

Séance Publique Législative
du 15 décembre 2021

LOI N° 1.516 DU 23 DÉCEMBRE 2021 RELATIVE AUX PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES PARTICIPANT AU MIEUX-ÊTRE

DOSSIER LÉGISLATIF - TRAVAUX PRÉPARATOIRES

SOMMAIRE

A - TRAVAUX PRÉPARATOIRES

- I. EXPOSÉ DES MOTIFS DE LA LOI ET PROJET DE LOI, N° 1032, RELATIVE À LA PROTECTION DES PERSONNES SUR LESQUELLES SONT MISES EN ŒUVRE DES PRATIQUES PRÉSENTÉES COMME POUVANT CONTRIBUER À LEUR MIEUX-ÊTRE (p. 2)**
- II. RAPPORT DU CONSEIL NATIONAL (p. 8)**
- III. RÉPONSE DU GOUVERNEMENT PRINCIER (p. 17)**

B - LOI N° 1.516 DU 23 DÉCEMBRE 2021 RELATIVE AUX PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES PARTICIPANT AU MIEUX-ÊTRE (p. 18)

ANNEXE AU « JOURNAL DE MONACO » N° 8.572

DU 7 JANVIER 2022

I. EXPOSÉ DES MOTIFS DE LA LOI ET PROJET DE LOI

PROJET DE LOI, N° 1032,

RELATIVE À LA PROTECTION DES PERSONNES SUR LESQUELLES SONT MISES EN ŒUVRE DES PRATIQUES PRÉSENTÉES COMME POUVANT CONTRIBUER À LEUR MIEUX-ÊTRE

Le 2 décembre 2019, le Conseil National a adopté en séance publique la proposition de loi n° 247 relative aux pratiques de soins non conventionnelles, laquelle a été reçue le 5 décembre 2019 par le Gouvernement Princier. Par courrier en date du 2 juin 2020, celui-ci a fait connaître au Conseil National sa décision de transformer ladite proposition en projet de loi, en précisant que cette transformation aura pour objectif fondamental la protection des personnes qui auraient recours aux pratiques visées par cette proposition.

La première conséquence du respect de cet objectif a été la modification de l'intitulé du projet de texte puisque l'intitulé du présent projet de loi ne vise pas les « *pratiques de soins non conventionnelles* », mais « *la protection des personnes sur lesquelles sont mises en œuvre des pratiques présentées comme pouvant contribuer à leur mieux-être* ».

En effet, il est fondamental de rappeler qu'en matière de santé le mot « *soin* » désigne toujours, au sein de notre ordonnancement juridique, une action mise en œuvre par un professionnel de santé et conformément aux données acquises de la science.

Aussi, l'État ne saurait promouvoir des pratiques prétendant avoir un effet bénéfique pour la santé sans n'avoir jamais rapporté la moindre preuve de leur efficacité et, subséquemment, promouvoir des pratiques susceptibles de tromper les personnes sur leur efficacité, voire dangereuses pour leur santé, et qui relèvent souvent de la charlatanerie ou qui sont parfois associées à des dérives sectaires et ce, quel que soit le degré d'acceptation de ces pratiques au sein de la population.

Ainsi, en matière de soins de santé aux personnes, il ne saurait y avoir, en droit, d'une part, des pratiques de soins qui seraient conventionnelles ou qui relèveraient d'une médecine scientifique et, d'autre part, des

pratiques de soins qui ne seraient pas conventionnelles ou qui relèveraient d'une médecine non scientifique, quel que soit l'adjectif accolé au mot « *médecine* », tel que, par exemple, une médecine alternative, traditionnelle, douce, naturelle, holistique, vitaliste ou quantique.

Les seuls soins qui peuvent être pratiqués sont ceux qui sont conformes aux données acquises de la science. De surcroît, ces soins ne peuvent être pratiqués que par des professionnels de santé dans le respect des règles professionnelles qui s'appliquent à la profession dont ils relèvent.

Autrement dit, tout acte pratiqué sur une personne en vue de tenter de la soigner ou présenté comme pouvant la soigner ne peut l'être que par un médecin, à condition d'être conforme aux données acquises de la science, ou par un autre professionnel de santé dans la limite des actes que les textes en vigueur lui permettent d'effectuer. L'exercice de n'importe quel acte ayant ou présenté comme ayant cette finalité par un non professionnel de santé relève, notamment, de l'exercice illégal de la médecine.

