées.

Nous poursuivons également l'effort de recherche sur ce sujet, car il faut faire preuve d'humilité et reconnaître collectivement que, si nos connaissances ont fortement progressé sur les conséquences durables de l'infection à la covid-19, il reste encore un certain nombre de zones d'ombre à explorer.

L'ensemble des projets dédiés spécifiquement aux formes persistantes de covid et sélectionnés au niveau national a déjà bénéficié d'une allocation budgétaire de 5,5 millions d'euros. Un nouvel appel à projets, dédié aux projets de recherche sur le covid long, est paru en novembre dernier.

Comme vous pouvez le constater, mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement est donc mobilisé pour améliorer la prise en charge des patients, former et informer les professionnels de santé et le grand public, ainsi que progresser en matière de recherche.

C'est dans ce contexte que vous avez à examiner la présente proposition de loi.

Dans son article 1^{er}, elle prévoit la mise en place d'une plateforme en ligne de référencement, permettant aux patients souffrant de symptômes persistants post-covid qui le souhaitent d'être référencés et de partager les données ainsi renseignées avec leur médecin.

La Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), en partenariat avec l'association TousPartenairesCovid, finance d'ores et déjà la création d'une plateforme en ligne pour aider les patients souffrant de symptômes persistants du covid à mieux s'orienter dans le système de santé.

Après avoir renseigné un questionnaire, le patient pourra, soit imprimer ses réponses pour les présenter à son médecin traitant, soit les partager directement par voie électronique. Cette plateforme, qui est en cours de mise en œuvre, sera déployée très prochainement.

Quant à l'article 2 de la proposition de loi, il rappelle les grands principes de prise en charge des patients et de remboursement des soins liés aux symptômes persistants post-covid.

Ces dispositions sont donc en phase avec les orientations retenues par le Gouvernement pour structurer le parcours de soins, étant bien sûr précisé qu'il ne sera aucunement indispensable de se déclarer *via* la plateforme en ligne en cours de déploiement pour être pleinement pris en charge, selon la complexité de sa situation. Je préfère souligner ce point au regard de certains des amendements déposés.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous l'aurez compris, le Gouvernement partage les objectifs globaux de cette proposition de loi, qui rejoint tout à fait des initiatives déjà en place ou en cours de déploiement, bien qu'elle ne soit pas forcément nécessaire à la mise en œuvre et la poursuite de ces actions.

Les échanges que nous avons eus à cette occasion, et que nous aurons, permettent avant tout de rappeler l'importance de la question du covid long pour tous ceux de nos concitoyens qui sont concernés et d'informer sur les actions engagées, que nous renforcerons dans les prochains mois pour améliorer encore et toujours leur prise en charge. *(Applaudissements sur les travées du groupe RDPI, ainsi qu'au banc des commissions.)*

M. le président. La parole est à Mme le rapporteur. *(Applaudissements sur les travées des groupes UC et INDEP. – Mme la présidente de la commission des affaires sociales applaudit également.)*

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la proposition de loi qui nous est soumise aujourd'hui vise à créer une plateforme de référencement et de prise en charge des malades chroniques de la covid-19.

Elle a été déposée à la fin de l'année 2020 par notre collègue député Michel Zumkeller et adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en première lecture, le 26 novembre dernier.

Son inscription à l'ordre du jour par le groupe Union Centriste vise à mettre en lumière la situation des personnes souffrant de « covid long ». Ces dernières décrivent des errances thérapeutiques qui sont de véritables calvaires, humainement dramatiques, sans doute évitables. Elles ont la sensation de former une sorte de « cohorte invisible ».

« Nous sommes face à un désert d'information, un désert de coordination médicale, un désert d'actions politiques », déclarent les associations qui se sont constituées.

Si, bien évidemment, la réalité est différente, puisque plusieurs unités se sont d'ores et déjà mises en place, j'ai pourtant nettement ressenti, au cours de mes auditions, l'urgence de proposer un dispositif de dimension nationale, qui permette de coordonner les actions locales, d'améliorer les parcours de soins, d'éviter les pertes de chance, d'avoir une meilleure visibilité et une forme de stratégie globale, qui permette enfin de rompre l'isolement des malades. Il s'agit en quelque sorte de leur donner la possibilité de « faire corps », dans la diversité de leurs douloureux parcours, d'être tous connus, reconnus et accompagnés.

Selon la Haute Autorité de santé, trois critères doivent être réunis pour établir la présence d'une affection post-covid : un épisode initial symptomatique de covid-19 confirmé ou probable, le prolongement d'au moins un des symptômes initiaux au-delà des quatre semaines suivant la phase aiguë et l'absence de diagnostic alternatif. Cette définition est amenée à évoluer suivant les résultats des recherches et des observations à venir.

Il ne s'agit pas seulement de patients ayant souffert d'une forme sévère de la maladie et dont la récupération est difficile, loin de là.

À l'expression « covid long », les agences sanitaires privilégient celle de « symptômes prolongés ou persistants à la suite d'une covid-19 ». C'est pourtant de « covid long » que le Président de la République a parlé dans son discours de vœux... Quoi qu'il en soit, en l'absence de marqueur biologique, c'est pour l'instant uniquement par les symptômes que le diagnostic peut être posé – encore faut-il qu'il le soit.

Une étude récente a recensé jusqu'à 53 symptômes. Les plus fréquents sont la fatigue extrême, les troubles cognitifs – on parle souvent de « brouillard cognitif » –, les difficultés à se déplacer et l'essoufflement. Fluctuants, durables, ils affectent la vie quotidienne et peuvent causer des inaptitudes professionnelles, fragilisant et précarisant les malades. « Ma vie a complètement basculé ! » témoigne une enseignante. « Aujourd'hui, je ne peux plus tenir debout, ni marcher, ni conduire, ni travailler. Je ne peux plus faire les gestes du quotidien, ni m'occuper de mes enfants. »

On rapporte désormais plusieurs centaines de cas pédiatriques, d'enfants présentant les mêmes symptômes, avec des formes pouvant être très invalidantes.

L'évaluation de la prévalence de la persistance de la maladie reste complexe. Le World Economic Forum vient de publier des chiffres faisant état de 10 % de patients dans le monde souffrant de symptômes durables. Le « covid long » est donc un réel enjeu de santé publique, qui doit être placé au cœur de nos préoccupations.

Or, dans un contexte inédit, faute de temps ou, dans certains cas, d'informations suffisantes, les médecins peinent parfois à établir des diagnostics et à garantir la bonne prise en charge de leurs patients.

La Haute Autorité de santé a élaboré, dès février 2021, des fiches de « réponses rapides » permettant aux médecins de mieux cerner les symptômes persistants de covid-19 chez l'adulte.

Par ailleurs, des dispositifs d'appui et de coordination ont été mis en place dans différents territoires, notamment en Occitanie ou à Paris. Ces initiatives, qui s'appuient sur les praticiens de ville et le monde hospitalier, sont utiles et ont montré leur efficacité.

Des prises en charges dédiées existent aussi dans certains hôpitaux. J'ai pu échanger à ce sujet avec la cellule mise en place à l'Hôtel-Dieu à Paris. « Nous sommes face à des symptômes inhabituels, les médecins sont désemparés. Tout ce qui tend à améliorer la prise en charge est utile », nous ont-ils dit.

Toutefois, aux yeux des associations de patients et de certains médecins, nos territoires sont très inégalement pourvus, et ces dispositifs demeurent souvent insuffisants

pour assurer une prise en charge correcte des personnes. Les professionnels mobilisés sur le sujet font tous état de réelles situations de détresse.

La présente proposition de loi vise donc à répondre à cette problématique.

Ainsi, son article 1^{er} prévoit la création d'une plateforme de suivi sur laquelle pourraient se référencer, sur la base du volontariat, les personnes souffrant ou ayant souffert de symptômes post-covid. Celles-ci peuvent faire cette démarche seules, ou avec l'aide de leur médecin traitant. Elles répondront alors à une série de questions, qui permettront une première évaluation.

Selon la commission, la véritable plus-value de cette plateforme, c'est l'amélioration de la prise en charge et de l'orientation des patients. Les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie nous semblent devoir en être les gestionnaires.

Cette plateforme sera non seulement un service d'information dédié aux symptômes post-covid, mais surtout un outil d'appui au diagnostic pour le patient dans son dialogue avec son médecin.

Même si la collecte de données médicales présente un intérêt, elle se trouve biaisée scientifiquement par le caractère volontaire des auto-déclarations. (*Mme Laurence Cohen le confirme.*) « Le plus simple serait de considérer la plateforme à des fins de collecte de données épidémiologiques ; le plus utile, ce serait la prise en charge des patients et leur orientation, même si c'est plus compliqué », nous indiquait l'un des médecins auditionnés.

