

N° 544

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 juin 2018

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi, ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, relative au **défibrillateur cardiaque**,*

Par M. Daniel CHASSEING,

Sénateur

(1) *Cette commission est composée de* : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Elisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, *vice-présidents* ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, *secrétaires* ; M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouveau, MM. Jean-Marie Mizzon, Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, M. Jean Sol, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe, M. Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 4015, 4073 et T.A. 827

Sénat : 39 (2016-2017) et 545 (2017-2018)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	5
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. L'ACCÈS RAPIDE À UN DÉFIBRILLATEUR CARDIAQUE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE.....	9
A. LA PERSISTANCE D'UNE FORTE MORTALITÉ LIÉE AUX ARRÊTS CARDIAQUES, POURTANT EN LARGE PARTIE ÉVITABLE	9
1. <i>Les arrêts cardiaques inopinés nécessitent une prise en charge très rapide, dont la défibrillation constitue un maillon essentiel</i>	9
2. <i>Les taux de survie constatés en France à la suite d'un arrêt cardiaque inopiné sont particulièrement faibles</i>	11
B. EN DÉPIT D'UNE POLITIQUE VOLONTARISTE D'OUVERTURE DE L'UTILISATION DES DAE, DES FREINS IMPORTANTS PERSISTENT	12
1. <i>L'utilisation des défibrillateurs a successivement été ouverte aux professionnels de santé non médecins et au grand public</i>	12
2. <i>Pour autant, le recours au défibrillateur ne s'est pas encore entièrement démocratisé</i>	13
a) Une insuffisante sensibilisation du grand public aux gestes de premiers secours	13
b) L'insuffisance du parc de défibrillateurs accessibles au public	14
(1) L'équipement en DAE et le bon entretien des appareils repose sur la bonne volonté des collectivités publiques et privées.....	14
(2) Lorsqu'ils existent, les DAE fonctionnels ne sont pas toujours accessibles.....	16
(3) Il apparaît aujourd'hui nécessaire de prendre le relais des intéressantes initiatives privées qui se sont développées au cours des dernières années	16
C. VERS UNE RELANCE DE LA PRÉVENTION DES DÉCÈS LIÉS À UN ARRÊT CARDIAQUE ?	18
II. UN TEXTE LARGEMENT REMANIÉ LORS DE SON EXAMEN À L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....	21
A. LES DISPOSITIONS DU TEXTE INITIAL NE FIGURANT PLUS DANS LE TEXTE TRANSMIS AU SÉNAT	21
1. <i>Le renforcement des sanctions en cas d'actes de vol ou de vandalisme commis sur des défibrillateurs cardiaques</i>	21
2. <i>Le renforcement de la formation aux gestes de premier de secours dans les programmes d'enseignement</i>	22
B. LES DISPOSITIONS FIGURANT DANS LE TEXTE TRANSMIS AU SÉNAT	22
EXAMEN DES ARTICLES	23
• <i>Article 3 (art. L. 123-5 et L. 123-6 [nouveaux] du code de la construction et de l'habitation) Obligation d'installation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE) dans certains établissements recevant du public (ERP)</i>	23
• <i>Article 3 bis (art. L. 5233-1 [nouveau] du code de la santé publique) Création d'une base nationale de données relatives aux défibrillateurs automatisés externes (DAE)</i>	26

EXAMEN EN COMMISSION	29
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	39
LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES	39
TABLEAU COMPARATIF	41

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le mercredi 6 juin 2018 sous la présidence de **M. Alain Milon**, président, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de **M. Daniel Chasseing** sur la proposition de loi n° 39 (2016-2017) relative au défibrillateur cardiaque.

La commission a relevé **qu'une large part des 40 000 à 50 000 décès liés chaque année en France à un arrêt cardiaque constituent des décès évitables**, d'importants gains en survie étant observés dans les études scientifiques comme à l'étranger dès lors qu'une défibrillation est pratiquée dans les toutes premières minutes suivant l'arrêt cardiaque.

Elle a observé que **les dispositions législatives et réglementaires encadrant l'accès à la défibrillation automatisée externe par les témoins d'arrêt cardiaque souffrent d'un certain nombre de lacunes**. Si l'utilisation des DAE est en principe ouverte au grand public depuis 2007, et si des programmes de formation aux gestes de premier secours ont été prévus par les textes, le passage de ces dispositions réglementaires dans les pratiques médicales et citoyennes continue de faire défaut.

Elle souligne que **l'accessibilité effective des dispositifs de défibrillation destinés au grand public sur l'ensemble de notre territoire**, en particulier, constitue un problème non réglé, en dépit de l'implication en ce domaine de certains acteurs privés, notamment associatifs.

Afin de répondre au plus vite à cet important enjeu de santé publique, elle **a adopté sans modification les deux articles de cette proposition de loi**.

Son article 3 permettra de **préciser les obligations incombant aux établissements recevant du public (ERP) s'agissant de l'installation et de la maintenance des défibrillateurs automatisés externes (DAE) utilisables par le grand public**.

La commission se montrera vigilante quant à la définition des ERP qui sera retenue par voie réglementaire, ainsi qu'à la clarification de la chaîne de responsabilités en matière de maintenance des équipements. Elle attire également l'attention du Gouvernement sur la nécessité de définir les lieux d'implantation obligatoire des DAE d'une manière souple et adaptable à la configuration propre de chaque collectivité publique.

Son article 3 *bis* prévoit de **créer une base nationale de données recensant les lieux d'implantation des DAE et les modalités de leur accessibilité**, ce qui permettra de rendre effectivement accessibles à nos concitoyens l'ensemble des équipements ainsi installés.

Mesdames, Messieurs,

Le taux de survie observé en France à la suite d'un arrêt cardiaque n'excède pas 8 %. Entre 40 000 et 50 000 personnes meurent ainsi chaque année dans notre pays d'un arrêt cardiaque.

Une très large part de ces décès appartient à la catégorie des « décès évitables » : les travaux scientifiques concluent en effet unanimement à des gains majeurs en survie dès lors qu'une défibrillation est pratiquée dans les toutes premières minutes suivant l'arrêt cardiaque, notamment par les témoins de la scène.

Ces chiffres ne sont donc pas une fatalité. Encore faut-il cependant reconnaître et se saisir des enjeux majeurs de santé publique que constituent l'accès rapide à un défibrillateur cardiaque et la démocratisation de son usage. Dans d'autres États ou collectivités étrangers s'étant dotés de stratégies globales de prévention et de prise en charge des arrêts cardiaques, incluant notamment des programmes d'accès public à la défibrillation, des taux de survie bien supérieurs sont en effet observés.

Les pouvoirs publics français ne sont certes pas restés immobiles face à cette importante question. Depuis 2007, l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes (DAE) est ouverte au grand public. Des dispositifs de sensibilisation, voire de formation du grand public aux « gestes qui sauvent » ont par ailleurs été mis en place.

L'enjeu demeure cependant d'assurer le passage de ces évolutions réglementaires dans les pratiques médicales et citoyennes, afin d'assurer leur traduction en bénéfices sur la survie des victimes d'arrêt cardiaque.

De nombreux obstacles subsistent en effet à l'utilisation effective des DAE par nos concitoyens, parmi lesquels l'insuffisante sensibilisation du grand public aux gestes de premier secours, le flou encadrant les obligations incombant aux collectivités publiques et privées s'agissant des équipements en DAE et de leur maintenance, ou encore l'absence de dispositif public unifié permettant la géolocalisation des défibrillateurs.

La présente proposition de loi n'a pas l'ambition d'apporter une réponse à l'ensemble de ces enjeux. Elle propose cependant de mieux encadrer les aspects les plus matériels de ces questions, en assurant l'accessibilité effective de la défibrillation cardiaque sur l'ensemble de notre territoire. Il s'agit ainsi, d'une part, de préciser les obligations incombant aux établissements recevant du public (ERP) en termes d'installation et de maintenance des équipements de défibrillation, et, d'autre part, de créer une base nationale de données relatives aux lieux d'implantation des DAE sur l'ensemble du territoire.

L'importance et l'urgence de cette question expliquent que les deux chambres du Parlement s'y soient concomitamment penchées. La proposition de loi que nous examinons aujourd'hui résulte en effet d'une initiative et de travaux largement communs entre l'Assemblée nationale et le Sénat, sous l'impulsion de deux parlementaires du Nord, Jean-Pierre Decool et Alex Türk, dont il faut saluer l'engagement et la détermination.

Plusieurs évolutions actuellement en cours montrent par ailleurs que les autorités gouvernementales se préoccupent enfin de cette question. En témoignent notamment le séminaire¹ organisé en mars dernier par l'association pour le recensement et la localisation des défibrillateurs (Arlod) au ministère de la santé, et surtout les annonces faites à cette occasion par les autorités ministérielles quant à la meilleure prise en compte de l'intérêt majeur que représente la défibrillation automatisée externe dans la prise en charge des victimes d'arrêt cardiaque.

C'est dans cet élan renouvelé que s'inscrivent les dispositions de la présente proposition de loi. Il est de notre devoir de tout mettre en œuvre pour encourager la citoyenneté et la solidarité de nos concitoyens face à la prise en charge des arrêts cardiaques.

¹ Ce séminaire, organisé en lien avec la direction générale de la santé (DGS), était intitulé « Mort subite et défibrillation précoce : les clés de la réussite ». Ces travaux devraient faire l'objet d'un livre blanc en préparation à la date de publication du présent rapport.

I. L'ACCÈS RAPIDE À UN DÉFIBRILLATEUR CARDIAQUE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

A. LA PERSISTANCE D'UNE FORTE MORTALITÉ LIÉE AUX ARRÊTS CARDIAQUES, POURTANT EN LARGE PARTIE ÉVITABLE

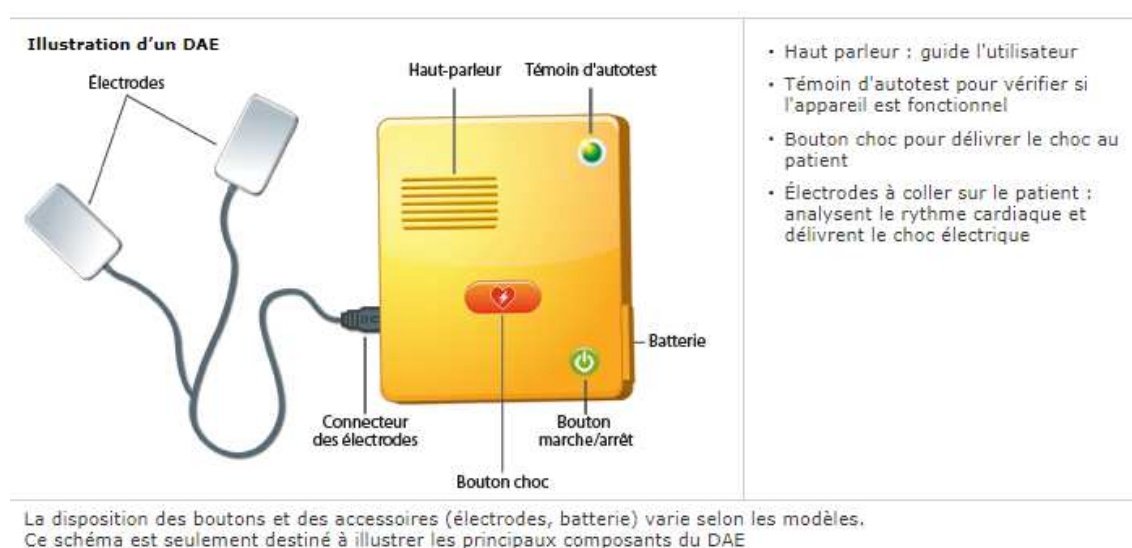
1. Les arrêts cardiaques inopinés nécessitent une prise en charge très rapide, dont la défibrillation constitue un maillon essentiel

- La plupart des arrêts cardiaques inopinés¹ résultent de la survenance d'une arythmie, c'est-à-dire d'une anomalie du rythme cardiaque. Ces anomalies recouvrent notamment la fibrillation ventriculaire, qui désigne une activité électrique anarchique du myocarde ventriculaire, et qui est en cause dans 70 à 80 % des cas d'arrêt cardiaque.