Il résulte de ce qui précède que l'expression de « *pratiques de soins non conventionnelles* » figurant dans la proposition de loi ne pouvait être conservée dans le projet de loi puisque les pratiques visées par ladite proposition ne sont pas des soins et qu'il est primordial, pour éviter d'induire en erreur les personnes qui y auraient recours, d'éviter toute assimilation avec la notion de soin réservée aux professionnels de santé.

Il résulte également de ce qui précède que ces pratiques ne peuvent nullement être désignées par référence à une finalité à laquelle les soins répondent. Par exemple, ces pratiques ne peuvent être qualifiées de pratiques contribuant à préserver ou à améliorer la santé de la personne. De même, il ne peut pas non plus s'agir de pratiques contribuant à préserver ou à améliorer le bien-être de la personne puisqu'il est rappelé que, selon la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

En revanche, il peut être envisagé de faire référence au mieux-être, terme apparaissant d'ailleurs dans le rapport de la Commission des intérêts sociaux et des affaires diverses du 29 novembre 2019 sur la proposition de loi.

Ainsi, le projet de loi vise les pratiques qui font l'objet de la proposition de loi en les qualifiant de pratiques présentées comme pouvant contribuer au mieux-être des personnes sur lesquelles elles sont mises en œuvre et, de ce fait, les définit au moyen de leur finalité.

Quant au régime juridique retenu par le projet de loi, il diffère de celui adopté par la proposition de loi.

En effet, soumettre ces pratiques, comme le fait la proposition de loi, à une autorisation particulière délivrée par le Ministre d'État après une vérification des « *diplômes, formations, certifications, compétences ou expériences* » effectuée par une « *commission consultative* » constituée notamment de hauts représentants de l'État et du président de chacun des Ordres existant parmi les professions de santé paraît de nature à cautionner et à promouvoir des pratiques pour lesquelles il n'existe aucune preuve scientifique de leur efficacité ou pour lesquelles la science a démontré soit leur inefficacité, soit, au mieux, leur absence d'efficacité.

Or, comment, par exemple, des membres d'un Ordre représentant une profession scientifique pourraient apprécier le sérieux ou la pertinence d'un diplôme, d'une formation, d'une certification, d'une compétence ou d'une expérience concernant une pratique dont la science a rapporté la preuve de son inefficacité ou dont l'efficacité n'a pas été scientifiquement démontrée sans que, au surplus, leur avis favorable ne déprécie leur profession aux yeux des personnes averties ou ne contribue, aux yeux des profanes, à donner une crédibilité et une respectabilité à ladite pratique ?

Dès lors, afin d'éviter de donner à ces pratiques une caution de l'autorité publique, le projet de loi maintient l'application des dispositions de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991 concernant l'exercice de certaines activités économiques et juridiques aux personnes exerçant une activité mettant en œuvre ces pratiques.

Cependant, eu égard, d'une part, à la multitude de pratiques existantes qui ne cesse de croître et, d'autre part, aux risques que ces pratiques peuvent présenter pour les personnes qui pourraient y avoir recours, tant en ce qui concerne leur santé, qu'en matière d'escroquerie, d'abus frauduleux ou de dérives sectaires, le projet de loi limite, dans un souci de protection et de sécurité des personnes, l'exercice des activités mettant en œuvre ces pratiques à celles qui, en soi, ne présentent pas ou ne paraissent pas présenter ces risques et dont la liste sera fixée par arrêté ministériel.

Enfin, toujours en vue de renforcer la protection et la sécurité des personnes qui auraient recours à ces pratiques, le projet de loi modifie la rédaction des dispositions de l'article 335 du Code pénal relatif à l'abus frauduleux d'une personne vulnérable ou dépendante afin de retenir une rédaction similaire à celle figurant dans les dispositions françaises relatives au délit de l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse.

Sous le bénéfice de ces observations d'ordre général, le présent projet de loi appelle les commentaires particuliers ci-après.

Du point de vue formel, le projet de loi est divisé en six chapitres, précédés d'un unique article introductif définissant la qualification de « *pratique présentée comme pouvant contribuer au mieux-être* ». Il s'agit de toute « *toute pratique dont il est dit qu'elle pourrait être bénéfique au confort physique ou psychique de la personne sans pour autant que la preuve de son efficacité soit admise par la communauté scientifique* » (article premier).