Un décret d'application de cet article, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), devra préciser les modalités de sa mise en œuvre. Il devra veiller au nécessaire encadrement de la plateforme, au nom de la protection des données de santé.

En vertu de l'article 2, les personnes enregistrées sur la plateforme pourront être prises en charge, ou bien par leur médecin traitant – selon un protocole déterminé –, ou bien par une unité de soins post-covid, dans un établissement hospitalier de proximité pour les pathologies les plus lourdes. Les ARS auront pour mission de faciliter le déploiement de ces unités.

J'ai exposé devant la commission les réserves que m'inspirait cet article. Toutefois, elles ne doivent pas faire obstacle à l'adoption de ce texte. Ces différents points méritent simplement d'être clarifiés pour que l'intention de l'auteur oriente bien la mise en œuvre du dispositif.

Concernant les réponses apportées aux personnes référencées sur la plateforme, ce texte ne doit pas laisser à penser qu'un traitement différencié serait applicable aux patients selon qu'ils sont référencés ou non. La plateforme est bien un outil d'appui, non une étape supplémentaire ou un passage obligé.

J'en viens à la répartition des rôles entre médecin traitant et prise en charge hospitalière, qu'il ne s'agit pas non plus d'opposer l'un à l'autre. Le médecin traitant reste le pilier du parcours de soins du patient. L'esprit de ce texte de loi, c'est la coordination et la complémentarité, toujours dans l'intérêt du malade.

Face à une pathologie émergente, l'inscription dans la loi de structures dédiées à la prise en charge en milieu hospitalier des symptômes post-covid est un signal rappelant le rôle de

l'hôpital en général dans le suivi des cas complexes. En effet, le sens donné à ce texte doit préserver une part de souplesse : l'offre de soins chargée de répondre aux besoins des patients souffrant de symptômes post-covid doit évidemment associer la ville et l'hôpital et être répartie sur l'ensemble du territoire.

Il convient ainsi de poursuivre la structuration des cellules de coordination post-covid déployées depuis mars 2021, conformément aux recommandations du ministère des solidarités et de la santé. La mise en place d'un maillage territorial est, à cet égard, l'un des enjeux sur lesquels nous souhaitons insister.

Enfin, l'article 2 réaffirme la prise en charge conjointe des frais de santé par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Je rappelle également que des prises en charge à 100 % peuvent être prévues pour les affections de longue durée (ALD).

Notre commission des affaires sociales a souhaité marquer ses réserves quant à la rédaction transmise par l'Assemblée nationale. Elle n'a pas adopté ce texte, renvoyant ainsi le débat à la séance publique.

Un certain nombre d'améliorations auraient bel et bien permis d'accroître la portée opérationnelle de cette proposition de loi. Néanmoins, nous sommes aujourd'hui face à un calendrier législatif particulièrement contraint.

L'intention des auteurs de la proposition de loi, que nous avons clarifiée, et les pistes qui résultent des travaux de la commission sont de nature à garantir la mise en œuvre du présent texte.

Cette proposition de loi permet une prise en charge améliorée et une reconnaissance globale cohérente avec l'organisation du système de soins. Elle constitue partant un réel apport pour les patients. C'est pourquoi, à titre personnel, j'invite le Sénat à adopter ce texte dans la rédaction transmise par l'Assemblée nationale. *(Mme Colette Mélot applaudit.)*

M. le président. La parole est à M. Alain Milon. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. Alain Milon. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, Mme le rapporteur l'a rappelé : le texte soumis à notre examen, visant à la création d'une plateforme de référencement et de prise en charge de malades chroniques de la covid-19, a suscité au sein de la commission des affaires sociales des débats, des interrogations et même des réserves, y compris de ma part, je l'avoue.

Pourtant, aujourd'hui, j'interviendrai en faveur de ce texte – en toute lucidité, rassurez-vous ! *(Sourires.)*

Je fais miennes la plupart des objections émises en commission. Je redoute notamment que cette plateforme ne vienne parasiter le parcours de soins des patients, lequel doit demeurer lisible et cohérent.

Toutefois, la contraction du temps parlementaire limite la discussion et les possibilités d'améliorer ce texte, dont chacun s'accorde à reconnaître, à certains égards, les insuffisances. En parallèle, un certain nombre de questions se posent quant à la protection des données elles-mêmes.

Personnellement, je continue à plaider pour que cette plateforme ne se substitue en aucune façon à notre système de santé actuel, pour qu'elle ne se construise pas par défiance envers lui. Ce serait une grave erreur ! *(Mme le rapporteur approuve.)*

Ces observations liminaires étant faites, d'autres arguments plaident en faveur de cette proposition de loi, et nous devons les prendre en considération. On ne peut occulter ni la prégnance de ce virus dans notre société, depuis maintenant un peu plus de 700 jours, ni ses mutations et ses incidences fluctuantes, erratiques, certes, mais quasi permanentes.

Face à ce covid, dont on ne sait d'ailleurs s'il est masculin ou féminin, le doute lexical exprimant la difficulté à le cerner et donc à l'enrayer *(Sourires.)*, force est de le constater : l'existence d'un référentiel unique et commun peut, à moyen terme, présenter un intérêt réel.

La rapidité de sa propagation, dès l'origine, la diversité des réactions et la durée de certains symptômes nous interpellent. Ces covid dits « longs », également appelés « symptômes prolongés » et « symptômes persistants », relèvent-ils vraiment d'une chronicité ? Là encore, la diversité des termes témoigne des errements de la science face à ces situations. *(Mme la ministre acquiesce.)*

Sans minimiser les avancées accomplies par la Haute Autorité de santé (HAS), les ARS et plus largement l'ensemble du corps médical, on ne saurait le nier, il demeure un certain nombre de zones d'ombre, auxquelles la science n'est pour l'instant pas en mesure de répondre.

Des malades, souvent jeunes et fréquemment atteints de formes dites « légères », continuent à souffrir de symptômes gênants, voire invalidants, et surtout extrêmement stressants faute de réponses précises, de diagnostics et de thérapies probants.

Dans ce contexte, rassembler moult informations sur une plateforme présente certains intérêts.

Je pense tout d'abord aux scientifiques et aux médecins. Le recensement de données éparses centralisées sur un site unique et accessible permet la création d'un référentiel, donc le partage d'informations par les professionnels de santé. Les médecins de ville pourront notamment y recourir avec profit pour affiner leur diagnostic, voire leur traitement, par comparaison avec des situations similaires. Ainsi, paradoxalement, cet outil peut renforcer le rôle central du médecin traitant et de la médecine de ville dans l'accompagnement et la prise en charge des patients atteints de symptômes post-covid.

Je pense aussi aux patients eux-mêmes. Sur la majorité du territoire, qui n'est pas en zone blanche, ils pourront recourir à cette plateforme sans se déplacer. Sa seule existence permet aux uns et aux autres de savoir qu'ils ne sont pas seuls à souffrir de ces symptômes. D'une part, ils s'en trouveront rassurés ; de l'autre, la conjonction des données leur ouvrira l'espoir d'une prise en charge optimale, grâce à une connaissance plus fine des séquelles dont il s'agit.

Cette plateforme est-elle la panacée ? Certainement pas. Mais elle constitue une avancée qui devra être complétée, notamment par les décrets à venir. Il s'agira de clarifier certaines dispositions et d'assurer une mise en œuvre cohérente avec l'organisation de notre système de soins.

Elle présente l'avantage d'offrir une réponse unique et visible, avec des propositions concrètes de prise en charge tant médicales que financières pour les patients. À défaut de promettre une grande loi, ce texte est pétri d'humanité, de volonté d'écoute et d'espérance.

Pour conclure, mon cher collègue, permettez-moi de citer Albert Camus : « Je voudrais bien l'an prochain réduire ma vie à l'essentiel, autant que possible, et vous êtes dans cet essentiel. »

C'est peut-être en partie le sens de ce texte, le message envoyé à toutes celles et à tous ceux qui souffrent aujourd'hui de symptômes qu'ils ne savent pas comment surmonter : ils sont essentiels, tout comme nos soignants et nos chercheurs. C'est pourquoi nous voterons ce texte. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains. – M. Martin Lévrier applaudit également.*)

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Bravo !

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la branche européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que plus de 50 % des Européens pourraient être touchés par le variant omicron d'ici à deux mois.

En parallèle, la Haute Autorité de santé indique que « plus de la moitié des patients présentent encore au moins un des symptômes initiaux de la covid-19 quatre semaines après le début de la maladie, et plus de 10 % à six mois ».

Maux de tête, perte de goût et d'odorat, essoufflement rapide à l'effort, fatigue qualifiée parfois de « terrassante » : les symptômes persistants sont nombreux.

Les patients atteints des formes persistantes de la covid-19 se rassemblent dans des groupes de soutien ou des collectifs plus structurés pour faire reconnaître leurs pathologies. Leur demande est légitime : ils veulent que les formes longues et chroniques de cette pathologie soient reconnues et prises en charge efficacement par notre système de soins. Ils veulent que cesse l'errance médicale des malades.