Face à de telles situations, si le massage cardiaque peut permettre de maintenir la circulation sanguine pendant un court laps de temps, il ne suffit cependant pas, dans la majorité des cas, à restaurer un rythme cardiaque normal. Il est donc **indispensable de relancer le rythme cardiaque au moyen d'un choc électrique ou d'une défibrillation**, c'est-à-dire par l'application rapide d'un courant électrique.

Cette opération peut être réalisée au moyen d'un **défibrillateur automatisé externe (DAE)**, petit appareil que l'on branche *via* des électrodes autocollantes sur le thorax du patient en arrêt cardiaque.

Schéma d'un défibrillateur automatisé externe (DAE)



Source : Site Internet de l'ANSM

¹ Un arrêt cardiaque est défini par l'absence de signes de circulation sanguine. On considère que toute personne qui est inconsciente et qui ne respire pas normalement est en arrêt cardiaque.

L'appareil **fonctionne de manière autonome** : il délivre des instructions orales aux intervenants sur place et analyse le rythme cardiaque ; dès lors qu'il détecte des battements anarchiques du cœur, c'est-à-dire une fibrillation, un choc électrique est déclenché. Le DAE est donc **facile à manier**, et peut aisément être utilisé par le grand public.

Mode d'utilisation du défibrillateur automatisé externe (DAE)

Comment utiliser un défibrillateur ?

1. Ouvrez le défibrillateur. Une voix électronique vous donne les instructions à suivre. Elle vous explique d'abord comment placer les électrodes, sur la peau nue de la victime : l'une doit se situer sous l'aisselle gauche, l'autre sur la poitrine côté droit.
2. Le défibrillateur fait lui-même le diagnostic. Il délivrera le choc si c'est nécessaire, donc pas de risque de se tromper !
3. Eloignez-vous du corps de la victime pendant que le défibrillateur délivre l'impulsion électrique. Si vous ou une autre personne êtes en contact avec la victime, le choc risque d'être inefficace. Le défibrillateur va alors vérifier si le cœur est reparti et vous donnera les instructions à suivre.
4. Il existe aussi des défibrillateurs semi-automatiques : l'appareil vous indiquera quand appuyer sur un bouton pour délivrer le choc.



« Analyse du rythme cardiaque en cours »

Source : Site Internet de la fédération française de cardiologie

• Le succès de cette prise en charge repose en large partie sur la **limitation du délai écoulé entre le début de l'arrêt cardiaque et le recours à la défibrillation**. Afin de garantir les chances de survie maximales, celle-ci **doit intervenir dans les minutes qui suivent l'arrêt cardiaque**, sans quoi la fibrillation ventriculaire évolue vers l'arrêt cardiaque complet (asystolie).

Les probabilités de survie chutent en effet de 8 à 12 % pour chaque minute écoulée après l'arrêt cardiaque. Le CFRC indique par ailleurs **que les chances de survie sont très limitées dès lors que le délai de prise en charge dépasse 12 minutes à compter de la perte de conscience**.

En revanche, selon le CFRC, **les taux de survie peuvent 85 % dès lors qu'une défibrillation est pratiquée dans les premières minutes suivant l'arrêt cardiaque** – tandis qu'ils n'excèdent pas 3 à 5 % en l'absence de toute prise en charge.

Les estimations sont fortement dépendantes du temps écoulé avant la prise en charge. La fédération française de cardiologie a pour sa part indiqué à nos collègues de l'Assemblée nationale que le taux de survie à un mois après arrêt cardiaque atteint 35 % dès lors qu'un DAE est utilisé par un premier témoin. D'autres études montrent que les taux de survie peuvent atteindre 50 à 70 % lorsqu'une défibrillation est pratiquée dans les 3 à 5 minutes qui suivent la perte de conscience¹.

La mise en œuvre d'un massage cardiaque entre le moment de la perte de conscience et l'utilisation du défibrillateur contribue par ailleurs à allonger l'intervalle de survie.

¹ Selon le centre fédéral d'expertise des soins de santé de Belgique.

• **La défibrillation constitue dès lors un maillon essentiel de la chaîne de survie** qui doit être immédiatement mise en œuvre après un arrêt cardiaque.

Les **quatre étapes** en sont les suivantes : la reconnaissance rapide du problème et l'appel immédiat des services d'urgences préhospitalières (accessibles au numéro 15) ; dans l'attente de leur intervention, la mise en œuvre d'un massage cardiaque précoce puis d'une défibrillation également précoce ; l'intervention de soins médicalisés rapides.

La chaîne de survie à la suite d'un arrêt cardiaque



Source : Registre électronique des arrêts cardiaques

• Dans la mesure où les équipes d'urgences préhospitalières interviennent en moyenne dans un délai de 7 à 8 minutes – qui peut cependant être beaucoup plus long selon les territoires –, **une première défibrillation doit pouvoir être réalisée par les proches de la victime ou les témoins immédiats de l'arrêt cardiaque.**

De nombreux pays ont dès lors mis en place des programmes d'accès à la défibrillation (souvent dénommés *Public access defibrillation - PAD*) dans le but d'encourager les témoins d'un arrêt cardiaque à procéder à la défibrillation le plus rapidement possible à l'aide des DAE placés dans l'espace public.

2. Les taux de survie constatés en France à la suite d'un arrêt cardiaque inopiné sont particulièrement faibles

Le taux de survie observé en France à la suite d'un arrêt cardiaque est bien loin d'atteindre ceux relevés dans les études mettant en œuvre une défibrillation précoce : il varie selon les estimations entre 5 et 10 %, et serait en moyenne **proche de 8 %**. 40 000 à 50 000 décès sont ainsi liés chaque année à un arrêt cardiaque.

Compte tenu des gains en survie rendus possibles par le recours à un dispositif de défibrillation, force est de conclure **qu'une très large part de ces décès appartiennent à la catégorie des « décès évitables »**.

Selon la Croix-Rouge, le taux de survie après un arrêt cardiaque atteindrait 20 à 50 % aux États-Unis ou dans les pays anglo-saxons dès lors que des DAE sont placés à la disposition du grand public¹.

Dans ce contexte, **la démocratisation de l'utilisation des défibrillateurs constitue un enjeu majeur de santé publique**. Il s'agit ici de s'inspirer le plus vite possible des **stratégies globales** mises en œuvre par certaines collectivités publiques à l'étranger, comme par exemple Seattle et Copenhague, qui ont permis d'augmenter sensiblement le taux de survie après un arrêt cardiaque.

B. EN DÉPIT D'UNE POLITIQUE VOLONTARISTE D'OUVERTURE DE L'UTILISATION DES DAE, DES FREINS IMPORTANTS PERSISTENT

1. L'utilisation des défibrillateurs a successivement été ouverte aux professionnels de santé non médecins et au grand public

- Un premier décret intervenu en 1998² a **autorisé certains professionnels de santé non médecins à utiliser les défibrillateurs semi-automatiques**. Les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les secouristes ainsi que les ambulanciers se sont ainsi vu reconnaître le droit d'utiliser ces dispositifs médicaux, à la double condition qu'ils aient validé une formation initiale ou continue spécifique à cette utilisation et qu'ils agissent *« dans le cadre de services médicaux ou de structures placées sous la responsabilité d'un médecin chargé de s'assurer de leur bon fonctionnement et de leur bonne utilisation »*.

Un second décret de 2007³ a ensuite **ouvert au grand public l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes (DAE)**, en modifiant la rédaction de l'article R. 6311-15 du code de la santé publique pour prévoir que *« toute personne, même non médecin, est habilitée à utiliser un défibrillateur automatisé externe [...] »*. Chaque citoyen a ainsi le droit d'utiliser un DAE lorsqu'il est témoin d'un accident cardiaque.

¹ Indication figurant sur le dépliant diffusé par la Croix-Rouge française sur la défibrillation automatisée externe.

² Décret n° 98-239 du 27 mars 1998 fixant les catégories de personnes non médecins habilitées à utiliser un défibrillateur semi-automatique.

³ Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique.

• Ces deux ouvertures successives ont constitué **un profond bouleversement du modèle organisationnel des secours d'urgence** en cas d'arrêt cardiaque. Le Pr Pierre Carli¹ a décrit cette évolution en ces termes, à l'occasion des XVIIIèmes journées européennes de la société française de cardiologie (SFC) en 2008 : « *La réglementation qui régit l'utilisation des défibrillateurs externes a radicalement changé en 15 ans. On est passé d'un usage strictement médical, élargi aux secouristes il y a 10 ans, à une totale libéralisation de leur usage par n'importe qui, n'importe où* ».

L'enjeu demeure alors **d'assurer le passage de ces évolutions réglementaires dans les pratiques médicales et citoyennes**, afin d'assurer leur traduction en bénéfices sur la survie des personnes touchées par un arrêt cardiaque inopiné. À cet égard, si le taux de survie suite à un arrêt cardiaque a connu une légère amélioration dans les années qui ont suivi la parution de chacun de ces textes, la faiblesse persistante de celui-ci, notamment par comparaison à certains de nos voisins européens, peut être imputée à plusieurs facteurs.

2. Pour autant, le recours au défibrillateur ne s'est pas encore entièrement démocratisé

a) Une insuffisante sensibilisation du grand public aux gestes de premiers secours

Plusieurs dispositifs permettent de sensibiliser le grand public et de former les professionnels de santé aux « gestes qui sauvent » en cas, notamment, d'arrêt cardiaque. S'agissant plus particulièrement du recours aux défibrillateurs, un arrêté de 2009² a prévu **un dispositif d'initiation du grand public à l'utilisation des DAE en une heure**. Si les DAE sont très faciles à manier du fait de leur caractère automatisé, leur utilisation peut en effet être rendue plus difficile par les situations d'urgence et de stress ; une formation est donc bénéfique de ce point de vue.