Le chapitre I, intitulé « *Dispositions générales* », fixe les règles générales régissant l'exercice d'une activité consistant à mettre en œuvre sur autrui une ou plusieurs pratiques présentées comme pouvant contribuer à son mieux-être.

À cet effet, le projet de loi commence par subordonner l'exercice, à titre indépendant ou salarié, de cette activité à la mention de ladite activité sur la liste des activités de cette nature qui sont permises sur le fondement de critères objectifs permettant d'assurer la protection et la sécurité des personnes (articles 2 et 3).

Ces activités permises sont celles qui figureront sur la liste qui sera fixée par arrêté ministériel en prenant en considération les critères objectifs susmentionnés dont certains sont énumérés, à titre d'exemple, par le projet de loi. Il peut s'agir du niveau de risque encouru pour la santé des personnes qui auraient recours aux pratiques mises en œuvre par l'activité considérée, de la crédibilité de la pratique au regard des données acquises de la science ou encore du risque de dérives sectaires.

De plus, parmi les activités permises, l'arrêté ministériel qui en fixera la liste pourra subordonner l'exercice de certaines d'entre elles au respect de conditions qu'il déterminera.

En effet, comme le constatait déjà, dans le pays voisin, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires dans son rapport de 2010, « *face à la prolifération des croyances et des prétentions thérapeutiques infondées et dangereuses, face à la banalisation de pratiques charlatanesques, de supercheries, d'escroqueries à la santé* », le fait de limiter l'exercice des activités mettant en œuvre sur autrui des pratiques présentées comme pouvant contribuer au mieux-être aux activités de cette nature listées par arrêté ministériel permet, conformément à la mission fondamentale de l'État de protéger la personne humaine et d'assurer sa sécurité, de réduire l'exercice de ces activités à celles dont l'État a pu préalablement s'assurer qu'elles ne présentent pas, en soi et de manière générale, un risque pour les personnes qui y ont recours, tant en ce qui concerne leur santé, qu'en matière d'escroquerie, d'abus frauduleux ou de dérives sectaires.

Cette limitation apparaît d'autant plus nécessaire que les personnes qui ont recours aux pratiques présentées comme pouvant contribuer à leur mieux-être se trouvent souvent, du fait de leur état de santé, dans une situation de particulière faiblesse ou vulnérabilité.

D'ailleurs, il est rappelé que celui qui mettrait en œuvre ces pratiques en les qualifiant de pratiques contribuant à préserver ou à améliorer la santé ou en les présentant comme telles, alors qu'il n'est pas un professionnel de santé seul habilité à agir à cette fin, serait passible des sanctions prévues en matière d'exercice illégal de la médecine par l'article 10 de l'Ordonnance du 29 mai 1894 sur les professions de médecin, chirurgien, dentiste, sage-femme et herboriste. Quant au professionnel de santé qui, en cette qualité, mettrait en œuvre ces pratiques en les qualifiant de pratiques contribuant à préserver ou à améliorer la santé ou en les présentant comme telles, il pourrait, par exemple, se voir reproché d'avoir mis en œuvre un traitement illusoire, ce qui pourrait ne pas être sans conséquence, notamment sur son autorisation administrative d'exercer sa profession de santé et, le cas échéant, en matière disciplinaire.

Cela étant, toute personne mettant en œuvre sur autrui une ou plusieurs pratiques présentées comme pouvant contribuer au mieux-être et relevant d'une activité qui figure sur la liste établie par arrêté ministériel doit, d'une part, le faire avec sérieux et diligence, comme l'exigeait l'article 11 de la proposition de loi et, d'autre part, informer l'intéressé de la nature de ces pratiques, du tarif qui sera appliqué, du non remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie et du fait qu'elles peuvent uniquement contribuer à son mieux

être et ne peuvent se substituer à une prise en charge médicale ou paramédicale, comme l'envisageait l'article 13 de la proposition de loi (article 4).

Les chapitres II et III prévoient des dispositions particulières respectivement pour les non professionnels de santé et pour les professionnels de santé. Il est à noter que ces derniers sont définis comme étant toute personne qui exerce une activité professionnelle dans le secteur des soins de santé soumise à un statut législatif ou réglementaire particulier ou dont le titre est protégé (article 6).

S'agissant des non professionnels de santé, les activités consistant à mettre en œuvre sur autrui une ou plusieurs pratiques présentées comme pouvant contribuer au mieux-être et figurant sur la liste des activités de cette nature qui sont permises demeurent naturellement soumises aux dispositions de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991 concernant l'exercice de certaines activités économiques et juridiques (article 5).