Le décret du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à cette infection est un premier pas, mais les critères établis par ce texte ouvrent aux seuls soignants ayant développé des formes très sévères de coronavirus la reconnaissance en maladie professionnelle.

À ce jour, les autres doivent encore accomplir un véritable parcours du combattant,...

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. Ça...

Mme Raymonde Poncet Monge. ... qui aboutit rarement, alors même que nombre de salariés sont concernés, notamment ceux des métiers dits « essentiels », qui ont été extrêmement exposés dès le début de la pandémie. D'ailleurs, à cet égard, leur situation n'a pas changé.

L'ampleur de cet enjeu de santé publique appelle donc une réponse structurelle et ambitieuse. Tel est le contexte dans lequel intervient cette nécessaire proposition de loi, et nous remercions nos collègues du groupe Union Centriste de l'avoir inscrite à l'ordre du jour.

Nous l'avons vu : ce texte s'articule en deux articles. Le premier vise à créer une plateforme de référencement et de suivi des malades chroniques de la covid-19 ; le second porte sur les modalités de prise en charge de ces malades chroniques.

Pour notre part, nous nous inquiétons des difficultés d'accès à la plateforme pour les malades éloignés du numérique. Nos interlocuteurs insistent sur ce point : le médecin généraliste doit pouvoir procéder au référencement en ligne. C'est indispensable pour garantir l'accessibilité du dispositif aux personnes souffrant d'illectronisme.

De plus, il faut ouvrir rapidement le dossier de la reconnaissance du syndrome post-covid comme affection de longue durée exonérante au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, l'étude du post-covid et du covid long doit permettre une meilleure reconnaissance comme maladie professionnelle. Il faut aller au-delà du décret actuel, prenant en compte le syndrome post-covid selon des exigences manifestement trop restrictives. J'y insiste, les professions exposées ne sauraient se limiter au secteur de la santé : nombre de métiers ont été mobilisés en première ligne, notamment lors des confinements.

En conclusion, cette proposition de loi répond partiellement au besoin de reconnaissance, y compris symbolique, exprimé par les malades. Néanmoins, elle ne marque pas de réelle avancée vers la prise en charge coordonnée du malade par une équipe pluridisciplinaire, médicale et paramédicale. Surtout, elle n'assure pas la reconnaissance en ALD ou en maladie professionnelle, que j'ai évoquée.

Notre débat devrait permettre de tracer quelques pistes d'amélioration ; quoi qu'il en soit, nous voterons ce texte. (*Applaudissements au banc des commissions. – Mme Monique Lubin, MM. Jean-Claude Requier et Martin Lévrier applaudissent également.*)

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

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, alors que notre pays fait face à une cinquième vague de la pandémie de covid-19, d'une ampleur sans précédent – le variant omicron contaminant près d'un million de personnes chaque jour –, il est impératif d'assurer une prise en charge des malades qui conservent des symptômes durablement.

Je remercie nos collègues du groupe Union Centriste de nous permettre, avec cette proposition de loi, de débattre de la situation de centaines de milliers de nos concitoyennes et concitoyens atteints de ce qu'il est désormais convenu d'appeler le covid long.

L'Organisation mondiale de la santé est parvenue récemment à une définition internationale du covid long, dont les symptômes seraient présents chez une personne contaminée sur dix après douze mois. Néanmoins, les scientifiques n'ont pas encore pu atteindre un consensus quant aux mécanismes qui en sont à l'origine.

En attendant, les contaminations explosent et laissent présumer une augmentation tendancielle du nombre de malades touchés par les symptômes longs. Or les conséquences peuvent être graves : certains symptômes peuvent être particulièrement incapacitants, au point parfois d'empêcher la reprise du travail, ce qui entraîne de lourdes difficultés financières. (*Mme le rapporteur le confirme.*)

Le présent texte propose donc de recenser les cas de covid long par le biais d'une plateforme et de prendre en charge ces malades.

Le référencement des malades et la création d'un protocole de soins apporterait certes une amélioration pour ces patients, actuellement très démunis. Néanmoins, ce texte manque d'ambition, et certaines de ses dispositions inspirent des réserves.

Je pense tout d'abord au référencement et au dispositif de suivi prévu sur une plateforme en ligne. Cette solution exclusivement numérique laisse de côté toutes les personnes qui n'ont pas accès à internet faute de moyens, par illettrisme ou parce que leur lieu de vie n'est pas couvert par ces technologies.

Je rappelle que, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la fracture numérique concerne 17 % de la population et, en premier lieu, les publics les plus précaires.

Aussi, nous regrettons que ce texte ne permette pas aux médecins généralistes ou aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de se charger de l'entrée dans le dispositif.

À cet égard, nous rejoignons notre rapporteur, que je remercie de son travail. Elle souligne la nécessité d'autoriser l'accès au parcours de soins des malades, y compris celles et ceux qui n'ont pas été référencés préalablement sur la plateforme.

Je pense ensuite à la gestion et à la sécurité des données de santé de la plateforme. Les nombreuses attaques de sites internet d'hôpitaux menées ces derniers mois illustrent à la fois l'attrait que suscitent ces données et les risques existants pour la sécurité des données personnelles, en particulier par suite de potentielles violations du secret médical.

De plus, nous nous interrogeons quant à la faisabilité de cette proposition de loi, qui confie la gestion des données aux hôpitaux de proximité.

Comment ces établissements, qui subissent déjà des pénuries de personnel, pourront-ils gérer et financer le référencement des covid longs dans les territoires? Pourquoi ne pas avoir envisagé de confier ce référencement à Santé publique France, dont l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations figurent déjà parmi les missions?

À notre sens, si la gestion des données doit relever des hôpitaux de proximité, il est nécessaire de prévoir une enveloppe financière dédiée.

Par ailleurs, nous regrettons que le covid long ne soit pas reconnu au titre des affections de longue durée, ce qui garantirait une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale. À l'inverse, on préfère maintenir un reste à charge pour celles et ceux qui font partie des 3,8 millions de Françaises et de Français sans complémentaire.

Enfin – c'est là le principal écueil du texte –, cette proposition de loi néglige la reconnaissance du covid-19 comme maladie professionnelle.

Au regard du nombre important de travailleuses et de travailleurs qui ont contracté le covid-19 sur leur lieu de travail, notamment du fait de la pénurie d'équipement de protection au début de cette pandémie, le covid long devrait être reconnu comme une maladie professionnelle.

Malgré ces réserves, les élus du groupe communiste républicain citoyen et écologiste voteront ce texte. En effet, il s'agit d'un premier pas pour les patients souffrant de covid long, qui avaient jusqu'alors l'impression d'être totalement abandonnés! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRCE, ainsi qu'au banc des commissions. – Mme Colette Mélot et M. Alain Milon applaudissent également.*)

M. le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC. – Mme Colette Mélot applaudit également.*)

Mme Jocelyne Guidez. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, avant tout, je tiens à saluer le travail de notre collègue député Michel Zumkeller, auteur de cette proposition de loi visant à la création d'une plateforme de référencement et de prise en charge de malades chroniques de la covid-19, aujourd'hui soumise à notre examen.

Je remercie également notre collègue rapporteur, Mme Nadia Sollogoub, de la qualité de son rapport, qui éclaire avec précision les enjeux de ce texte.

Tout d'abord, j'insisterai sur la nécessaire reconnaissance du covid long. Il semble à présent certain qu'il ne s'agit pas, en soi, de l'une de ces maladies dites « imaginaires ».

De multiples symptômes, que l'on associe souvent à tort à des douleurs post-traumatiques ou dépressives, affectent durablement de nombreuses personnes. Fatigue extrême, troubles cognitifs, essoufflement, angoisses, insomnies : ces symptômes, qui pourraient durer plus d'un an, fragilisent les malades et détériorent leur quotidien, notamment du fait de leurs répercussions sociales et professionnelles.

Force est de constater que, deux ans après l'apparition de la pandémie, le covid long est un objet encore mal connu et reconnu. Sa définition n'est toujours pas établie. Selon l'Organisation mondiale de la santé, qui le nomme aussi « syndrome post-covid », il s'agit de symptômes qui sont encore présents trois mois après l'infection de covid-19 et qui persistent au moins deux mois.

Les résultats d'une étude américaine montrent que le virus peut provoquer une infection disséminée et persister dans l'organisme pendant des mois. Publiée le 20 décembre 2021 sur la plateforme du groupe Nature, cette analyse repose sur l'autopsie de patients décédés de la covid-19.

Le contexte est donc dominé par d'immenses incertitudes. Il nous reste beaucoup à apprendre, qu'il s'agisse des délais, des symptômes, de l'attribution ou des critères.