Pour autant, selon les éléments mis en avant dans le cadre du comité interministériel de la santé (CIS), **seulement 20 % de la population française a suivi une formation aux gestes de premiers secours**, et seuls 50 % des élèves en classe de troisième ont bénéficié de la formation « prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC1).

¹ Le Pr Pierre Carli est le président du conseil d'administration du conseil français de réanimation cardio-pulmonaire (CFRC).

² Arrêté du 6 novembre 2009 relatif à l'initiation des personnes non médecins à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes.

L'insuffisante prise en charge des victimes d'arrêts cardiaques peut être directement reliée à cette faible diffusion dans la population de la culture des gestes de premier secours. **Alors que le rôle des témoins est essentiel, la majorité de nos concitoyens ignorent encore trop souvent comment reconnaître un arrêt cardiaque, quelles sont les instances à contacter dans de telles situations, comment prendre en charge la victime en attendant les secours, ou encore comment utiliser un défibrillateur.**

Cette faible sensibilisation du grand public peut également être à l'origine d'une réticence à agir, en raison de la peur de « mal faire » ou d'aggraver la situation par des gestes inadaptés.

Les différents interlocuteurs rencontrés par votre rapporteur ont par ailleurs regretté l'absence d'un protocole standard de guidage des témoins diffusé dans l'ensemble des Samu et des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis). Il a également été souligné que cette question devrait être prise en compte dans la remise à plat probablement à venir de la formation des assistants de régulation médicale (ARM).

b) L'insuffisance du parc de défibrillateurs accessibles au public

Il ne suffit pas de sensibiliser la population à l'utilisation des DAE ; encore faut-il qu'il soit possible, dans une situation par nature caractérisée par l'urgence, **d'accéder rapidement à un équipement fonctionnel.**

Cette exigence suppose qu'un certain nombre de conditions soient remplies. En premier lieu, le territoire national doit être effectivement équipé en défibrillateurs. En second lieu, ces équipements doivent être en bon état de marche, ce qui suppose que des opérations de maintenance soient régulièrement conduites. Enfin, leur accessibilité suppose que les DAE soient implantés dans des lieux en permanence accessibles, et qu'il soit par ailleurs possible de les localiser à tout instant.

Or, l'ensemble de ces conditions n'est, dans la plupart des cas, pas rempli en pratique : **au flou entourant les règles relatives à l'installation et à la maintenance des DAE s'ajoute en effet l'absence de dispositif public permettant d'assurer la géolocalisation des équipements.**

(1) L'équipement en DAE et le bon entretien des appareils repose sur la bonne volonté des collectivités publiques et privées

Selon les estimations transmises à votre rapporteur par les services ministériels, notre territoire compte **160 000 à 180 000 défibrillateurs en accès public.**

• Il n'existe **aucune obligation légale imposant aux collectivités publiques ou aux établissements privés d'en disposer.** L'implantation des DAE repose dès lors sur les choix d'équipement effectués par des collectivités territoriales, des associations ou des acteurs privés.

Si l'utilisation des défibrillateurs, en tant qu'ils constituent des dispositifs médicaux, est assortie d'une obligation de maintenance, le cadre juridique en la matière apparaît par ailleurs flou, et sa mise en œuvre souvent difficile.

- Selon les éléments portés à la connaissance de votre rapporteur, **la chaîne de responsabilité dans la bonne implantation et le bon fonctionnement des DAE est tout d'abord difficile à reconstituer.**

Cette situation résulte tout d'abord de la **complexité de la chaîne de distribution et d'exploitation des DAE, qui ne permet pas toujours, loin s'en faut, d'assurer la traçabilité des appareils et donc le suivi de leur état de fonctionnement.**

Bien souvent, le fabricant, le distributeur -voire le sous-distributeur- ainsi que l'entreprise chargée d'assurer la maintenance des équipements sont distincts. Dans d'autres cas, l'acquisition des défibrillateurs se fait en *leasing*, dans le cadre de contrats de distribution incluant une prestation de maintenance.

Il peut par ailleurs être difficile d'identifier l'exploitant du DAE, qui peut être distinct de son propriétaire.

Enfin, lorsque les ventes de défibrillateurs sont faites à des grands comptes tels que des chaînes nationales d'entreprises ou des groupes d'équipements publics, il devient impossible de tracer l'implantation des dispositifs vendus, qui se trouvent répartis en plusieurs points du territoire.

Ces défauts de traçabilité, mis en évidence par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) dans son *Bilan de la surveillance renforcée des DAE et 2015 et 2016*¹, **rendent difficile la surveillance des équipements ainsi que la réalisation d'opérations de maintenance pourtant indispensables** - d'autant que les composants électroniques de certains appareils, installés à la suite de la parution du décret de 2007, commencent à vieillir.

L'ANSM relève ainsi que *« l'analyse du suivi des actions correctives de sécurité menées ces dernières années par les fabricants a montré que ces derniers rencontraient des difficultés pour réaliser ces actions sur les DAE grand public, en raison de leur difficulté à identifier tous les détenteurs de leurs produits. Ces défauts de traçabilité sont en grande partie liés à une maîtrise incomplète de la chaîne de distribution. Ainsi, certaines actions sur des dispositifs grand public avaient été réalisées pour seulement 50 % des DAE concernés plus d'un an après le début des actions correctives ».*

- A par ailleurs été porté à la connaissance de votre rapporteur un **problème de compétence de certains des acteurs assurant la maintenance des appareils**, liée à l'absence d'agrément en ce domaine, qui n'a cependant pas pu être mesuré.

¹ Rapport publié en avril 2017.

Au total, **il est donc très probable qu'une large partie du parc des DAE installés sur le territoire français ne soit pas fonctionnelle**, sans que l'on puisse pour autant disposer d'informations exhaustives permettant de mesurer le phénomène.

(2) Lorsqu'ils existent, les DAE fonctionnels ne sont pas toujours accessibles

A ces entraves s'ajoutent des problèmes d'accessibilité des équipements, qui peuvent résulter de deux séries de difficultés.

En premier lieu, **la récurrence des actes de vols et de vandalisme** pratiqués sur des DAE explique que, dans certaines communes, l'ensemble des appareils ne soient pas en permanence accessibles au public.

En second lieu, à l'absence d'obligation légale ou réglementaire en matière d'équipement s'ajoute une **absence d'obligation de référencement des appareils implantés**.

Le décret de 2007 précité a prévu, dans la partie réglementaire du code de la santé publique, « *une évaluation des modalités d'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par le recueil de données transmises par les équipes de secours* », étant précisé que les données recueillies dans ce cadre sont notamment relatives « *à la répartition géographique des défibrillateurs automatisés externes* ». Aucune obligation de recensement n'incombe cependant aux propriétaires et aux exploitants de DAE ; et quand bien même il serait possible de retracer la localisation d'un appareil, rien ne permet de s'assurer de son bon état de fonctionnement.

Il est dès lors **impossible non seulement de s'assurer de la répartition homogène des DAE sur l'ensemble du territoire, mais encore et surtout de permettre à un témoin d'arrêt cardiaque, dans une situation d'urgence, de localiser le défibrillateur fonctionnel le plus proche de lui**.

De ce point de vue, le développement des objets connectés pourrait offrir une solution intéressante pour assurer à la fois la géolocalisation et la surveillance technique des DAE, une alerte étant envoyée aux structures chargées d'en assurer la maintenance dès lors qu'un dysfonctionnement est constaté. Les personnes entendues par votre rapporteur ont d'ailleurs souligné que les défibrillateurs présents dans le commerce sont de plus en plus souvent équipés de ce type de dispositif.

(3) Il apparaît aujourd'hui nécessaire de prendre le relais des intéressantes initiatives privées qui se sont développées au cours des dernières années

Face à la carence de l'action publique en la matière, l'association pour le recensement et la localisation des défibrillateurs (Arlod), créée en 2008 et présidée par le Docteur Bruno Thomas-Lamotte, a mis en place **une base de données en ligne visant à recenser de manière fiable l'ensemble des DAE présents sur le territoire national**.

Cette initiative est bien entendu fortement dépendante de la bonne volonté et de l'implication des propriétaires ou des gestionnaires de DAE, l'alimentation du registre reposant sur leurs déclarations spontanées. A la date de publication du présent rapport, cette base comptait un peu plus de 26 000 DAE recensés.

Votre rapporteur a par ailleurs rencontré les responsables des applications Staying Alive et Sauv Life, cette dernière ayant été créée en partenariat avec les principaux acteurs des secours en cas d'arrêt cardiaque. Ces deux applications proposent, outre la localisation des défibrillateurs implantés à proximité d'une scène d'arrêt cardiaque, la géolocalisation de personnes susceptibles d'intervenir pour porter assistance à la victime avant l'arrivée des secours.

Ces différentes bases de données, de l'aveu de leurs gestionnaires et responsables et en dépit de l'implication de ces derniers, sont cependant **loin d'être fiables et exhaustives**. De nombreux défibrillateurs sont en effet ou nouvellement installés chaque jour, ou devenus hors d'usage, ou déplacés, sans que ces informations fassent l'objet d'une recension dans ces différentes bases.

Ces différents responsables ont par ailleurs mis en avant **deux éléments venant complexifier la cartographie des défibrillateurs**. Tout d'abord, en l'absence d'obligation prévue par les textes, les collectivités se sont équipées de DAE de manière anarchique, en fonction de leurs moyens et de leur engagement sur le sujet. En second lieu, certains fabricants, ne souhaitant pas révéler le nom ni la qualité de leurs clients, refusent de fournir des éléments relatifs à la destination et l'implantation de leurs produits.

Le développement de l'action des « bon Samaritains » en question

Au cours de ses auditions, votre rapporteur a été sensibilisé à l'action de plusieurs acteurs engagés dans **le développement d'applications permettant la géolocalisation de « bons samaritains » volontaires**.

- Selon la définition donnée par le Professeur Alexandre Mignon¹, un bon Samaritain est **un citoyen sensibilisé et formé aux gestes de premiers secours, et qui accepte de s'inscrire sur un site ou une application mobile. Grâce à cette application, il peut être géolocalisé et sollicité à tout moment par les services de secours pour prodiguer à la victime d'un arrêt cardiaque les « gestes qui sauvent » dans l'attente de l'arrivée des secours médicalisés**. Ainsi que l'indique le Pr Mignon, *« ces volontaires constituent une partie de la chaîne de survie : son maillon le plus faible en termes de connaissance médicale, mais son maillon certainement le plus déterminant, car c'est celui qui va permettre la prise en charge la plus précoce »*.