En revanche, les dispositions de ladite loi ne s'appliquent pas si ces pratiques sont mises en œuvre par un professionnel de santé, à condition que cette mise en œuvre ait lieu dans le cadre de l'exercice de sa profession de santé (article 7).

De surcroît, si ce professionnel exerce dans un établissement de santé, il ne peut mettre en œuvre de telles pratiques que s'il a préalablement obtenu l'autorisation du directeur dudit établissement. Cette autorisation peut aussi fixer des exigences qui devront être respectées par ledit professionnel (article 8).

S'il n'exerce pas dans un établissement de santé, il ne peut mettre en œuvre ces pratiques que s'il a préalablement déclaré son intention de les mettre en œuvre sur ses patients. S'il relève d'un Ordre professionnel, il effectue cette déclaration d'intention auprès du conseil de l'Ordre, qui la communique au Directeur de l'Action Sanitaire. En l'absence d'Ordre et s'il est membre d'une association ayant pour objet statutaire la défense ou la représentation de la profession de santé qu'il exerce, il la fait auprès de cette association qui la communique au Directeur de l'Action Sanitaire. S'il n'est membre d'aucune association ayant cet objet social, il déclare son intention au Directeur de l'action sanitaire (article 9).

Le fait de ne pas effectuer cette déclaration constitue un délit passible de l'amende prévue au chiffre 3 de l'article 26 du Code pénal (article 13).

Naturellement, qu'il exerce ou non dans un établissement de santé, le professionnel de santé ne saurait en aucun cas mettre en œuvre les pratiques susmentionnées si elles sont susceptibles de nuire ou d'interférer avec la prise en charge de son patient (article 10).

Le projet de loi précise expressément que le professionnel de santé qui mettrait en œuvre ces pratiques sans respecter les règles y afférentes commettrait une faute de nature à entraîner les sanctions disciplinaires ou administratives propres à l'exercice de sa profession de santé.

Enfin, le professionnel de santé, qui met en œuvre sur ses patients, en les présentant comme pouvant contribuer à leur mieux-être, une ou plusieurs pratiques relevant d'une activité figurant sur la liste des activités de cette nature qui sont permises, est tenu d'en établir un bilan annuel qu'il communique au conseil de l'Ordre professionnel dont il relève (article 11).

En l'absence d'Ordre professionnel, il communique ce bilan à l'association ayant pour objet statutaire la défense ou la représentation de la profession de santé qu'il exerce. Toutefois, s'il n'est pas membre de cette association, il le communique au Directeur de l'action sanitaire.

Les bilans reçus par les Ordres professionnels et les associations sont également communiqués par ceux-ci au Directeur de l'action sanitaire, lequel établit ensuite un rapport d'analyse de ces bilans destiné à être adressé au Ministre d'État, ainsi qu'à tout conseil de l'Ordre ou association ayant transmis lesdits bilans.

Le chapitre IV, intitulé « *Des sanctions pénales* », introduit, dans notre ordonnancement juridique, afin d'assurer le respect de la limitation d'exercice aux seules activités permises, un nouveau délit sanctionnant toute personne se livrant ou tentant de se livrer à une activité ne figurant pas sur la liste des activités permises et consistant à mettre en œuvre sur autrui une ou plusieurs pratiques présentées comme pouvant contribuer au mieux-être. De même, le projet de loi prévoit que constitue un délit le fait pour quiconque d'admettre l'exercice ou la domiciliation dans ses locaux d'une activité ne figurant pas sur cette liste (article 12).

De plus, dans le sillage de l'article 23 de la proposition de loi, le projet de loi prévoit que celui qui indiquerait qu'une pratique présentée comme pouvant contribuer au mieux-être est de nature à pouvoir se substituer à une prise en charge médicale

ou paramédicale et, du fait de cette indication, aurait sciemment conduit une personne à renoncer, en tout ou en partie, à cette prise en charge, à y mettre fin ou à la réduire commettrait un délit (article 13).

Il en est de même pour celui qui s'abstiendrait d'informer une personne sur laquelle il va mettre en œuvre cette pratique que cette dernière peut uniquement contribuer à son mieux-être et ne peut se substituer, même partiellement, à une prise en charge médicale ou paramédicale afin de sciemment conduire cette personne à renoncer, même partiellement, à cette prise en charge, à y mettre fin ou à la réduire.