Faute d'informations et de formations spécifiques, les médecins peinent à établir des diagnostics et à offrir à ces patients une prise en charge adéquate, si bien qu'ils peuvent demeurer dans une errance thérapeutique difficile à vivre. Les symptômes dont ils sont affectés peuvent être cycliques, c'est-à-dire disparaître, puis se déclarer à nouveau, avec une intensité variable.

Selon une étude du Bureau national des statistiques du Royaume-Uni, au 6 décembre 2021, quelque 1,3 million de Britanniques souffraient du covid long. Quant au nombre de Français atteints d'un covid long, il est encore inconnu. On estime que 10 % des patients ayant eu le covid souffrent de symptômes persistants. Il s'agit là d'un réel enjeu de santé publique, qui mérite incontestablement notre attention.

N'importe quelle personne – enfant ou adulte, jeune ou âgée, en bonne santé ou fragile – peut être touchée par le covid long. Il n'existe pas de lien de cause à effet entre la sévérité de la maladie et la persistance des symptômes. La gravité des symptômes peut évoluer d'un jour à l'autre, et la personne souffrant de covid long alterne des phases de récupération, marquées par la disparition des symptômes, et d'aggravation de son état.

Par ailleurs, le séjour en réanimation met le corps à rude épreuve, par suite d'une longue immobilisation, de la sédation et de l'intubation. Le ressenti peut relever, soit du covid long, soit des conséquences d'une hospitalisation prolongée, et le parcours de soins doit être adapté à la situation de chacun.

Tous les experts attestent de la nécessité de reconnaître les symptômes persistants et d'assurer le maillage territorial d'un parcours de soins spécifique à l'échelle nationale.

Il est urgent de coordonner les actions pour soigner les patients qui souffrent de cette forme persistante de la covid-19. Il est urgent que cette maladie soit clairement répertoriée et donc plus efficacement prise en charge.

Les sénateurs du groupe Union Centriste saluent la création rapide d'une plateforme spécifiquement dédiée aux malades « post-covid-19 ».

Ce dispositif témoigne de la véritable prise en considération d'un problème de santé nouveau et assurera un meilleur accompagnement des patients. Il permettra à toutes celles et à tous ceux qui le souhaitent de se faire référencer comme souffrant ou ayant souffert de symptômes post-covid.

La mise en place d'une telle plateforme présente d'indéniables intérêts, au premier rang desquels l'information du patient, l'aide au diagnostic et le développement de la recherche. Elle permettrait d'identifier ces personnes, de recueillir des informations relatives aux pathologies que ces malades auraient en commun, à la durée de leurs symptômes et à leurs traitements. Ces données pourraient contribuer à l'avancée des recherches d'ores et déjà engagées partout dans le monde sur ce phénomène post-viral encore trop peu connu.

Néanmoins, nous abondons dans le sens de notre collègue rapporteur : ce texte ne doit pas laisser à penser qu'un traitement différencié serait applicable aux patients selon qu'ils soient référencés sur cette plateforme ou non.

Sans doute serait-il nécessaire de rappeler que cette plateforme doit être conçue de façon et à ne pas retarder l'accès du patient à un professionnel de santé, à ne pas détourner le patient de son médecin traitant. *(Mme le rapporteur acquiesce.)*

Il me semble opportun d'évoquer le rôle central du médecin traitant dans l'accompagnement et la prise en charge des patients atteints de symptômes post-covid depuis le début de la crise sanitaire.

Sur le fond, cette proposition de loi n'a que très peu évolué dans sa rédaction depuis son dépôt en octobre 2020, et les sénateurs du groupe Union Centriste le regrettent profondément. En effet, on peut reprocher au présent texte un décalage entre les intentions de son auteur et la rédaction retenue.

Néanmoins, les quelques dispositions qui s'y trouvent nous semblent de bon sens. Il s'agit de l'orientation du malade, soit vers un suivi personnalisé par le médecin traitant, en

vertu d'un protocole déterminé, soit vers un parcours de soins adapté par une unité de soins post-covid dans un établissement hospitalier de proximité, pour les pathologies les plus lourdes.

Je salue également le déploiement rapide de ces unités de soins par les agences régionales de santé, ainsi que la prise en charge à 100 % des analyses et soins par l'assurance maladie et les complémentaires de santé.

Malgré les quelques réserves qu'inspire sa portée opérationnelle, ce texte assure la première reconnaissance d'une pathologie mal identifiée et un meilleur suivi des patients atteints de covid long, dont le quotidien est un combat permanent.

Nous souhaitons créer du lien et mettre fin au sentiment d'invisibilité dont souffrent ces malades. C'est pourquoi les membres du groupe Union Centriste voteront le présent texte. *(Applaudissements au banc des commissions. – M. Martin Lévrier applaudit également.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, depuis deux ans, l'humanité doit faire face à une pandémie qui a touché près de 300 millions de personnes et fait plus de 5,5 millions de morts sur la planète ; et ce bilan, déjà particulièrement lourd, serait, selon certaines études, malheureusement sous-estimé.

Cette maladie est un défi pour le milieu médical. Si la recherche a progressé, notamment grâce à l'exceptionnelle mobilisation des chercheurs pour mettre au point des vaccins et des médicaments antiviraux, force est de constater que ce virus présente encore beaucoup d'inconnues. C'est le cas de ce que l'on appelle communément le covid long.

Si, dans la plupart des cas, les symptômes de la covid-19 disparaissent au bout de quelques jours, un grand nombre de patients se plaignent de symptômes multisystémiques fluctuants, qui persistent pendant des mois : perte de goût et d'odorat, maux de tête, fatigue terrassante, « brouillard mental », douleurs musculaires, péricardites, etc.

Parfois très invalidants, ces symptômes peuvent bouleverser le quotidien des personnes malades. La littérature scientifique estime que 10 % à 30 % des patients ayant été infectés par la covid, y compris sous une forme légère, souffrent de covid long, ce qui représente au moins 700 000 personnes. Mais, en réalité, nous ne disposons d'aucun décompte officiel, si bien que les intéressés sont certainement plus nombreux.

Du fait de la grande hétérogénéité des symptômes, il est difficile d'obtenir des chiffres fiables. Face à ces malades, la communauté médicale est démunie, pour ne pas dire impuissante.

Certes, la Haute Autorité de santé a élaboré, en février 2021, des fiches à destination des professionnels de santé pour les accompagner dans la prise en charge et l'orientation de ces patients. Les agences régionales de santé ont par ailleurs déployé des cellules de coordination post-covid sur l'ensemble du territoire, afin d'organiser la prise en charge des patients tout en fournissant une assistance aux malades et aux médecins traitants, notamment pour la prise en charge des pathologies complexes.

Pour autant, de nombreux médecins ignorent encore la variété des symptômes du covid long et l'existence des dispositifs mis en place par les autorités sanitaires. L'absence de compréhension et de reconnaissance de ce syndrome post-

infectieux nuit fortement aux patients, qui, réduits à une véritable errance médicale, sont plongés dans une profonde détresse.

Face à ce problème de santé publique, nos collègues députés ont adopté à l'unanimité, le 26 novembre dernier, une proposition de loi visant à créer une plateforme de référencement et de prise en charge de ces malades chroniques.

Comme l'a rappelé Mme le rapporteur, il aurait été possible d'améliorer ce texte pour lui donner davantage de portée opérationnelle. Mais, en raison d'un calendrier législatif contraint jusqu'à la suspension des travaux parlementaires, elle nous propose de l'adopter conforme pour une mise en œuvre rapide.

Je puis comprendre la position de certains de nos collègues, qui rejettent l'idée de voter conforme un texte nécessitant un certain nombre d'améliorations. Vous le savez, les membres du RDSE sont très attachés au bicamérisme ; le temps sénatorial n'est-il pas celui de la réflexion, pour reprendre les mots de Clemenceau ?

Pour autant, il ne faudrait pas priver les médecins et leurs patients d'un outil supplémentaire. Les chercheurs sont unanimes : pour faire avancer les connaissances, la communauté médicale a besoin de la parole et de l'expérience de ces malades. Elle a besoin de données pour comprendre ce qui se passe et ce qu'il faut mettre en place.

Cette plateforme permettra de recenser les cas et de recueillir de précieuses informations au sujet de cette pathologie encore méconnue. C'est pourquoi, malgré quelques réserves, les élus du RDSE soutiendront cette proposition de loi. (*Applaudissements au banc des commissions. – M. Martin Lévrier applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER. – Mme Joceyline Guidez applaudit également.*)

M. Bernard Jomier. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, au cours des deux derniers jours, nous avons débattu dans cet hémicycle des outils de gestion de la crise sanitaire ; nos échanges ont été largement nourris par la nécessité d'adapter notre organisation commune à un virus en constante mutation, qui, malgré nous, s'inscrit dans la durée.