L'intérêt de ces applications réside dans le fait qu'elles permettent à la fois la géolocalisation des équipements de défibrillation et celle des personnes renseignées comme étant à même de les utiliser.

¹ Ces éléments sont extraits de la tribune publiée par le Professeur Alexandre Mignon, anesthésiste-réanimateur et directeur d'iLumens, et le Docteur Paul Dardel, président du fonds de dotation du Bon Samaritain, dans le journal *Le Monde* daté du 30 mai 2018.

- Si l'on ne peut que saluer le développement de telles solutions, votre rapporteur souligne cependant qu'il appelle **plusieurs séries de clarifications**.

En premier lieu, le mode de fonctionnement de ces applications pose la question du **régime de responsabilité** applicable au « bons Samaritains » volontaires. Dès lors que leur intervention est déclenchée par un opérateur public, qu'il s'agisse de la régulation téléphonique des Samu ou de celle du Sdis, l'action de ces intervenants est en principe couverte par le statut des **collaborateurs occasionnels du service public**, ainsi que par les principes fixés par l'article 122-7 du code pénal¹. **La question se pose cependant de l'application de ce statut aux personnes de bonne volonté qui pourraient être contactées par le biais de ce type d'applications mobiles, notamment par des témoins**. Votre rapporteur a pu constater que de fortes craintes existaient à ce propos, notamment pour les cas où un accident surviendrait au cours du trajet vers l'emplacement de la victime à prendre en charge ; il existe également un risque que les victimes puissent se retourner vers les « bons Samaritains » contactés pour leur prise en charge. La DGOS a souligné que ces craintes étaient amplifiées par l'absence de jurisprudence à ce jour sur ce sujet.

Plusieurs enjeux importants restent par ailleurs à régler : la **garantie de la confidentialité des données** afin de protéger l'anonymat des bons samaritains comme des personnes auxquelles il est porté secours ; **le suivi, notamment psychologique, des personnes** dans les jours qui suivent leur intervention.

C. VERS UNE RELANCE DE LA PRÉVENTION DES DÉCÈS LIÉS À UN ARRÊT CARDIAQUE ?

En dépit de l'ensemble de ces difficultés, les travaux conduits par votre rapporteur lui ont permis de constater avec satisfaction que **le Gouvernement semble s'être engagé dans une démarche renouvelée de prévention des morts subites liées à un arrêt cardiaque**.

En introduction du séminaire organisé en mars dernier par l'Arlo, la directrice générale adjointe de la DGS a ainsi déclaré que « *la lutte contre la mort subite est une préoccupation constante du ministère de la santé et s'inscrit dans une démarche globale de prévention des risques, de dépistage précoce des risques cardiovasculaires, de formation aux gestes qui sauvent et d'accès facilité à la défibrillation cardiaque* »².

Ces différentes orientations ont été développées dans **plusieurs annonces effectuées par le nouveau gouvernement au cours de sa première année d'existence**.

¹ « N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »

² Propos rapporté dans le dossier consacré aux défibrillateurs automatisés externes par le magazine *SecoursMag* n° 144, daté des mois de mai et juin 2018.

- Un **arrêté instituant une sensibilisation aux « gestes qui sauvent »** est tout d'abord paru le 30 juin 2017¹.

Son article 1^{er} prévoit que *« dans le cadre d'une sensibilisation de la population aux gestes de premiers secours, il est institué une sensibilisation aux « gestes qui sauvent » (GQS), pour permettre au plus grand nombre de citoyens de devenir le premier maillon de la chaîne des secours et ainsi de préserver l'intégrité physique d'une victime en attendant les secours organisés »*.

Son article 2 dispose ensuite que cette sensibilisation doit **notamment permettre l'acquisition par la population des connaissances permettant de réagir face à une victime en arrêt cardiaque et d'utiliser un défibrillateur automatisé externe**. Le texte abroge par ailleurs les deux arrêtés précédemment intervenus en 2009 et 2010 et relatifs à l'initiation des personnes non médecins à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes, auxquels se substituent ces dispositions.

- Plusieurs mesures importantes ont par ailleurs été annoncées lors de la présentation par le Gouvernement, le 26 mars dernier, des **25 mesures phares pour la prévention retenues dans le cadre du comité interministériel de la santé**.

Le gouvernement a tout d'abord avancé **l'objectif de former 80 % de la population aux gestes de premiers secours**. Un travail interministériel piloté par le ministère de l'intérieur, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, sera mené d'ici fin 2018 afin d'en établir les modalités d'application.

Une attention particulière sera portée à la **formation des jeunes générations**, dans un cadre adapté à leur âge. Tandis que les élèves du premier degré bénéficieront du dispositif « Apprendre à porter secours », les élèves de sixième recevront une formation aux gestes qui sauvent, complétée en classe de troisième par le programme PSC1. L'enseignement supérieur sera ensuite le lieu d'un éventuel rattrapage pour les étudiants non formés au PSC1, ainsi que d'une actualisation des connaissances à destination des jeunes déjà formés.

Le gouvernement a également annoncé son intention de **mettre en place « un accès facilité aux DAE sur l'ensemble du territoire par une géolocalisation accrue »**.

- Plusieurs **mesures opérationnelles** ont été annoncées par les services ministériels dans le cadre du séminaire de l'Arlo d précité, selon le compte-rendu des travaux figurant sur le site de l'association. Ces mesures, qui s'inscrivent dans les orientations retenues par la stratégie nationale de santé (SNS) pour la période 2018-2022, se déclinent en **cinq axes d'action** :

¹ Arrêté du 30 juin 2017 instituant une sensibilisation aux « gestes qui sauvent », paru au JORF n° 217 du 17 septembre 2017.

- en premier lieu, la conduite d'une politique de réduction des risques et de développement de la prévention, qui doit être mise au cœur des pratiques ;
- en second lieu, **la sensibilisation de la population aux gestes de premiers secours et la formation des acteurs des secours et des soins d'urgence**. Un objectif de 80 % de personnes formées dans les cinq ans a été défini pour la population générale, tandis que la formation prévue pour les professionnels de santé inclut une mise à jour des connaissances tous les quatre ans ;
- en troisième lieu, **la facilitation de la mise à disposition des défibrillateurs**. Cet axe recouvre, selon l'ArloD, le développement de leur implantation, y compris dans les lieux d'habitation collectifs, la création d'une obligation de maintenance assortie d'une définition claire de l'exploitant du DAE, ainsi que le recours à la géolocalisation des DAE dans le cadre d'une base de données nationale ;
- en quatrième lieu, l'optimisation du parcours de soins des patients victimes d'un arrêt cardiaque, au moyen notamment d'une intégration d'un parcours de soins spécialisé et régulé dans les projets régionaux de santé (PRS) ;
- enfin, l'évaluation des prises en charge et le développement de la recherche dans le domaine de la mort subite, dans le but *in fine* d'améliorer les pratiques, de définir les personnes à risques et de prévenir les situations de mort subite.

- Il faut enfin signaler que **l'ANSM a demandé en avril 2017 à l'ensemble des fabricants de défibrillateurs ainsi qu'à leurs représentants en France de mettre en place un certain nombre d'actions destinées à améliorer la traçabilité des DAE grand public.**

II. UN TEXTE LARGEMENT REMANIÉ LORS DE SON EXAMEN À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Le texte soumis à notre examen permet de répondre à plusieurs des difficultés soulevées lors des travaux conduits par votre rapporteur.

La rédaction du texte, qui comptait au départ quatre articles, a très largement évolué entre la version initialement déposée et celle transmise au Sénat par l'Assemblée nationale au terme de ses débats.

Elle ne compte désormais plus que **deux articles, dont un seul figurait dans la version initiale de la proposition de loi** (article 3), et qui a été **adopté dans une rédaction assez largement aménagée**.

L'article 1^{er} a été supprimé dès le stade de l'examen en commission ; les articles 2 et 4 l'ont été en séance publique. Un nouvel article 3 *bis* a par ailleurs été inséré lors de l'examen en séance.

A. LES DISPOSITIONS DU TEXTE INITIAL NE FIGURANT PLUS DANS LE TEXTE TRANSMIS AU SÉNAT

1. Le renforcement des sanctions en cas d'actes de vol ou de vandalisme commis sur des défibrillateurs cardiaques

- L'article 1^{er} prévoyait un **renforcement des sanctions en cas de vol** de défibrillateur cardiaque, en faisant figurer le vol « *des objets nécessaires à la sécurité ou à la santé des personnes et des lieux* » parmi les circonstances aggravantes de l'article 311-4 du code pénal, qui prévoit une peine d'emprisonnement de cinq ans et 75 000 euros d'amende en cas de vol aggravé.

Il **créait par ailleurs un délit de vandalisme** constitué par la destruction, la dégradation ou la détérioration d'objets nécessaires à la sécurité ou à la santé des personnes ou des lieux, puni des mêmes peines. Une aggravation de ces peines était prévue (sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende) en cas de dégradation commise en réunion.

- Ces dispositions ont été **supprimées en commission en raison du quantum des peines, jugé trop élevé**.

La représentante du Gouvernement présente lors de l'examen du texte, Mme Pascale Boistard¹, a par ailleurs précisé en séance que « *les actes de dégradation, de destruction ou de détérioration d'un bien appartenant à autrui et présentant ou non un caractère de danger pour les personnes, ainsi que le vol, constituent déjà des infractions sanctionnées par une peine, en vertu des articles 311, 321-1 et suivants du code pénal* ».

¹ Mme Boistard exerçait alors les fonctions de secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie.

2. Le renforcement de la formation aux gestes de premier de secours dans les programmes d'enseignement

- **L'article 2** visait à renforcer la formation aux gestes de premier secours dans les établissements scolaires, **en rendant la sensibilisation à la prévention des risques et aux missions des services de secours ainsi que l'apprentissage des gestes élémentaires de premier secours obligatoires dans les programmes d'enseignement des premier et second degrés.**

Ces dispositions ont été **supprimées en séance publique**, le Gouvernement ayant précisé qu'elles étaient **déjà satisfaites par un texte de niveau réglementaire** (le décret n° 2006-41 du 11 janvier 2006 relatif à la sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles générales de sécurité).

- L'article 4, qui prévoyait un gage, est devenu sans objet compte tenu des modifications opérées sur le texte, et n'a donc pas été adopté au stade de la séance publique.

B. LES DISPOSITIONS FIGURANT DANS LE TEXTE TRANSMIS AU SÉNAT

- **L'article 3**, dans sa rédaction initiale, visait à rendre obligatoire l'installation d'un défibrillateur automatisé externe dans les lieux de travail, les équipements commerciaux, les immeubles collectifs à usage principal d'habitation et les établissements recevant du public, sous condition de seuils.