Le chapitre V, intitulé « *Dispositions modifiant le Code pénal* », modifie la rédaction des dispositions du premier alinéa de l'article 335 dudit Code relatif à l'abus frauduleux d'une personne vulnérable ou dépendante afin de retenir une rédaction similaire à celle figurant dans l'article 223-15-2 du Code pénal français relatif à l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse. De surcroît, le Gouvernement Princier propose d'aggraver le montant de l'amende encourue en retenant le montant maximum prévu dans le pays voisin (article 14).

En outre, cet article 335 du Code pénal est déplacé dans le chapitre relatif aux « *Crimes et délits contre les personnes* » alors qu'il figure actuellement dans le chapitre relatif aux « *Crimes et délits contre les propriétés* », dans la mesure où il s'agit d'une infraction contre la personne et non contre les biens. Il devient ainsi l'article 278-1 dudit Code.

Enfin, un nouvel alinéa est introduit dans cet article 278-1 afin d'aggraver les sanctions encourues lorsque l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse est commis par le dirigeant d'un groupement qui poursuit des activités ayant pour but ou pour effet de créer, de maintenir ou d'exploiter la sujétion psychologique ou physique des personnes qui participent à ces activités.

Le sixième et dernier chapitre, intitulé « *Dispositions finales* », fixe la date d'entrée en vigueur des dispositions projetées, à l'exception de celles modifiant le Code pénal, à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel susmentionné qui fixera la liste des activités permises (article 15).

Tel est l'objet du présent projet de loi.

* *

*

PROJET DE LOIArticle premier

Au sens de la présente loi, constitue une pratique présentée comme pouvant contribuer au mieux-être toute pratique dont il est dit qu'elle pourrait être bénéfique au confort physique ou psychique de la personne sans pour autant que la preuve de son efficacité soit admise par la communauté scientifique.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 2

Afin d'assurer la protection et la sécurité des personnes, l'exercice, à quelque titre que ce soit, d'une activité consistant à mettre en œuvre sur autrui une ou plusieurs pratiques présentées comme pouvant contribuer au mieux-être est subordonné à la mention de cette activité sur une liste fixée par arrêté ministériel.

Article 3

La liste mentionnée à l'article 2 est établie sur le fondement de critères objectifs permettant d'assurer la protection et la sécurité des personnes.

Ces critères objectifs tiennent notamment compte du niveau de risque encouru pour la santé des personnes, de la crédibilité de la pratique au regard des données acquises de la science ou du risque de dérives sectaires.

L'arrêté ministériel mentionné à l'article 2 peut subordonner l'exercice d'une activité au respect de conditions qu'il détermine.

Article 4

Toute personne exerçant une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 l'exerce avec sérieux et diligence.

Elle informe, de manière loyale et claire, la personne sur laquelle elle va mettre en œuvre une ou plusieurs pratiques relevant de cette activité de la nature de ces pratiques, du prix qui lui sera demandé et de l'absence de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Elle l'informe de la même manière que ces pratiques peuvent uniquement contribuer à son mieux-être et ne peuvent se substituer, même partiellement, à une prise en charge médicale ou paramédicale.

CHAPITRE II

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR
LES NON PROFESSIONNELS DE SANTÉArticle 5

L'exercice par un non professionnel de santé d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 est subordonné au respect, selon le cas, du régime de déclaration ou du régime d'autorisation prévus par les dispositions de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991 concernant l'exercice de certaines activités économiques et juridiques, modifiée.

La méconnaissance de ces dispositions fait l'objet des sanctions administratives ou pénales prévues par ladite loi.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR
LES PROFESSIONNELS DE SANTÉArticle 6

Au sens de la présente loi, le professionnel de santé est toute personne qui exerce une activité professionnelle dans le secteur des soins de santé soumise à un statut législatif ou réglementaire particulier ou dont le titre est protégé.

Article 7

N'est pas soumis aux dispositions de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991, modifiée, susmentionnée, le professionnel de santé qui, lors de son exercice professionnel, met en œuvre sur un patient, en les présentant comme pouvant contribuer à son mieux-être, une ou plusieurs pratiques relevant d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2.

Article 8

Lorsque le professionnel de santé mentionné à l'article 7 exerce dans un établissement de santé, il ne peut mettre en œuvre sur un patient, en la présentant comme pouvant contribuer à son mieux-être, une pratique relevant d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 sans l'autorisation préalable du directeur de cet établissement.