Entre autres évolutions de l'épidémie, on constate qu'une frange des personnes contaminées par le covid-19 est victime de symptômes prolongés et persistants. La part que représentent ces cas de covid long n'est pas encore établie à ce jour. Mme la ministre nous a donné un certain nombre de chiffres. Ces données ne sont toujours pas stabilisées, mais elles n'en sont pas moins intéressantes.

En tout état de cause, il s'agit d'un sujet important, car nombre de nos concitoyens souffrent de cette chronicité. Nous devons nous donner les moyens de les accompagner et de les prendre en charge de la manière la plus efficace.

La question que pose ce texte est la suivante : le dispositif proposé est-il pertinent au regard de ce qui existe déjà dans nos territoires et de l'état des connaissances sur la pathologie ? On peut regretter, sur ce dernier point, que le texte soit resté presque inchangé depuis son dépôt en 2020, tandis que la situation, elle, a apporté de nouvelles réponses sur le traitement de ces formes chroniques.

En tout état de cause, nous regrettons que ce texte soit si peu fourni, alors qu'il s'ajoute à une organisation territoriale de santé déjà compétente en théorie pour assurer une telle mission. Nous regrettons ce que l'on peut qualifier « d'inflation normative ».

Les personnes concernées ont avant tout besoin d'un parcours de soins accessible et attentif. Les acteurs de santé s'organisent et disposent déjà de certains outils permettant de traiter ces cas et de prendre en charge ces personnes à l'échelle territoriale.

Par exemple, le projet régional de santé, et même le projet territorial de santé, a pour objectif de coordonner les différents professionnels de soin au bénéfice d'une problématique de santé publique, telle que la prise en charge de pathologies chroniques comme le covid long.

Par ailleurs, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) disposent de missions similaires à celle que met en place cette proposition de loi. Obligatoires, ils sont dotés d'un projet médical partagé, ils sont composés d'un très grand nombre d'acteurs de la santé et du médico-social et ils définissent des priorités de santé publique.

Les groupements de coopération sanitaire (GCS), sont eux aussi compétents pour organiser leurs activités au profit d'une problématique de santé publique.

Ce tableau n'est pas exhaustif, mais l'on voit bien que des moyens concrets préexistent pour ce type de prise en charge, moyens qui sont déjà conventionnés et coordonnés par les ARS.

Je le répète, le covid long est un sujet important et je remercie le rapporteur de la qualité du travail effectué. Son rapport, d'une exceptionnelle qualité, a conduit la commission des affaires sociales à émettre des réserves sur ce texte tel qu'il nous était présenté.

Au fond, ne faudrait-il pas plutôt se concentrer sur les structures existantes dotées de véritables moyens financiers, humains et techniques et qui ont pour mission exacte de répondre à ce type de problématique ? Faut-il créer de nouveaux outils ?

Sur le terrain, les dispositifs existants font déjà leurs preuves pour prendre en charge les patients atteints de covid long. À Nantes, par exemple, une plateforme d'accompagnement et d'écoute des patients et des usagers, en lien avec les instances territoriales, a été mise en place ; en Occitanie, l'agence régionale de santé a travaillé à un parcours de soins et labellisé six centres pour accueillir des patients souffrant de covid long et présentant des situations de prise en charge complexes.

En complément, dix-huit centres de soins de suite et réadaptation sont désormais labellisés dans toute la région, pour aider les patients concernés à retrouver leur autonomie. En outre, chaque département dispose d'une plateforme d'appel, qui centralise les demandes par un numéro d'appel unique orientant les patients vers le centre ou la consultation la plus proche.

Cette proposition de loi, pour intéressante qu'elle soit, n'est-elle pas déjà satisfaite, par ailleurs, par un dispositif du ministère des solidarités et de la santé : le réseau territorial de cellules de coordination post-covid ?

J'en cite la raison d'être : ces cellules « viennent en appui des médecins traitants, soit pour structurer une prise en charge globale du patient, soit pour accompagner directement ce dernier dans son parcours de soins et l'orienter

vers les spécialistes les plus adaptés à sa situation. Les cellules de coordination post-covid sont portées prioritairement par les dispositifs d'appui à la coordination, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou tout autre acteur qui permet l'animation d'un réseau d'acteurs pluri professionnel au service du patient. »

Vous l'avez compris, ce texte empathique – c'est très important, et nous le soutenons –, nous semble n'apporter qu'une faible valeur ajoutée à l'objectif, par ailleurs légitime, d'une amélioration de la prise en charge de ces patients présentant une forme longue du covid.

C'est pourquoi nous avons proposé des amendements qui visent, à tout le moins, à s'assurer de la parfaite accessibilité de cette plateforme, à se prémunir de toute discrimination vis-à-vis de celles et de ceux qui n'auront pu s'y référencer et à attribuer un rôle clair aux ARS.

Notre groupe s'abstiendra probablement – nous en jugerons à l'issue du débat. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER.*)

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, lundi 3 janvier, le député de Charente-Maritime, Raphaël Gérard, a marqué les esprits à l'Assemblée nationale, alors que nos homologues examinaient le projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, texte qui vise à transformer le passe sanitaire en passe vaccinal.

Désireux de reconnecter l'hémicycle à la réalité, M. Gérard a raconté son calvaire, celui d'un patient touché par un covid long et désormais quotidiennement tributaire d'un dispositif externe, d'un cœur artificiel : trente centimètres de câbles et trois kilogrammes de matériel, qu'il portera vingt-quatre heures sur vingt-quatre jusqu'à la fin de ses jours. Le covid long – ou post-covid, c'est selon – est sa réalité.

C'est aussi la réalité polymorphe, tant par ses aspects cliniques que par sa gravité et sa durée, de dizaines de milliers de personnes dans ce pays dont la vie a été bouleversée par l'épidémie. En effet, la persistance de symptômes plusieurs semaines ou mois après les premières manifestations a été décrite chez plus de 20 % des patients après cinq semaines et chez plus de 10 % d'entre eux après trois mois.

Aussi, je crois pouvoir affirmer que l'esprit de ce texte est partagé de tous. Celui-ci vise, dans son article 1^{er}, à mettre en place une plateforme permettant aux patients ayant développé des symptômes prolongés de se faire référencer, et, dans son article 2, à assurer la prise en charge des patients souffrant de symptômes dus à un covid long par un médecin traitant ou dans une unité de soins post-covid.

Si l'esprit de ce texte est partagé de tous, il faut tout de même constater que sa rédaction fixe des limites, qui pourraient devenir sources de complexité. J'ai notamment à l'esprit les risques d'incompréhension des patients. Il sera donc essentiel de préciser que la prise en charge ne sera pas corrélée au référencement sur la plateforme.

C'est d'ailleurs pour souligner ces limites rédactionnelles et opérationnelles que la commission des affaires sociales, contre votre avis, madame la rapporteure, avait décidé de rejeter la proposition de loi. Pour autant, celle-ci met en lumière l'importance d'être aux côtés de nos concitoyens victimes

de ce covid long. Ainsi, ses grands objectifs sont en adéquation avec les mesures mises en œuvre pour assurer la prise en charge des patients victimes du covid long.

C'est le cas grâce à la Haute Autorité de santé (HAS), qui a publié en février 2021, puis mis à jour en novembre, des recommandations relatives aux critères de diagnostic et aux modalités de dépistage, mais aussi des recommandations de prise en charge clinique et paraclinique de ce public, grâce à un dispositif de réponses rapides couplé à des fiches pratiques.

La direction générale de la santé (DGS) a, quant à elle, publié des recommandations le 23 mars 2021 pour l'ensemble des professionnels de santé. Elle a notamment appelé au développement de cellules de coordination post-covid sur tout le territoire.

Enfin, le Gouvernement a, d'une part, mis en œuvre ces 118 cellules dans une vraie logique de maillage territorial. Celles-ci accompagnent, informent, orientent les professionnels et les patients et coordonnent les interventions nécessaires à la prise en charge des cas complexes post-covid, dans tous les territoires. Il a, d'autre part, alloué un budget de 5,5 millions d'euros à des projets consacrés spécifiquement aux formes persistantes de covid et sélectionnés au niveau national. Un nouvel appel à projets, dédié à la recherche sur le covid long, est d'ailleurs paru.

Ainsi, la prise en compte des covid longs est donc bien réelle, par l'information des citoyens, par la prise en charge de ces pathologies ainsi que par la recherche afin de mieux les appréhender. Ce texte s'inscrit donc dans une trajectoire dont nous partageons les objectifs.

Ainsi, tout en soulignant l'importance que cette proposition de loi puisse s'insérer aux initiatives déjà mises en œuvre, le groupe RDPI votera ce texte.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC.*)

Mme Colette Mélot. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, près de deux ans après le début de l'épidémie, notre pays reste soumis à la pression du virus. Vague après vague, variant après variant, la lutte contre la covid s'apparente à une course d'endurance, qui nous fatigue et nous éprouve, autant comme individus que comme nation.