Supprimé en commission, notamment en considération des obligations qu'il faisait peser sur les petites et moyennes entreprises, cet article a été rétabli en séance par l'adoption d'un amendement du Gouvernement. La rédaction finalement adoptée **réserve l'obligation d'installation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE) à certains établissements recevant du public (ERP), en fonction de leur catégorie et de leur capacité d'accueil.**

- **L'article 3 bis**, issu de deux amendements identiques du Gouvernement et de Gérard Sebaoun (groupe SER) adoptés en séance publique, prévoit la **création d'une base nationale de données relatives aux lieux d'implantation des DAE sur l'ensemble du territoire.**

Cet article additionnel reprend en large partie, quoique dans une rédaction sensiblement différente, les dispositions figurant à l'article 4 de la proposition de loi déposée au Sénat par Alex Türk.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 3

(art. L. 123-5 et L. 123-6 [nouveaux] du code de la construction et de l'habitation)

Obligation d'installation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE) dans certains établissements recevant du public (ERP)

Objet : Cet article tend à créer une obligation d'équipement en défibrillateurs cardiaques et de maintenance de ces appareils pour certains établissements recevant du public.

I. Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article tend à créer, au sein du livre I^{er} du code de la construction et de l'habitation, un nouveau chapitre III *bis* relatif à la sécurité des personnes et composé de deux articles.

- Un nouvel article L. 123-5 crée tout d'abord **une obligation nouvelle d'équipement par un défibrillateur automatisé externe (DAE) pour certains types et catégories d'établissements recevant du public (ERP).**

Cette obligation est **définie de manière souple**. En premier lieu, la détermination des ERP concernés ainsi que les modalités d'application de cette obligation **sont renvoyées à un décret en Conseil d'État**. En second lieu, une distinction est opérée entre les ERP et le site sur lequel ils se trouvent : **plusieurs ERP implantés sur un même site peuvent y satisfaire par l'installation d'un DAE commun.**

Il est par ailleurs précisé que les DAE ainsi installés devront être visibles et faciles d'accès.

- Un nouvel article L. 123-6 prévoit ensuite, de manière complémentaire, une **obligation de maintenance** des DAE ainsi installés.

Cette obligation, qui vise à la fois le défibrillateur lui-même et ses accessoires, **incombera aux propriétaires des ERP** visés par le décret en Conseil d'État.

Il est précisé que cette obligation s'entend dans le cadre fixé par l'article L. 5212-1 du code de la santé publique, qui prévoit une obligation générale de maintenance pour l'ensemble des dispositifs médicaux.

II. La position de la commission

Votre rapporteur **se félicite des principes posés par cet article**, qui permettent de définir enfin une **obligation générale d'équipement et de maintenance en matière de DAE**.

Le régime actuel repose en effet sur une forme d'asymétrie : alors que l'ensemble des citoyens ont depuis 2007 le droit d'utiliser un DAE, dans le but affiché d'améliorer le taux de survie après un arrêt cardiaque, il n'existe pas, en l'état actuel du droit, d'obligation générale d'équipement dans les lieux publics. Cette évolution législative permettra enfin aux politiques de prévention et de prise en charge des arrêts cardiaques d'avancer, si l'on peut dire, sur leurs deux jambes.

La rédaction de ces obligations appelle cependant plusieurs séries d'observations de la part de votre rapporteur.

- Il faut tout d'abord relever que le texte proposé pour le nouvel article L. 123-6, qui définit l'obligation de maintenance, fait référence aux **propriétaires** des ERP visés par le décret en Conseil d'État. L'article L. 5212-1 du code de la santé publique vise cependant les **exploitants** de dispositifs médicaux.

Dans la mesure où la chaîne de distribution et d'exploitation de DAE se caractérise par une forte complexité, **la répartition des responsabilités en matière de maintenance** devra faire l'objet d'une nette clarification par voie réglementaire.

- Il conviendra en second lieu de **se montrer particulièrement vigilant quant au périmètre des ERP qui sera retenu dans le cadre du décret en Conseil d'État**. Aucune orientation générale n'est en effet prévue par le texte, de sorte que l'inquiétude est permise quant à la généralisation véritable de l'obligation d'équipement en DAE.

Votre rapporteur souligne en particulier que **certains lieux offrant un cadre propice à la survenue d'arrêts cardiaques devront impérativement figurer dans la liste retenue par le Conseil d'État**, afin de garantir la pertinence et la portée de la politique de prévention des arrêts cardiaques.

Sont notamment concernés les **équipements sportifs**, comme les piscines et les stades - l'Académie nationale de médecine, dans son rapport de 2013 sur la mort subite au cours des activités physiques et sportives, préconisait en ce sens « *que la présence d'un défibrillateur cardiaque externe soit rendue obligatoire dans les stades et les enceintes sportives* ».

Pourraient également être visés les gares ou les aéroports, qui constituent des lieux facteurs de stress et où surviennent statistiquement davantage d'arrêts cardiaques qu'ailleurs.

Votre rapporteur estime **indispensable que le gouvernement fournisse des précisions sur ce point lors de l'examen du texte en séance publique**. Selon les informations données à ce stade par le cabinet de la ministre de la santé, un travail interministériel sera lancé sur ce point « *dans un second temps* », après l'adoption éventuelle de la présente proposition de loi.

• Votre rapporteur estime enfin que **le coût représenté pour les collectivités par ces obligations nouvelles ne saurait constituer un frein à l'équipement** du fait de son montant relativement modeste, qui plus est au regard du gain potentiel en termes de vies sauvées.

Consultée sur ce point, l'Assemblée des départements de France (ADF) s'est tout d'abord félicitée de ce que ces dispositions permettent de renforcer la diffusion *« d'une indispensable culture de la prise en charge de l'accident de santé, et en particulier de l'arrêt cardiaque »*.

Elle considère par ailleurs que l'obligation faite aux collectivités d'installer des appareils *« existe déjà quasiment de fait »*, en raison de l'obligation faite par les textes¹ aux élus locaux de pourvoir à toutes les mesures d'assistance et de secours sur le territoire de leur collectivité. Votre rapporteur souligne qu'il s'agit cependant d'une simple obligation de moyens, sans que les textes existants ne définissent les moyens à employer pour y pourvoir. Il ne peut donc être déduit de ceux-ci une obligation d'installer des défibrillateurs cardiaques à la disposition du public².

Selon l'ADF, **les véritables questions qui se posent au regard du texte de la proposition de loi sont celles du nombre d'équipements à installer et de leur lieu d'implantation**, renvoyées à la voie réglementaire. Il ne saurait en effet être *« [envisagé] d'en installer partout, car, au-delà des questions de formation, ils nécessitent une maintenance non négligeable. Il faut donc décider des endroits où ils sont les plus utiles et où l'on trouve des personnels formés »*.

Souscrivant à cette observation, votre rapporteur souligne que le décret prévu au présent article pour la détermination des modalités d'application de l'obligation d'équipement devra **ménager des marges de souplesse afin de permettre aux élus locaux de prendre les mesures les plus appropriées en fonction de la configuration propre de leur territoire**.

Il souligne enfin que, selon les informations fournies par la DGS, **le coût associé à un équipement en DAE est somme toute relativement limité** : il faudrait compter 1 000 à 1 500 euros pour l'acquisition d'un défibrillateur neuf, et 120 euros par an pour en assurer la maintenance.

Le développement des objets connectés devrait par ailleurs permettre de rationaliser ces coûts dans les prochaines années. De plus en plus d'équipements de défibrillation sont en effet équipés de systèmes permettant de s'autotester et d'alerter l'exploitant en cas de besoin.

¹ Le cadre général étant fixé par l'article L. 2212-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT), qui fixe les pouvoirs de police du maire, et qui prévoit notamment qu'il lui revient *« [de pourvoir] d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours »*.

² Voir sur ce point la réponse parue au JO le 25 décembre 2012 à la question n° 108 853 publiée au JO le 17 mai 2011, posée par le député Jean-Louis Gagnaire à M. Xavier Bertrand, alors ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Les dernières générations de défibrillateurs ont été conçues de manière à pouvoir fournir à distance des données de géolocalisation et relatives à leur état de fonctionnement.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 3 bis

(art. L. 5233-1 [nouveau] du code de la santé publique)

**Création d'une base nationale de données
relatives aux défibrillateurs automatisés externes (DAE)**

Objet : Cet article tend à créer une base de données nationale relative aux lieux d'implantation et à l'accessibilité des défibrillateurs automatisés externes (DAE) sur l'ensemble du territoire.

I. Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article tend à introduire, au sein de la cinquième partie du code de la santé publique relative aux produits de santé, **un nouveau chapitre III relatif aux défibrillateurs automatisés externes**. Ce chapitre sera composé **d'un unique article L. 5233-1 prévoyant la création d'une base de données nationale**.

Aux termes de la rédaction proposée, cette base de données portera sur deux aspects : elle renseignera, outre les **lieux d'implantation** des DAE, les modalités de leur **accessibilité**.

Il reviendra aux exploitants de DAE de fournir ces informations.

La nature des informations qui devront être transmises ainsi que les modalités de leur transmission sont renvoyées à un arrêté du ministre chargé de la santé.

La gestion, l'exploitation et la mise à disposition de ces données seront assurées par un organisme désigné par décret.

II. La position de la commission

Votre rapporteur se félicite de cette importante disposition, par laquelle **les pouvoirs publics se saisissent enfin d'un enjeu depuis longtemps perçu et mis en œuvre par de bonnes volontés privées**, au premier rang desquelles l'association pour le recensement et la localisation des défibrillateurs cardiaques (Arlod). Il reste à espérer que la mise en place de cette obligation au niveau législatif permettra de parvenir enfin à un recensement exhaustif et actualisé des DAE présents sur notre territoire.

Selon les informations transmises à votre rapporteur par les services ministériels, les exploitants d'équipements de défibrillation se verront appliquer une **obligation de déclaration en ligne** de la localisation de leurs appareils. Le contenu de la base de données ainsi constituée sera **ouvert et réutilisable par le public**, ce qui permettra notamment d'alimenter des applications de géolocalisation.

Votre rapporteur souligne que cette base devra être **le plus rapidement possible interconnectée avec les logiciels des Samu et des Sdis**, afin que les opérateurs de régulation puissent indiquer aux appelants témoins d'un arrêt cardiaque l'éventuelle proximité d'un DAE - ce qui renforcera par ailleurs la pertinence et l'efficacité de cet outil de recensement.

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 6 juin 2018 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission des affaires sociales procède à l'examen du rapport de M. Daniel Chasseing sur la proposition de loi n° 39 (2016-2017) relative au défibrillateur cardiaque.

M. Alain Milon, président. – Nous examinons le rapport et le texte de la commission sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au défibrillateur cardiaque. Ce texte est inscrit à l'ordre du jour du 13 juin prochain dans le cadre de l'espace réservé du groupe les Indépendants République et territoires (LIRT). Nous avons le plaisir d'accueillir notre collègue Jean-Pierre Decool, auteur de cette proposition de loi alors qu'il était député.