Le cas échéant, il la met en œuvre dans le respect des exigences fixées par cette autorisation.

Article 9

Lorsque le professionnel de santé mentionné à l'article 7 n'exerce pas dans un établissement de santé, il ne peut mettre en œuvre sur un patient, en la présentant

comme pouvant contribuer à son mieux-être, une pratique relevant d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 sans avoir préalablement déclaré au conseil de l'Ordre professionnel dont il relève son intention de mettre en œuvre cette pratique sur des patients. Ce conseil de l'Ordre communique une copie de cette déclaration d'intention au Directeur de l'action sanitaire.

S'il ne relève pas d'un Ordre professionnel, mais qu'il est membre d'une association ayant pour objet statutaire la défense ou la représentation de la profession de santé qu'il exerce, il déclare son intention au représentant légal de ladite association, qui en communique une copie au Directeur de l'action sanitaire.

S'il ne relève pas d'un Ordre professionnel et s'il n'est pas membre d'une association ayant pour objet statutaire la défense ou la représentation de la profession de santé qu'il exerce, il déclare son intention au Directeur de l'action sanitaire.

Article 10

Nul professionnel de santé ne peut mettre en œuvre sur un patient, en les présentant comme pouvant contribuer à son mieux-être, une ou plusieurs pratiques relevant d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 si elles sont susceptibles de nuire ou d'interférer avec la prise en charge dudit patient.

Tout professionnel de santé qui met en œuvre une de ces pratiques sans respecter les dispositions de l'article 4 ou celles du présent chapitre commet une faute susceptible d'entraîner les sanctions disciplinaires ou administratives propres à l'exercice de sa profession de santé.

Article 11

Tout professionnel de santé qui met en œuvre sur des patients, en les présentant comme pouvant contribuer à leur mieux-être, une ou plusieurs pratiques relevant d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 établit un bilan annuel de cette mise en œuvre.

S'il relève d'un Ordre professionnel, il adresse une copie de ce bilan au conseil de l'Ordre, qui en communique une copie au Directeur de l'action sanitaire.

S'il ne relève pas d'un Ordre professionnel, mais qu'il est membre d'une association ayant pour objet statutaire la défense ou la représentation de la profession de santé qu'il exerce, il adresse une copie du bilan au représentant légal de ladite association, qui en communique une copie au Directeur de l'action sanitaire.

S'il ne relève pas d'un Ordre professionnel et s'il n'est pas membre d'une association ayant pour objet statutaire la défense ou la représentation de la profession de santé qu'il exerce, il adresse une copie du bilan au Directeur de l'action sanitaire.

Le Directeur de l'action sanitaire adresse un rapport d'analyse de ces bilans au Ministre d'État, ainsi qu'à chaque conseil de l'Ordre ou association ayant communiqué des bilans.

CHAPITRE IV DES SANCTIONS PÉNALES

Article 12

Est puni de l'amende et des peines accessoires prévues à l'article 12 de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991, modifiée, susmentionnée, quiconque :

- se livre ou tente de se livrer à une activité consistant à mettre en œuvre sur autrui une pratique présentée comme pouvant contribuer au mieux-être alors que cette activité ne figure pas sur la liste mentionnée à l'article 2 ;
- a admis, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit, l'exercice ou la domiciliation dans ses locaux d'une activité consistant à mettre en œuvre sur autrui une pratique présentée comme pouvant contribuer au mieux-être alors que cette activité ne figure pas sur la liste mentionnée à l'article 2 ou qui a sciemment laissé cette activité s'y exercer ou y être domiciliée.

Article 13

Est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et de l'amende prévue au chiffre 3 de l'article 26 du Code pénal quiconque :

- indique qu'une pratique présentée comme pouvant contribuer au mieux-être, qu'elle relève ou non d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2, est de nature à pouvoir se substituer, même partiellement, à une prise en charge médicale ou paramédicale et, du fait de cette indication, a sciemment conduit une personne, même partiellement, à renoncer à cette prise en charge ou à y mettre fin ;
- s'abstient d'informer une personne sur laquelle il va mettre en œuvre cette pratique que cette dernière peut uniquement contribuer à son mieux-être et ne peut se substituer, même partiellement, à une prise en charge médicale ou paramédicale et, du fait de cette abstention, a sciemment conduit cette personne, même partiellement, à renoncer à cette prise en charge ou à y mettre fin.