Depuis le début de l'épidémie, la ligne poursuivie par le Gouvernement a été claire.

M. Jean-François Husson. Pas toujours !

Mme Colette Mélot. Il fallait éviter la saturation des services de réanimation. Toutes les restrictions de liberté ont eu pour seul fondement cet objectif ; et, malgré les pics successifs de contaminations, notre pays a tenu bon.

J'en profite pour remercier de nouveau tous les soignants qui ont fait preuve d'un dévouement admirable. Je tiens aussi à m'associer à la douleur de tous nos compatriotes qui ont perdu, dans cette épidémie, un être cher. Avec plus de 123 000 morts, le bilan humain est extrêmement lourd.

Ce bilan sanitaire s'alourdit encore si l'on y intègre les victimes collatérales de la covid. Je pense à tous les patients dont les parcours de soins ont été perturbés par des déprogrammations : parfois des retards se révèlent lourds de conséquences, parfois le temps perdu dans la course contre une maladie est irrattrapable.

Je pense également à l'impact des diverses restrictions sur la santé des Français, qui ont dû adapter leur mode de vie pour lutter contre le virus. Cela concerne aussi les souffrances d'ordre psychologique qui se sont développées depuis deux ans.

Le Gouvernement a déjà pris des mesures concrètes pour protéger les Français, notamment les plus jeunes. Nous devons toutefois rester vigilants sur ce point.

Je pense enfin – c'est le sujet qui nous rassemble aujourd'hui – à tous ces malades de la covid dont le calvaire s'éternise bien au-delà de la période d'activité du virus. Ces patients souffrent de ce que l'on a désormais coutume d'appeler le covid long.

Je fais partie de ces Français pour qui la vie a changé après le virus. Ces séquelles semblent parfois anecdotiques : c'est, par exemple, la perception d'une saveur ou d'une odeur qui a changé, mais elles agissent comme de tristes madeleines de Proust, qui, régulièrement, nous rappellent cette épreuve.

Dans certains cas, toutefois, ces séquelles se révèlent beaucoup plus graves : épuisement physique, perte totale d'odorat, troubles de la mémoire ou difficultés respiratoires persistantes, tels sont les principaux symptômes de ces covid longs, qui peuvent créer des handicaps lourds au quotidien, voire des incapacités à exercer un métier – en un mot, ils peuvent briser des vies.

Or force est de constater que leur prise en charge médicale est encore défaillante. Il ne s'agit pas d'en tenir rigueur au corps médical, qui a été tout absorbé à gérer l'urgence des réanimations. De fait, les médecins, chercheurs comme praticiens, n'ont pas eu le temps nécessaire pour se pencher sur ces complications post-covid, dont nous constatons les ravages.

C'est pourquoi je salue cette proposition de loi, qui a le mérite de poser le sujet de la prise en charge de ces pathologies nouvelles découlant de l'épidémie sans en constituer l'urgence première. Elle met en lumière ce sujet sanitaire, qui, pour être forcément secondaire, n'en est pas moins prioritaire.

Certes, le dispositif, dans sa rédaction actuelle, reste perfectible. Certaines questions doivent être éclaircies, tant sur la mise en place de la plateforme que sur l'élaboration du protocole de prise en charge des patients.

Je vous soumettrai donc des amendements, afin de préciser le texte. Cependant, je mesure l'importance du sujet et je comprends l'espoir d'une adoption conforme par le Sénat. Il me semble nécessaire d'adopter un dispositif aussi utile pour les patients que pour les médecins. *(Applaudissements sur les travées des groupes UC, RDSE et RDPI.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-François Husson. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. Jean-François Husson. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame le rapporteur, mes chers collègues, selon la Haute Autorité de santé, entre 250 000 et 300 000 personnes souffrent de symptômes persistants après avoir contracté la covid-19 : essoufflement, perte prolongée du goût et de l'odorat, fatigue chronique, douleurs musculaires, troubles cognitifs, et j'en passe.

Les témoignages s'accumulent de personnels soignants, exerçant à l'hôpital, en établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou en libéral, ayant

contracté la maladie et souffrant encore aujourd'hui de nombreux symptômes qui les empêchent parfois de retourner travailler.

J'ai notamment à l'esprit le cas de cette aide-soignante nancéienne qui a contracté la covid-19 en avril 2020 et qui, à ce jour, est toujours dans l'incapacité de reprendre le travail. Elle n'a pas eu recours à l'oxygénothérapie lors de son infection et souffre, depuis lors, de problèmes respiratoires et de fatigue chronique.

Pourtant, sa pathologie ne remplit pas les conditions d'octroi des maladies professionnelles du fameux tableau n° 100, ni la reconnaissance d'une maladie professionnelle « hors tableau », malgré une contamination opérée sur son lieu de travail, alors qu'elle ne portait qu'un simple masque et soignait des patients covid. Et son cas est malheureusement loin d'être isolé.

Je pense aussi à cet infirmier de Meurthe-et-Moselle qui n'a pas ménagé sa peine et a dû reprendre son activité, faute de revenus lui permettant de rester, comme cela lui avait été conseillé par le corps médical, en arrêt.

À la fin de septembre 2021, plus de 5 000 dossiers complets de demandes de maladie professionnelle covid avaient été déposés auprès des caisses primaires d'assurance maladie, dont 82 % émanant de soignants ; des chiffres bien en deçà de la réalité, puisque 90 000 soignants auraient été infectés.

En effet, la reconnaissance de la covid comme maladie professionnelle répond à deux critères précis, mais restrictifs : avoir eu recours à un apport d'oxygène ou d'assistance ventilatoire à la suite de la contamination et établir un lien entre la contamination et la situation professionnelle.

Sur le premier point, la spécificité du covid long est que les patients n'ont pas nécessairement été mis sous oxygène et ne sont donc pas considérés comme ayant développé une forme grave. Pour mémoire, l'oxygénothérapie n'a été autorisée au domicile des patients qu'à partir de novembre 2020, ce qui entraîne de fait une inégalité dans la reconnaissance de maladie professionnelle entre les patients nouvellement infectés et les autres.

Sur le second point, si le lien entre contamination et lieu de travail est difficile à établir avec certitude, nous avons eu la preuve, par l'image, qu'il était plus que probable chez les soignants, surtout en début de pandémie.

Nous gardons tous en mémoire la vision de ces personnels portant des sacs-poubelle en guise de blouse ou couvrant leur bouche et leur nez de masques périmés. Comment douter depuis deux ans de la parole de ceux qui sont allés « à la guerre », avec courage, certes, mais très souvent avec peu de moyens de protection individuelle ?

Ces deux critères de reconnaissance de covid long en maladie professionnelle sont aujourd'hui obsolètes et doivent évoluer. Le « quoi qu'il en coûte » financier doit également être sanitaire et médical : il revient à l'État d'assumer la charge de la contamination des soignants à la covid-19, au même titre qu'il a assumé la charge économique des confinements successifs avec la mise en place du fonds de solidarité.

Rappelons que le ministre des solidarités et de la santé avait déclaré solennellement le mardi 21 avril 2020, devant l'Assemblée nationale, que « s'agissant des soignants, quels qu'ils soient, quels que soient leur lieu d'exercice et leur mode

d'exercice – à l'hôpital, en Ehpad, en ville –, quelle que soit la discipline concernée, nous avons décidé une reconnaissance automatique comme maladie professionnelle, ce qui signifie une indemnisation en cas d'incapacité temporaire ou permanente ». Madame la ministre, il faut tenir parole. C'est l'heure de vérité!

Ainsi, il me semble essentiel d'assouplir les conditions à remplir pour permettre la reconnaissance de la covid-19 en maladie professionnelle pour les soignants qui se sont mis et qui continuent à se mettre en danger pour venir en aide aux malades, en envisageant notamment la suppression du critère d'oxygénothérapie et l'élargissement du champ d'instruction des comités de reconnaissance du covid long comme maladie professionnelle. Il s'agit, à mon sens, d'une question de respect et de dignité.

Tout à l'heure a été cité Albert Camus. Pour ma part, j'ai préféré, cette année, inscrire sur la carte de vœux que j'ai adressée à certains de mes concitoyens cette phrase d'Edgar Morin : « Le virus nous rappelle à notre humanité et à notre condition d'être profondément sociaux, inséparables les uns des autres. » (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. De notre expérience, il faut retenir un message essentiel : la vaccination a permis de diminuer de moitié les formes longues du covid et la persistance des symptômes. Il est très important de le rappeler, notamment pour continuer à convaincre les soignants qui sont encore réfractaires à la vaccination et qui sont actuellement suspendus.