M. Daniel Chasseing, rapporteur. – Le taux de survie observé en France à la suite d'un arrêt cardiaque n'excède pas 8 %. Entre 40 000 et 50 000 personnes meurent ainsi chaque année dans notre pays d'un arrêt cardiaque. Beaucoup de ces décès appartiennent à la catégorie des « décès évitables » : les travaux scientifiques concluent unanimement à des gains majeurs en survie dès lors qu'une défibrillation est rapidement pratiquée.

Le succès de cette prise en charge repose sur la limitation du délai écoulé entre le début de l'arrêt cardiaque et le recours à la défibrillation. Selon le conseil français de réanimation cardio-pulmonaire, les taux de survie peuvent atteindre 70 à 85 % dès lors qu'une défibrillation est pratiquée dans les toutes premières minutes suivant l'arrêt cardiaque. Sans cela, la fibrillation cardiaque évolue vers l'asystolie, c'est-à-dire l'arrêt cardiaque complet.

La prise en charge des victimes passe par une lutte contre le temps. Chaque minute représente 10 % de chances de survie en moins, celles-ci devenant pratiquement nulles après 10 minutes. Or, lorsque l'on sait que le Samu ou les pompiers interviennent en 10 à 15 minutes en moyenne, en fonction des points de nos territoires, on comprend aisément que la mobilisation des témoins d'une scène d'arrêt cardiaque, le recours au massage cardiaque ainsi que la présence de dispositifs publics de défibrillation constituent des enjeux cruciaux pour le bon fonctionnement de la chaîne de survie.

Dans d'autres États, ou d'autres villes à l'étranger, dotés de programmes d'accès public à la défibrillation, des taux de survie bien supérieurs au taux français ont pu être observés. Selon la Croix-Rouge, le taux de survie après un arrêt cardiaque atteindrait 20 à 50 % dans les pays anglo-saxons dès lors que des défibrillateurs sont placés à la disposition du grand public.

Une étude américaine réalisée dans les années 2000 dans les casinos de Las Vegas, lieux où les accidents cardiaques sont nombreux pour des raisons que chacun pourra aisément imaginer, a démontré que l'accès à des défibrillateurs utilisés par du personnel formé permet d'atteindre un taux de survie de 74 %.

La mortalité par arrêt cardiaque n'est pas une fatalité ; encore faut-il se saisir des enjeux majeurs de santé publique que constituent l'accès rapide et effectif à un défibrillateur cardiaque et la démocratisation de son usage.

Depuis un décret de 2007, l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes (DAE) est ouverte au grand public. Les DAE sont de petits appareils que l'on branche au moyen d'électrodes autocollantes sur le thorax du patient en arrêt cardiaque. Ils fonctionnent de manière autonome, en délivrant des instructions orales aux intervenants et en analysant le rythme cardiaque ; dès lors qu'ils détectent des battements anarchiques du cœur, c'est-à-dire une fibrillation, un choc électrique est déclenché. Le caractère automatisé des DAE en fait des équipements facilement utilisables par le grand public.

Des dispositifs de sensibilisation, voire de formation du grand public aux « gestes qui sauvent » ont par ailleurs été mis en place. Un arrêté de 2009 a prévu un dispositif d'initiation du grand public à l'utilisation des DAE en une heure. Si les DAE sont très faciles à manier, leur utilisation peut être rendue plus difficile par les situations d'urgence et de stress ; une formation est donc toujours bénéfique. L'enjeu demeure cependant d'assurer le passage de ces évolutions réglementaires dans les pratiques citoyennes.

L'insuffisante sensibilisation du grand public aux gestes de premier secours a été largement mise en avant par les interlocuteurs que j'ai rencontrés. Selon les conclusions du comité interministériel de la santé (CIS), seulement 20 % de la population française a suivi une formation aux gestes de premiers secours, et seuls 50 % des élèves en classe de troisième ont bénéficié de la formation « prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC1) ; c'est évidemment trop peu.

Le flou encadrant les obligations incombant aux collectivités publiques et privées s'agissant de l'équipement en DAE et de leur maintenance constitue un point d'achoppement majeur. Il n'existe en effet aucune obligation légale ou réglementaire imposant aux collectivités publiques ou aux établissements privés de disposer d'un défibrillateur. L'implantation des DAE repose dès lors sur les choix d'équipement spontanément effectués par des collectivités territoriales, des associations ou des acteurs privés. Selon les estimations des services ministériels, notre territoire compte actuellement 160 000 à 180 000 défibrillateurs en accès public.

Par ailleurs, si l'utilisation des défibrillateurs est assortie d'une obligation de maintenance, comme pour tout dispositif médical, le cadre juridique reste flou, et sa mise en œuvre est rendue difficile par la complexité de la chaîne de distribution et d'exploitation des DAE. L'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), dans un bilan de surveillance renforcée des DAE publié en 2017, concluait ainsi à un défaut de traçabilité de ces équipements.

Cette situation rend difficile la surveillance des équipements ainsi que la réalisation d'opérations de maintenance, pourtant indispensables. Les composants électroniques de certains appareils, installés à la suite du décret de 2007, commencent à vieillir. Les DAE accessibles au public sont bien trop souvent la cible de dégradations, voire de vols, de sorte qu'il est très probable qu'une large partie du parc des DAE installés sur le territoire français ne soit pas fonctionnelle.

Il ne suffit pas de sensibiliser la population à l'utilisation des DAE et d'équiper les lieux publics ; encore faut-il qu'il soit possible, dans une situation par nature caractérisée par l'urgence, d'accéder rapidement à un équipement fonctionnel.

Or, à l'absence d'obligation légale ou réglementaire en matière d'équipement s'ajoute une absence d'obligation de référencement des appareils implantés. Il est dès lors impossible non seulement de s'assurer de la répartition homogène des DAE dans l'ensemble du territoire, mais encore et surtout de permettre à un témoin d'arrêt cardiaque de localiser le défibrillateur fonctionnel le plus proche. Cette situation est d'autant plus absurde que la plupart de nos concitoyens disposent de smartphones dont la fonction de géolocalisation pourrait sauver des vies.

Face à la carence de l'action publique, des initiatives privées ont vu le jour. L'association pour le recensement et la localisation des défibrillateurs (Arlod), créée en 2008, a mis en place une base de données en ligne visant à recenser de manière fiable l'ensemble des DAE présents sur le territoire national. Cette initiative est fortement dépendante de la bonne volonté des propriétaires ou des gestionnaires de DAE, l'alimentation du registre reposant sur leurs déclarations spontanées. À la date de publication du présent rapport, cette base comptait un peu plus de 26 000 DAE.

Au cours de mes auditions, les représentants d'applications mobiles m'ont expliqué que leurs outils proposaient, outre la localisation des défibrillateurs implantés à proximité d'une scène d'arrêt cardiaque, la géolocalisation de personnes volontaires et susceptibles de porter assistance à la victime avant l'arrivée des secours. L'intervention de ces « bons Samaritains » soulève un certain nombre de problèmes éthiques et juridiques, notamment en termes de responsabilité. Ils ne constituent cependant pas le sujet de notre texte. J'interrogerai la ministre, lors de notre débat en séance publique, sur les évolutions à introduire par voie réglementaire.

Quoi qu'il en soit, de l'aveu de leurs gestionnaires et responsables, les bases de données sont loin d'être fiables et exhaustives. De nombreux défibrillateurs sont nouvellement installés chaque jour, d'autres sont devenus hors d'usage, ou ont été déplacés, sans que ces informations fassent l'objet d'une recension obligatoire dans les bases de données.

La présente proposition de loi envisage de mieux encadrer les aspects les plus matériels du dispositif, en assurant l'accessibilité effective de la défibrillation cardiaque dans l'ensemble de notre territoire. Il s'agit de préciser les obligations incombant aux établissements recevant du public (ERP) en termes d'installation et de maintenance des équipements de défibrillation, et de créer une base nationale de données relatives aux lieux d'implantation des DAE.

Cette proposition de loi résulte d'une initiative et de travaux largement communs à l'Assemblée nationale et au Sénat. Le texte soumis à l'examen de notre assemblée, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 13 octobre 2016, est issu d'une proposition de loi déposée le 31 août 2016 par notre collègue sénateur Jean-Pierre Decool, alors député, et plusieurs de ses collègues. Un texte avait précédemment été déposé au Sénat, le 1^{er} avril 2015, par notre collègue Alex Türk, avant d'être repris par Jean-Pierre Decool à l'Assemblée le 21 octobre 2015.

La rédaction du texte, qui comptait au départ quatre articles, a très largement évolué. Elle ne compte plus que deux articles, dont un seul figurait dans la version initiale de la proposition de loi (article 3), et qui a été adopté dans une rédaction assez largement aménagée.

Cet article 3 crée une obligation d'équipement par un défibrillateur automatisé externe (DAE) pour certains types et catégories d'établissements recevant du public (ERP). Cette obligation est définie de manière souple, puisque la détermination des ERP concernés ainsi que les modalités d'application sont renvoyées à un décret en Conseil d'État. En outre, une distinction est établie entre les ERP et le site sur lequel ils se trouvent : plusieurs ERP implantés sur un même site peuvent satisfaire à l'obligation par l'installation d'un DAE commun. L'article prévoit aussi une obligation de maintenance des DAE installés, qui incombera aux propriétaires des ERP visés par le décret.

Ces dispositions corrigeront l'asymétrie sur laquelle repose le régime actuel. Alors que l'ensemble de nos concitoyens ont le droit d'utiliser un DAE depuis 2007, il n'existe pas d'obligation générale d'équipement dans les lieux publics. Cette évolution législative favorisera également les politiques de prévention et de prise en charge des arrêts cardiaques.

Cependant, il conviendra de se montrer particulièrement vigilant quant au périmètre des ERP qui sera retenu dans le cadre du décret en Conseil d'État. Aucune orientation générale n'est en effet prévue par le texte, de sorte que la généralisation de l'obligation d'équipement en DAE semble difficile à concrétiser. Certains lieux offrant un cadre propice à la survenue d'arrêts cardiaques devront impérativement figurer dans la liste retenue : je pense notamment aux piscines et aux enceintes sportives, sur lesquelles l'Académie nationale de médecine avait attiré l'attention des décideurs publics dans un rapport de 2013.

La répartition des responsabilités en matière de maintenance devra faire l'objet d'une nette clarification. Si le coût présumé d'un équipement généralisé des lieux publics en défibrillateurs a suscité des réticences, il faut rappeler qu'il reste relativement limité au regard du gain potentiel en termes de vies sauvées : selon la DGS, il faudrait compter 1 000 à 1 500 euros pour l'acquisition d'un défibrillateur neuf, et 120 euros par an pour en assurer la maintenance. L'assemblée des départements de France (ADF) m'a indiqué que les inquiétudes relayées par les élus locaux portaient surtout sur le nombre d'équipements à installer et sur leur lieu d'implantation, renvoyés à la voie réglementaire.