Est puni de l'amende prévue au chiffre 3 de l'article 26 du Code pénal le professionnel de santé mentionné à l'article 9 qui a mis en œuvre sur un patient, en la présentant comme pouvant contribuer à son mieux-être, une pratique relevant d'une activité figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 sans avoir préalablement déclaré son intention de mettre en œuvre cette pratique sur des patients conformément aux dispositions dudit article 9.

CHAPITRE V
DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE PÉNAL

Article 14

L'article 335 du Code pénal devient l'article 278-1 dudit Code, situé dans une nouvelle section V bis intitulée « *De l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse* », et son premier alinéa est modifié comme suit :

« Est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et de l'amende prévue au chiffre 4 de l'article 26, dont le maximum est porté à 375 000 euros, l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables. »

Est inséré après le premier alinéa de l'article 278-1 du Code pénal un nouvel alinéa rédigé comme suit :

« Lorsque cette infraction est commise par le dirigeant de fait ou de droit d'un groupement qui poursuit des activités ayant pour but ou pour effet de créer, de maintenir ou d'exploiter la sujétion psychologique ou physique des personnes qui participent à ces activités, les maximums des peines sont portés à cinq ans d'emprisonnement et à 750 000 euros d'amende. »

CHAPITRE VI
DISPOSITIONS FINALES

Article 15

Les dispositions des articles premier à 13 entrent en vigueur à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel mentionné à l'article 2.

**II. RAPPORT DU CONSEIL
NATIONAL**

RAPPORT

SUR LE PROJET DE LOI, N° 1032

**RELATIVE À LA PROTECTION DES
PERSONNES SUR LESQUELLES SONT
MISES EN ŒUVRE DES PRATIQUES
PRÉSENTÉES COMME POUVANT
CONTRIBUER À LEUR MIEUX-ÊTRE**

(Rapporteuse au nom de la Commission des Intérêts
Sociaux et des Affaires Diverses :
Madame Marine GRISOUL)

Le projet de loi relative à la protection des personnes sur lesquelles sont mises en œuvre des pratiques présentées comme pouvant contribuer à leur mieux-être a été déposé au Secrétariat Général du Conseil National le 19 avril 2021 et enregistré par celui-ci sous le numéro 1032. L'annonce officielle de son dépôt est intervenue lors de la Séance Publique du 10 mai 2021, au cours de laquelle il a été renvoyé devant la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses.

Avant tout développement, je tiens à exprimer ma satisfaction de pouvoir rapporter, ce soir, le présent projet de loi, résultant de la transformation, par le Gouvernement, de la proposition de loi, n° 247, relative aux pratiques de soins non conventionnelles, adoptée à l'unanimité des élus du Conseil National, le 2 décembre 2019, dont j'avais déjà été désignée Rapporteuse. Je remercie, à ce titre, les membres de la Commission de leur confiance renouvelée.

Répondant aux attentes exprimées par la population, notamment durant la campagne électorale, cette proposition de loi était l'aboutissement de travaux de recherches et consultations menés par un groupe de travail constitué, au début de la Législature, au sein de la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses. Outre la concrétisation d'un engagement programmatique, ce texte poursuivait l'objectif d'inscrire la Principauté dans une démarche de reconnaissance des pratiques de soins non conventionnelles, dans le droit fil des pays ayant engagé un processus de régulation de ces pratiques.

Plus connues sous l'appellation de « médecines douces », on rappellera que les « pratiques de soins non conventionnelles », telles que désignées initialement dans la proposition de loi, recouvrent un ensemble de pratiques dont le point commun est de ne pas être reconnues, au plan scientifique, par la médecine dite « conventionnelle », et dont l'exercice n'est pas nécessairement lié à l'obtention d'un diplôme d'Etat dans le domaine des sciences médicales. Ces pratiques visent à préserver ou à améliorer le bien-être des personnes auxquelles elles sont dispensées, sans toutefois se substituer à un acte médical, dont l'exercice est strictement réservé à un professionnel de santé.

Les raisons qui mènent une personne à s'adresser à un professionnel spécialisé dans une pratique non conventionnelle peuvent être variées. Que ce soit pour préserver sa santé, soulager certains maux ou réduire le stress, de nombreuses pratiques complémentaires à la médecine classique semblent aujourd'hui satisfaire les usagers, si l'on en croit le recours grandissant à ces disciplines, notamment au sein des établissements de santé.