Concernant la prise en charge des covid longs, celle-ci incombe en général plutôt aux médecins de ville qu'aux hôpitaux ou aux centres de soins de suite et de réadaptation à l'activité. Ce n'est pas donc pas tellement cette pathologie qui justifiera une aggravation des hospitalisations dans le mode de soin actuel, et c'est tant mieux.

S'agissant de la reconnaissance en maladie professionnelle pour les soignants, sachez que nous ne négligeons aucune demande. Quelque 1 500 dossiers ont été acceptés en 2021. Nous allons poursuivre en ce sens, parce que nombre de dossiers sont déposés actuellement.

En outre, l'état des connaissances va progresser; nous allons encore apprendre. Il faut rester humble devant ces aggravations : personne ne les connaît encore complètement et personne ne les a encore entièrement diagnostiquées, même si nous avons déjà quelques pistes.

Pour autant, aucun dossier ne sera classé définitivement, et nous nous accordons le droit de revenir sur une décision. Je le dis notamment pour les personnes que vous évoquiez, monsieur le sénateur Husson.

Nous accentuons la formation des étudiants en médecine sur ce sujet et nous organisons des webinaires avec les médecins généralistes, parce qu'il est important que ceux-ci disposent du même degré d'information.

Nous travaillons aussi à accroître l'homogénéité entre ARS, délégations régionales et médecins, pour que chacun ait la même approche de ce covid long et de la persistance des symptômes.

En ce qui concerne l'écoute, nous travaillons main dans la main avec les associations que vous avez citées.

Pour conclure, il est vrai que le ministère a déjà travaillé sur ces dispositifs, cette approche et cette plateforme, mais il est parfois utile, à mon sens, que l'initiative parlementaire soit reconnue et que nous acceptions des textes issus des assemblées, même, si en l'occurrence, celui-ci correspond au modèle que nous sommes déjà en train de mettre en place pour répondre au défi du covid long. C'est pourquoi le Gouvernement est favorable à cette proposition de loi.

M. le président. La discussion générale est close.

La commission n'ayant pas élaboré de texte, nous passons à la discussion des articles de la proposition de loi initiale.

PROPOSITION DE LOI VISANT À LA CRÉATION
D'UNE PLATEFORME DE RÉFÉRENCIEMENT
ET DE PRISE EN CHARGE
DES MALADES CHRONIQUES DE LA COVID-19

Article 1^{er}

- ① Afin de mieux accompagner les personnes touchées par la covid-19, une plateforme de suivi est mise en place. Elle peut se décliner sous toutes les formes proposées par les technologies, notamment des sites internet et des applications. Elle permet à tous les patients qui le souhaitent de se faire référencer comme souffrant ou ayant souffert de symptômes post-covid. Son accès est gratuit.
- ② Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités d'application de la plateforme.

M. le président. L'amendement n° 6 rectifié *bis*, présenté par Mme Mélot, MM. Malhuret, Chasseing, Lagourgue, Guerriau, Wattebled, A. Marc, Menonville et Capus et Mme Paoli-Gagin, est ainsi libellé :

Alinéa 1, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

avant le 31 décembre 2022

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Dans la rédaction actuelle, les modalités d'application du dispositif sont renvoyées à la publication d'un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Ce renvoi ne mentionne cependant aucun délai pour la mise en place de la plateforme, alors que certains patients concernés par le covid espèrent une action rapide.

C'est pourquoi cet amendement vise à préciser la date limite d'entrée en vigueur du dispositif, afin de le rendre davantage opérant.

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

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. Ma chère collègue, j'ai bien compris votre intention de faire au plus vite pour les patients. Nous étions d'ailleurs tout à fait heureux d'entendre que Mme la ministre partage cette intention.

Techniquement, toutefois, si nous modifions ce texte avec l'intention de bien faire, ce sera contre-productif, car la navette parlementaire reprendra. Le meilleur moyen de faire vite serait de ne pas adopter d'amendement, et surtout de ne pas adopter d'amendement ayant un tel objet.

Je vous suggère donc de retirer votre amendement ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

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

Mme Brigitte Bourguignon, *ministre déléguée*. Même avis.

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 6 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Compte tenu des propos de Mme le rapporteur, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 6 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 2, présenté par M. Jomier, Mme Lubin, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 1, deuxième phrase

Remplacer les mots :

proposées par les technologies

par les mots :

numériques ou non, en assurant sa parfaite accessibilité

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Dans ce contexte, je me propose de présenter en même temps les trois amendements que j'ai déposés sur ce texte. En effet, l'heure tourne, et j'ai cru comprendre que ces propositions étaient promises à un sombre avenir.

Je souscris à ce qu'a dit Mme la ministre – cela peut arriver ! En effet, ces amendements sont quasiment satisfaits, mais une piqûre de rappel ne fait parfois pas de mal, la situation actuelle nous le prouve largement ! (*Sourires.*)

L'amendement n° 2 vise à garantir que la plateforme ne soit pas uniquement accessible par voie numérique : la formulation actuelle, avec des solutions « proposées par les technologies », nous semble devoir être précisée, pour que l'accessibilité de cette plateforme soit complète et que cette dernière n'induisse pas des inégalités que l'on risquerait de retrouver ensuite dans la prise en charge.

C'est d'ailleurs l'objet de l'amendement n° 3 à l'article 2 : il y a une ambiguïté sur le fait que l'inscription du patient sur la plateforme entraînerait ce dernier dans un parcours de soins plus attentif et mieux organisé que celui auquel aurait droit un patient qui n'y serait pas inscrit.

Nous avons bien compris que tel n'était pas l'intention de l'auteur de la proposition de loi, mais nous souhaitons préciser que l'insertion dans un tel parcours ne saurait être conditionnée à un référencement préalable sur la plateforme.

Enfin, l'amendement n° 4, toujours à l'article 2, vise à mieux coordonner le dispositif en précisant le rôle de l'agence régionale de santé.

Lors de la discussion générale, j'ai rappelé qu'un certain nombre de dispositifs existaient, dans lesquels les agences régionales de santé jouent un rôle important. Il nous semble donc que la création d'unités de soins post-covid dans les établissements hospitaliers doit évidemment relever d'une décision de l'agence régionale de santé.

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

Mme Nadia Sollogoub, *rapporteur*. Mon cher collègue, en toute honnêteté, si un amendement avait été d'une importance capitale, nous aurions été obligés de l'étudier en profondeur et de l'adopter. Mais sincèrement, je ne pense

que ce soit le cas ici. Si je vais vous demander de retirer vos amendements ou émettre à leur endroit un avis défavorable, ce ne sera pas uniquement pour des raisons de calendrier.

Je partage votre souci : pour ma part, j'habite la Nièvre, où les zones blanches sont partout. Toutefois, il est bien précisé dans le texte que les patients pourront faire la démarche avec leur médecin traitant. Aussi, un patient qui aurait une difficulté d'accès au numérique pourrait néanmoins s'inscrire assez facilement, par ce biais ou grâce aux maisons France Services, d'ailleurs.

Si nous avons créé d'autres portes d'entrée qui ne soient pas des outils numériques, nous aurions risqué de complexifier le dispositif.

En ce qui concerne l'amendement n° 3, je pense avoir été claire, et, d'ailleurs, tous les orateurs sont allés dans le même sens : il est bien évident que, à aucun endroit dans ce texte, il n'est prévu la moindre forme d'exclusion des patients qui ne seraient pas référencés. Quelque part, vous faites donc un procès d'intention. Pourquoi dès lors modifier le texte ?

Enfin, s'agissant de l'amendement n° 4 et de la volonté réelle des ARS d'encadrer les unités de soins post-covid, de même, ce point ne figure nulle part dans le texte. Néanmoins, il serait intéressant d'interroger Mme la ministre, pour connaître les intentions des ARS par rapport à ce dispositif et son fonctionnement. Ce serait plus utile que de modifier un texte où ne se trouve rien qui soit contraire à vos souhaits.

Je vous demanderai donc de bien vouloir retirer vos amendements, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Brigitte Bourguignon, *ministre déléguée*. Pour ma part, monsieur le sénateur, j'émettrai un avis de sagesse sur vos amendements.

Toutefois, tout comme Mme la rapporteure, je constate que la rédaction actuelle du texte, que vous souhaitez préciser, ne contredit en rien vos intentions. Autrement dit, tous vos amendements sont déjà satisfaits. À vous de voir si vous jugez utile de les maintenir...

M. le président. Monsieur Jomier, l'amendement n° 2 est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 2.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 8 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La demande de référencement peut être effectuée par le patient ou le médecin traitant.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Cet amendement visait également à permettre au médecin traitant de réaliser la demande de référencement en ligne à la place des patients

qui en feraient la demande, l'objectif étant que la réelle fracture numérique que l'on observe dans notre pays ne porte pas atteinte à l'accès à la plateforme.

Nous l'avons déjà indiqué, mais je tiens à redire que la dynamique de la dématérialisation des démarches, notamment administratives, est excessive.