Le décret devra ménager des marges de souplesse afin que les élus locaux puissent prendre les mesures les plus appropriées en fonction de la configuration propre de leur territoire. Nous pourrions interroger la ministre sur les orientations retenues lors de la séance publique.

L'article 3 bis prévoit la création d'une base de données nationale permettant de renseigner les lieux d'implantation et l'accessibilité des DAE dans l'ensemble du territoire. Selon les informations fournies par les services ministériels, les exploitants d'équipements de défibrillation se verront appliquer une obligation de déclaration en ligne. Le contenu de la base de données ainsi constituée sera ouvert et réutilisable par le public, ce qui permettra d'alimenter des applications de géolocalisation. Cette base devra être le plus rapidement possible interconnectée avec les logiciels des Samu et des Sdis, afin que les opérateurs de régulation puissent indiquer aux appelants témoins d'un arrêt cardiaque l'éventuelle proximité d'un DAE.

Je tiens à saluer l'action et la détermination de nos deux collègues parlementaires du Nord, Jean-Pierre Decool et Alex Türk, qui se sont engagés depuis plusieurs années pour faire aboutir ce texte, et cela d'une manière très pratique, puisqu'ils ont consacré la majeure partie de leur réserve parlementaire - cet outil tant décrié - à l'équipement en défibrillateurs cardiaques des établissements de leur département, qui en compte aujourd'hui 4 000.

Et je vous demande donc, mes chers collègues, d'adopter sans modification cette proposition de loi. Il est de notre devoir de tout mettre en œuvre pour encourager la citoyenneté et la solidarité de nos concitoyens dans de telles situations d'urgence.

M. Jean-Pierre Decool. – *Cette proposition de loi prolonge une initiative lancée dans le Nord par nos collègues Alex Türk et Sylvie Desmarescaux. Chaque année, en France, 50 000 personnes meurent d'une fibrillation cardiaque, avec un taux de survie de 8 % seulement, alors qu'il est de 24 à 40 % dans d'autres pays. Plus on équipe les lieux publics, plus le taux augmente. On dispose d'un délai de 4 à 6 minutes pour tenter de sauver la personne. À défaut, les fonctions vitales sont altérées et le décès survient. L'appareil ne se déclenche que s'il y a fibrillation, de sorte que c'est la haute technologie qui décide, pour ainsi dire.*

Depuis 2006, grâce à la réserve parlementaire, nous avons installé plus de 4 000 appareils dans le Nord, qui ont sauvé une cinquantaine de vies, dont celles de certains élus locaux. Le réseau s'est étoffé, mais le nombre d'appareils reste insuffisant. D'où la proposition de loi que notre collègue Alex Türk a déposée à l'Assemblée nationale le 1^{er} avril 2015, mais qui n'a pas été inscrite à l'ordre du jour du Sénat. J'ai repris le corps de ce texte qui a été voté le 13 octobre 2016 par nos collègues députés. Je profite de la niche parlementaire pour vous proposer de l'inscrire à l'ordre du jour du Sénat, en évitant de l'amender.

La démarche qui a été menée dans le Nord a été salvatrice. Elle est le fruit d'un travail des élus tenace et de longue haleine. Je remercie le rapporteur pour son travail appliqué. Et j'en appelle à votre conscience : chaque vie sauvée par un défibrillateur sera une nouvelle victoire.

Mme Élisabeth Doineau. – Je remercie nos deux collègues qui ont défendu ce texte avec conviction. Comme élue locale, je connais l'importance des défibrillateurs. Il y a quelques jours, à l'invitation de notre collègue Annie Delmont-Koropoulis, j'ai assisté à une démonstration de l'application *Sauv Life* sur smartphone. Il est indispensable de disposer d'une cartographie des lieux équipés en défibrillateurs. Une application qui indiquerait l'emplacement de ces équipements contribuerait à sauver des vies.

Je voterai ce texte sans déposer d'amendements, comme vous le souhaitez, monsieur le rapporteur.

M. Philippe Mouiller. – La base de données nationale concernera-t-elle tous les établissements, ou bien seulement ceux qui ont l'obligation de s'équiper ? Pour ce qui est du financement, il faudrait rendre éligibles à la DETR certaines petites communes qui doivent s'équiper en défibrillateurs.

Mme Laurence Cohen. – Merci pour ce rapport extrêmement riche et fouillé. La formation et la sensibilisation aux gestes de premiers secours sont essentielles. Je ne suis pas médecin. J'ai déjà vu un défibrillateur. Je ne suis pas certaine d'être capable d'avoir les bons gestes, dans le stress de la situation. L'Éducation nationale devrait prévoir de dispenser une formation dans les collèges et les lycées, via la Croix-Rouge, par exemple.

Mme Victoire Jasmin. – Je remercie M. Decool pour sa présence et M. Chasseing pour l'exhaustivité de son rapport. On sauvera des vies en mettant des défibrillateurs à disposition du grand public. D'où la nécessité d'établir une liste des ERP qui auront obligation de s'équiper. Il faut aussi renforcer la formation, en la rendant obligatoire dans les entreprises, d'autant qu'elle n'est pas très longue. Les collectivités devraient nommer un référent « Sécurité » en charge de vérifier régulièrement le fonctionnement des défibrillateurs et de prévoir les interventions nécessaires. Enfin, il faudrait rendre accessible l'intégralité des données concernant les entreprises et les espaces équipés si l'on veut pouvoir géo localiser le dispositif le plus proche.

Ce texte est une avancée indéniable. Soyons unanimes à le voter.

M. Bernard Jomier. – Voilà des années que nous peinons à trouver une solution pour cette question de santé publique. Parmi les propositions du texte de l'Assemblée nationale, on a choisi de conserver celle de la création d'une base nationale de données. L'association Arlod travaille à la produire, avec le soutien de certains partenaires. Elle bénéficie d'une subvention municipale, à Paris.

On a également conservé la disposition qui porte sur le déploiement des défibrillateurs dans le territoire national, en prévoyant que la liste des ERP qui auront obligation de s'équiper sera définie par décret en Conseil d'État. Cependant, les choix peuvent varier du tout au tout selon les territoires. Au Conseil de Paris, nous avons voté le principe « une pharmacie, un défibrillateur ». L'ordre des pharmaciens a donné un avis favorable. Pour autant, je ne suis pas certain que ce principe soit transposable ailleurs. En milieu rural, mieux vaudrait sans doute adopter le principe « une mairie, un défibrillateur ».

Faut-il vraiment un décret en Conseil d'État, ou ne gagnerait-on pas à impliquer les départements en confiant aux acteurs locaux le soin de définir la liste des ERP qui doivent s'équiper ? Plus la règle sera nationale, plus la coupe restera loin des lèvres... Le champ de l'obligation doit être défini au plus près du territoire.

Il reste également à traiter la question du financement. À Paris, les pharmaciens n'ont souhaité payer ni l'installation, ni la maintenance des défibrillateurs. Dans la mesure où l'on recense 1 000 pharmacies parisiennes, le coût d'équipement doit être proche de 1,5 million d'euros. Tous les départements ne sont pas riches. D'où un problème de financement.

Je suis sans réserve sur la création d'une base de données nationale. Je ne chercherai pas à enrayer les avancées portées par le texte. Cependant, nous devons trouver la solution la plus efficiente.

M. Alain Milon, président. – *Du temps d'Alex Türk et de Sylvie Desmarescaux, la réserve parlementaire était utilisée comme une participation à un acte volontaire relevant de la commune. Rappelons-nous notre illustre prédécesseur au Sénat, le professeur Etienne, éminent professeur de médecine qui a été sauvé par un défibrillateur, lorsqu'il a fait un arrêt cardiaque dans les rues du Vieux-Nice.*

Mme Frédérique Puissat. – *Je remercie les nombreux élus qui ont déjà équipé leur commune de défibrillateurs. D'après mon expérience, il en coûte plus que 1 500 euros, car il faut aussi acheter le boîtier et les accessoires, de sorte qu'on est plus proche des 3 000 euros.*

En matière budgétaire, nécessité fait loi. Les budgets que nous avons arrêtés à la fin de 2017 sont à 1 000 euros près. En Isère, nous nous en tenons au principe « une charge nouvelle, une recette nouvelle ». Or, la réserve parlementaire a disparu, ce qui rend la situation difficile. Parfois, les équipements sont trop chers pour un budget, mais pas assez pour justifier une subvention, de sorte que c'est à la commune d'assumer la dépense. Il faudrait interroger l'AMF et les maires ruraux. Je ne suis pas certaine qu'ils seront favorables à ce texte de loi, même si nous nous accordons tous sur son caractère nécessaire. Il reste à résoudre l'aspect financier.

M. Yves Daudigny. – *A-t-on installé un défibrillateur au Sénat ? A-t-on prévu une formation pour les sénateurs ? Dispose-t-on de données quant à l'utilisation des appareils en place ? Combien de fois ont-ils servi ?*

Mme Patricia Schillinger. – *Il est temps que la France s'équipe. Je voudrais souligner le travail de l'association « Ma commune a du cœur » dont le label valorise les bonnes pratiques.*

La base de données nationale est un outil nécessaire. Il faudrait prévoir une puce cartographiant les défaillances quand un défibrillateur est arraché ou débranché. Il est arrivé que tous les défibrillateurs aient été rendu inaccessibles dans le périmètre de 15 communes, sans que le Samu et les pompiers soient informés.

Il faudrait aussi prévoir une formation aux premiers secours dès le collège et le lycée, dispensée par les professeurs de sport.

M. Michel Forissier. – Cette loi honore le Parlement. Elle ne comporte que deux articles, ce qui en fait forcément une bonne loi. Je la voterai sans modification.

En France, il existe une organisation des secours à la personne. Il faudrait y intégrer la base de données nationale. Veillons aussi à prendre en compte la densité des territoires dans l'élaboration de la cartographie nationale. Pourquoi installer un défibrillateur dans une salle de réunion que l'on n'utilise que deux fois par an ?

M. René-Paul Savary. – Ce texte illustre l'incapacité de notre système de santé en matière de prévention. Au final, ce sera la Sécurité sociale qui fera des économies. C'est à la puissance publique d'intervenir. L'installation des défibrillateurs relève de l'État.

M. Daniel Chasseing, rapporteur. – Madame Doineau, vous avez raison : il faut localiser les données au niveau national. Monsieur Mouiller, il est tout à fait normal que les communes bénéficient des aides de la DETR. Nul besoin de l'inscrire dans la loi. Madame Cohen, le stress est une composante importante qu'il faut prendre en compte lors de la formation aux premiers secours. Depuis le 30 juillet 2017, nous nous sommes fixés un objectif de formation de 80 % de la population. Madame Jasmin, il est effectivement nécessaire que les données soient accessibles au grand public. Il faut aussi vérifier les DAE. Les plus récents ont des puces qui informent sur leur état. Monsieur Jomier, on ne peut pas forcément appliquer dans les communes rurales le dispositif que vous avez mis en place à Paris. En milieu rural, mieux vaut que les défibrillateurs soient placés dans les mairies, qui sont plus accessibles. Le Gouvernement rencontrera l'ADF et l'AMF avant de rédiger le décret. Madame Puissat, la réserve parlementaire pourrait effectivement servir à financer l'équipement en défibrillateurs. Elle est désormais versée dans la DETR. Monsieur Daudigny, je vous rassure : le palais et le jardin sont équipés de défibrillateurs. Le nouveau modèle sera équipé pour être répertorié au niveau national. Madame Schillinger, je vous le confirme : nous n'avons pas auditionné l'association « Ma commune a du cœur », même si nous reconnaissons la qualité de son action. Le plan gouvernemental prévoit une formation aux premiers secours dès le lycée. Monsieur Forissier, tous les services du Samu pourront géo-localiser les défibrillateurs. Enfin, Monsieur Savary, il faut effectivement intégrer l'équipement en défibrillateurs dans les plans régionaux pour la santé.

EXAMEN DES ARTICLES

Article additionnel après l'article 3 bis (nouveau)

M. Daniel Chasseing, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement **COM-2** qui demande un rapport sur la faisabilité de la mise en œuvre de drones défibrillateurs. En dépit de l'intérêt du sujet, la position de la commission est constante sur les demandes de rapport.

L'amendement n° COM-2 n'est pas adopté.

La proposition de loi est adoptée sans modification.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article additionnel après l'article 3			
M. GRAND	1		Irrecevable (40)
Article additionnel après l'article 3 bis			
M. CABANEL	2	Demande de rapport sur la faisabilité de la mise en œuvre de drones défibrillateurs	Rejeté

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Dr Bruno Thomas-Lamotte**, président de l'Association pour le recensement et la localisation des défibrillateurs (Arlod)
- **Dr Paul Dardel**, président d'AEDMAP France, société de services spécialisée dans la supervision et la cartographie de défibrillateurs
- **Pr Alexandre Mignon**, anesthésiste-réanimateur, Docteur en Médecine, Docteur en Sciences, Professeur des Universités à Paris Descartes Hôpital Cochin, directeur de Ilumens
- **Docteur Jean-Marc Philippe**, conseiller médical auprès du directeur général de la santé (DGS)
- **Dominique Felten**, conseiller crise sanitaire auprès de la directrice générale de l'offre de soins (DGOS)
- **Dr Lionel Lamhaut**, responsable scientifique de SauvLife
- **Dr Jacques-Olivier Dauberton**, conseiller en charge de la sécurité sanitaire auprès de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Assemblée des départements de France (ADF)**

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par la commission du Sénat en première lecture
<p style="text-align: center;">Code pénal</p> <p><i>Art. 311-4.</i> – Le vol est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende :</p> <p>1° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice, sans qu'elles constituent une bande organisée ;</p> <p>2° Lorsqu'il est commis par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;</p> <p>3° Lorsqu'il est commis par une personne qui prend indûment la qualité d'une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ;</p> <p>4° Lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de violences sur autrui n'ayant pas entraîné une incapacité totale de travail ;</p> <p>5° (Abrogé)</p> <p>6° Lorsqu'il est</p>	<p style="text-align: center;">Proposition de loi relative au défibrillateur cardiaque</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p>	<p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI RELATIVE AU DÉFIBRILLATEUR CARDIAQUE <i>Articles 1^{er} et 2</i> <i>(Supprimés)</i></p>	<p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI RELATIVE AU DÉFIBRILLATEUR CARDIAQUE <i>Articles 1^{er} et 2</i> <i>(Suppression maintenue)</i></p>

Dispositions en vigueur

commis dans un local d'habitation ou dans un lieu utilisé ou destiné à l'entrepôt de fonds, valeurs, marchandises ou matériels ;

7° Lorsqu'il est commis dans un véhicule affecté au transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;

8° Lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi d'un acte de destruction, dégradation ou détérioration ;

9° (Abrogé)

10° Lorsqu'il est commis par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée ;

11° Lorsqu'il est commis dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements.

Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende lorsque le vol est commis dans deux des circonstances prévues par le présent article. Elles sont portées à dix ans d'emprisonnement

Texte de la proposition de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par la commission du Sénat en première lecture

~~I. Après le 11° de l'article 311-4 du code pénal, il est inséré un 12° ainsi rédigé :~~

~~« 12° — Lorsqu'il porte sur des objets nécessaires à la sécurité ou à la santé des personnes ou des lieux. »~~

Dispositions en vigueur

et à 150 000 euros d'amende lorsque le vol est commis dans trois de ces circonstances.

Texte de la proposition de loi

~~II. — La section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code est complétée par un article 322-11-2 ainsi rédigé :~~

~~« Art. 322-11-2. — La destruction, la dégradation ou détérioration est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elle porte sur des objets nécessaires à la sécurité ou à la santé des personnes ou des lieux.~~

~~« Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende lorsque l'infraction prévue au présent article est commise avec la circonstance prévue au 1^o de l'article 322-3 ».~~

Article 2

~~La première phrase de l'article L. 312-13-1 du code de l'éducation est remplacée par trois alinéas ainsi rédigés :~~

~~« La sensibilisation à la prévention des risques et aux missions de services de secours ainsi que l'apprentissage des gestes~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par la commission du Sénat en première lecture

Code de l'éducation

Art. L. 312-13-1. —

Tout élève bénéficie, dans le cadre de sa scolarité obligatoire, d'une sensibilisation à la prévention des risques et aux missions des services de secours ainsi que d'un apprentissage des gestes élémentaires de premier secours. Cette formation ne peut être assurée que par des organismes habilités ou des associations agréées en vertu de l'article L725-1 du code de la sécurité intérieure.

Dispositions en vigueur

Texte de la proposition
de loi

~~élémentaires de premiers secours est obligatoire et incluse dans les programmes d'enseignement de premier et de second degrés.~~

~~« Le contenu de cette formation, incluant l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé, est défini par décret.~~

~~« Cette formation ne peut être assurée que par des organismes habilités ou des associations agréées en application de l'article L. 725 3 du code de la sécurité intérieure ».~~

Article 3

~~I. Le chapitre I^{er} du titre premier du livre II de la quatrième partie du code du travail est complété par un article L. 4211-3 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 4211-3. — Dans les établissements de plus de 50 salariés, les lieux de travail sont équipés d'un défibrillateur externe accessible.~~

~~« Cette obligation s'impose également aux équipements commerciaux dont la surface est supérieure à 1 000 mètres carrés.~~

~~« Toutefois un défibrillateur externe automatisé peut être mis en commun entre des entreprises ou locaux commerciaux mentionnés aux deux premiers alinéas, lorsqu'ils sont réunis sur un même site ou à proximité immédiate.~~

~~« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du~~

Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture

Texte adopté par la
commission du Sénat en
première lecture

Article 3

I. – (Alinéa supprimé)

« Art. L. 4211-3. – (Alinéa supprimé)

(Alinéa supprimé)

(Alinéa supprimé)

(Alinéa supprimé)

Article 3

(Non modifié)

Dispositions en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par la commission du Sénat en première lecture

~~présent article.»~~

II. – Après le chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III BIS

« *Sécurité des personnes*

« Art. L. 123-5. – Les immeubles collectifs à usage principal d'habitation comportant un nombre de logements supérieur à un seuil défini par un décret en Conseil d'État sont équipés d'un défibrillateur automatisé externe accessible.

« Art. L. 123-6. – À partir d'un seuil fixé par décret en Conseil d'État, tous les établissements recevant du public sont équipés d'un défibrillateur.

~~« Toutefois un défibrillateur automatisé externe peut être mis en commun entre des entreprises ou locaux commerciaux mentionnés les alinéas précédents, lorsqu'ils sont réunis sur un même site ou à proximité~~

Après le chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 123-5. – Un décret en Conseil d'État détermine les types et catégories d'établissement recevant du public qui sont tenus de s'équiper d'un défibrillateur automatisé externe visible et facile d'accès, ainsi que les modalités d'application de cette obligation.

« Lorsqu'un même site accueille plusieurs établissements recevant du public, ces derniers peuvent mettre en commun un défibrillateur automatisé externe.

« Art. L. 123-6. – Les propriétaires des établissements mentionnés à l'article L. 123-5 sont tenus de s'assurer de la maintenance du défibrillateur automatisé externe et de ses accessoires conformément aux dispositions de l'article L. 5212-1 du code de la santé publique. »

(Alinéa supprimé)

Après le chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III BIS

« *Sécurité des personnes*

« Art. L. 123-5. – Un décret en Conseil d'État détermine les types et catégories d'établissement recevant du public qui sont tenus de s'équiper d'un défibrillateur automatisé externe visible et facile d'accès, ainsi que les modalités d'application de cette obligation.

« Lorsqu'un même site accueille plusieurs établissements recevant du public, ces derniers peuvent mettre en commun un défibrillateur automatisé externe.

« Art. L. 123-6. – Les propriétaires des établissements mentionnés à l'article L. 123-5 sont tenus de s'assurer de la maintenance du défibrillateur automatisé externe et de ses accessoires conformément aux dispositions de l'article L. 5212-1 du code de la santé publique. »

①

②

③

④

⑤

⑥

Dispositions en vigueur

Texte de la proposition de loi

~~immédiate.~~

~~« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »~~

Article 4

~~La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

(Alinéa supprimé)

Article 3 bis (nouveau)

Le titre III du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« *Défibrillateurs automatisés externes*

« Art. L. 5233-1. –

Il est créé une base de données nationale relative aux lieux d'implantation et à l'accessibilité des défibrillateurs automatisés externes sur l'ensemble du territoire, constituée au moyen des informations fournies par les exploitants de ces appareils à un organisme désigné par décret pour la gestion, l'exploitation et la mise à disposition de ces données. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les informations devant être fournies par les exploitants ainsi que les modalités de leur transmission. »

Article 4
(Supprimé)

Texte adopté par la commission du Sénat en première lecture

Article 3 bis
(Non modifié)

Le titre III du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« *Défibrillateurs automatisés externes*

« Art. L. 5233-1. –

Il est créé une base de données nationale relative aux lieux d'implantation et à l'accessibilité des défibrillateurs automatisés externes sur l'ensemble du territoire, constituée au moyen des informations fournies par les exploitants de ces appareils à un organisme désigné par décret pour la gestion, l'exploitation et la mise à disposition de ces données. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les informations devant être fournies par les exploitants ainsi que les modalités de leur transmission. »

Article 4
(Suppression maintenue)

①

②

③

④