Dans son baromètre du numérique 2021, l'Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse (Arcep) évalue à 35 % la proportion d'adultes qui, dans notre pays, rencontrent des difficultés, plus ou moins importantes, mais réelles, dans la pleine utilisation des outils numériques au quotidien.

Cette difficulté se situe à la jonction des problématiques de fracture numérique et de fracture sociale. Si divers déterminants sociologiques expliquent l'illectronisme d'une partie de la population, celui-ci est toujours un enjeu à prendre en compte dans notre réflexion et dans les politiques publiques que nous proposons.

Même si rien ne laisse penser que le médecin ne puisse pas enregistrer son patient sur la plateforme, nous estimions utile de préciser explicitement qu'il le peut. J'emploie, non pas le présent, mais l'imparfait. En effet, devant l'impératif de voter le texte conforme, et compte tenu des avis déjà émis par Mme le rapporteur et Mme la ministre, nous retirons cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 8 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 1^{er}.

(L'article 1^{er} est adopté.)

Article 2

- ① Après traitement des déclarations enregistrées sur la plateforme de suivi, les personnes, majeures ou mineures, ayant des symptômes persistants de la covid-19 sont prises en charge soit par leur médecin traitant dans le cadre d'un protocole déterminé, soit dans une unité de soins post-covid pour les malades atteints de pathologies plus lourdes.
- ② L'agence régionale de santé facilite une mise en œuvre rapide des unités de soins post-covid dans les établissements hospitaliers de proximité, en veillant à leur apporter les moyens humains et financiers permettant de développer un suivi personnalisé à la hauteur de ces symptômes persistants.
- ③ Les analyses et les soins liés à la covid-19 et remboursés par l'assurance maladie en application de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale sont couverts intégralement, dans la limite des tarifs de responsabilité, par la prise en charge conjointe de l'assurance maladie et des contrats mentionnés à l'article L. 871-1 du même code ou de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 dudit code.

M. le président. L'amendement n° 7 rectifié *bis*, présenté par Mme Mélot, MM. Malhuret, Chasseing, Lagourgue, Guerriau, Wattedled, A. Marc, Menonville et Capus et Mme Paoli-Gagin, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer les mots :

soit par leur médecin traitant dans le cadre d'un protocole déterminé, soit dans une unité de soins post-covid pour les malades atteints de pathologies plus lourdes

par les mots :

par leur médecin traitant dans le cadre d'un protocole déterminé par le ministère chargé de la santé, après consultation des organisations représentatives des médecins hospitaliers

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement visait à accélérer la prise en charge par leur médecin traitant des patients inscrits sur la plateforme, en donnant davantage d'importance à ces derniers dans le dispositif.

Toutefois, Mme la ministre m'ayant indiqué que la prise en charge de ces malades par leur médecin traitant était déjà prévue, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 7 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 3, présenté par M. Jomier, Mme Lubin, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En aucun cas l'insertion du patient dans le parcours de soins ne doit être conditionnée à son référencement préalable sur la plateforme.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Je le retire !

M. le président. L'amendement n° 3 est retiré.

L'amendement n° 4, présenté par M. Jomier, Mme Lubin, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

La création des unités de soins post-covid dans les établissements hospitaliers relève d'une décision de l'agence régionale de santé, qui s'assure de la mise à disposition de moyens appropriés pour répondre aux besoins.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 4 est retiré.

Je mets aux voix l'article 2.

(L'article 2 est adopté.)

Après l'article 2

M. le président. L'amendement n° 9, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian, est ainsi libellé :

Après l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, une étude de préfiguration de la reconnaissance du covid long comme affection de longue durée exonérante inscrite sur la liste établie par le ministre chargé de la santé et d'adaptation du décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV-2 prenant mieux en compte les formes longues de cette pluripathologie et les professions concernées.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Par cet amendement d'appel, nous demandons la réalisation d'une étude sur la pertinence – ce point mérite également que nous y insistions – de la reconnaissance du syndrome post-covid comme affection de longue durée (ALD) exonérante.

Cette inscription sur la liste établie par le ministre des solidarités et de la santé permettrait aux personnes atteintes de ces symptômes persistants et handicapants d'être prises en charge à 100 % par l'assurance maladie dans le cadre de leur parcours de soins et des protocoles référencés.

Nous proposons également d'étudier les nécessaires adaptations – l'un de nos collègues a longuement développé ce sujet – du décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV-2 et à ses formes persistantes.

En effet, les critères retenus dans le décret ouvrent aux seuls soignants ayant développé des formes très sévères du coronavirus la reconnaissance de ces pathologies en maladies professionnelles. Pour les autres professionnels de santé, la reconnaissance en maladie professionnelle s'apparente à un parcours du combattant.

Quant aux salariés d'autres secteurs d'activité – il faut les évoquer –, rien ou très peu n'est prévu, alors même que de nombreux professionnels ont été largement mobilisés, y compris lors du confinement, donc fortement exposés. Ils doivent bénéficier des mêmes pourcentages d'indemnisation en cas de covid long ou de syndrome post-covid.

Compte tenu de la prévalence de ces pathologies, de leur possible gravité et, bien sûr, des contraintes liées à l'article 40 de la Constitution, nous demandons que la reconnaissance du syndrome post-covid, tant comme ALD exonérante que pour les salariés en maladie professionnelle, fasse l'objet d'une étude.

J'ai encore une fois employé délibérément l'imparfait dans la défense de cet amendement, mais compte tenu de l'importance du sujet, je souhaite connaître l'avis de notre rapporteur et de Mme la ministre.

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

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. Ma chère collègue, nous savons tous que les demandes de rapport visent à contourner l'article 40 de la Constitution ou à attirer l'attention sur un sujet que l'on estime tout à fait essentiel.

Ce sujet doit bien entendu être approfondi, et je serais très heureuse que Mme la ministre s'y engage. En tout état de cause, j'attire votre attention sur le fait que les reconnaissances en maladie professionnelle relèvent non pas de la loi, mais du décret.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. La symptomatologie identifiée sous le terme de « syndrome post-covid » ou « manifestations persistantes de covid » regroupe des cas de patients présentant des symptômes d'intensité et de fréquence variable. La réponse thérapeutique n'est donc pas univoque.

De ce fait, comme je l'indiquais précédemment, nous ne disposons pas à ce stade des critères de diagnostic précis nécessaires à la création d'une ALD dédiée à cette pathologie, c'est-à-dire permettant de cibler les patients de façon pertinente et de déterminer le panier de soins qu'il convient de lui associer.

En revanche, les patients les plus gravement atteints peuvent d'ores et déjà bénéficier de la reconnaissance en ALD, soit parce que la pathologie dont ils souffrent relève d'une ALD déjà listée, soit parce que leur pathologie répond à des conditions cumulatives de gravité, de durée et de coût du traitement – c'est la définition même d'une ALD.

Nous avons émis des consignes à destination des médecins-conseils de l'assurance maladie, afin de garantir un traitement homogène et attentif de ces demandes d'ALD hors liste. À ce jour, sur dix dossiers présentés dans ce cadre, neuf ont été acceptés par les médecins.

Enfin, pour les cas moins graves, je rappelle, et nous pouvons nous en réjouir, que notre système de santé est protecteur et qu'il permet la prise en charge des soins pour ces autres pathologies.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 9 est retiré.

Article 3 (Supprimé)

Vote sur l'ensemble

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble de la proposition de loi visant à la création d'une plateforme de référencement et de prise en charge des malades chroniques de la covid-19.

(La proposition de loi est adoptée définitivement.)

5

ORGANISATION DES TRAVAUX

M. le président. Mes chers collègues, la réunion de la commission mixte paritaire sur le projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire n'est pas encore terminée.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Nous attendons la fumée blanche ! (Sourires.)

M. le président. Si elle aboutit à un texte commun, la séance reprendra à dix-huit heures trente ou à un horaire plus tardif en fonction de l'heure de l'achèvement de ses travaux. Nous vous en tiendrons informés.

Si elle n'y parvient pas, la séance ne sera pas reprise et nous pourrions, comme il a été demandé par le Gouvernement lors de la réunion de la conférence des présidents d'hier, inscrire la nouvelle lecture de ce projet de loi le samedi 15 janvier à seize heures et, éventuellement, le soir.

La commission des lois se réunirait, pour son rapport et son texte, le samedi 15 janvier le matin.

Le délai limite pour le dépôt des amendements de séance pourrait être fixé au début de la discussion générale.

Y a-t-il des observations?...

Il en est ainsi décidé.

6

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, fixée au samedi 15 janvier 2022 :

À seize heures et, éventuellement, le soir :

Sous réserve de sa transmission, nouvelle lecture du projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique (procédure accélérée).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à quinze heures cinquante.)

*Pour la Directrice des comptes rendus
du Sénat, le Chef de publication*

ÉTIENNE BOULENGER