Aussi, alors qu'une approche complémentaire est de plus en plus largement adoptée par les patients et les professionnels de santé, disposer d'une réglementation visant à encadrer ces pratiques, serait le signe d'une politique plus ouverte aux ressentis et aux besoins de la population.

A cet égard, certaines institutions internationales et européennes ont, très tôt, invité les Etats à promouvoir et à encadrer l'exercice de ces pratiques. A titre d'illustration, l'on peut citer la « *Stratégie de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* », qui encourage les Etats membres, d'une part, à tirer parti de la contribution potentielle de ces disciplines au bien-être et à la santé des personnes et, d'autre part, à promouvoir une utilisation efficace et sans danger, via la réglementation et l'intégration de ces pratiques dans le système de santé.

C'est dans ce contexte que les élus avaient entrepris de reconnaître l'existence de ces pratiques, tout en les encadrant, afin d'assurer la protection des personnes. Sans entrer dans les détails, on rappellera que le dispositif proposé consistait à définir, de manière générique, les « pratiques de soins non conventionnelles », sans cibler de disciplines, et à encadrer de manière précise les conditions de délivrance de l'autorisation d'exercice. Cet encadrement se traduisait, dans la proposition de loi, par l'obtention d'une autorisation

délivrée, après avis d'une Commission ad hoc, soit par le Ministre d'Etat, pour un exercice à titre libéral, soit par le directeur de l'établissement de santé, lorsque la pratique est exercée par un personnel dudit établissement.

Au regard des attentes exprimées par les praticiens rencontrés lors de l'élaboration de ce texte, notamment en termes de reconnaissance et d'encadrement, les élus appelaient ainsi de leurs vœux la transformation de la proposition de loi en projet de loi.

En application de l'article 67 de la Constitution, le Gouvernement a fait part à l'Assemblée de sa volonté de poursuivre le processus législatif, tout en précisant que la transformation de la proposition de loi aurait pour objectif fondamental la protection des personnes qui auraient recours aux pratiques visées.

Dans le cadre du projet de loi n° 1032, le Gouvernement a ainsi apporté des modifications substantielles au dispositif initialement envisagé par le Conseil National, portant essentiellement sur :

- l'intitulé et l'objet de la future loi, le texte ne visant plus les « *pratiques de soins non conventionnelles* », mais « la protection des personnes sur lesquelles sont mises en œuvre des pratiques présentées comme pouvant contribuer à leur mieux-être » ;
- le régime juridique destiné à encadrer ces pratiques, en ce que le projet de loi ne prévoit pas de statut spécifique, contrairement au texte d'origine, mais soumet l'exercice de ces pratiques au régime de déclaration et d'autorisation de droit commun, issu de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991, concernant l'exercice de certaines activités économiques et juridiques, modifiée, tout en subordonnant cet exercice à la mention de l'activité envisagée sur une liste fixée par arrêté ministériel.

A ce stade des développements, force est déjà de constater que l'angle choisi par le projet de loi pour réglementer ces pratiques diffère considérablement de la philosophie ayant guidé les élus lors de l'élaboration et du vote du texte d'origine, laquelle reposait sur une volonté de doter la Principauté d'un régime particulier au profit des professionnels intervenant dans le domaine des pratiques de soins non conventionnelles, aux fins d'une réelle reconnaissance.

Les élus ont regretté, à ce titre, la position du Gouvernement en la matière, faisant état de pratiques « *susceptibles de tromper les personnes sur leur efficacité, voire dangereuses pour la santé, et qui relèvent souvent de la charlatanerie ou qui sont parfois associées à des dérives sectaires* », fondant sa décision de modifier l'intitulé et la substance de la proposition de loi, dans l'objectif de renforcer la protection des utilisateurs.

La Commission, unanime, n'a pas été convaincue par l'approche retenue par le Gouvernement, et ce à deux égards.

Sur un plan institutionnel d'abord, car, en partant du postulat que ces pratiques sont susceptibles de présenter des risques pour la santé des usagers, et en soumettant l'exercice de ces pratiques au régime de déclaration et d'autorisation de droit commun, afin de ne pas promouvoir ces pratiques, la Commission a estimé que le projet de loi n° 1032 a considérablement dénaturé la lettre et l'esprit de la proposition de loi initiale.

Sur un plan pratique ensuite, en ce que les élus ont considéré que le mécanisme envisagé dans la proposition de loi, à savoir la création d'un régime d'autorisation propre à l'exercice des pratiques de soins non conventionnelles, était de nature à apporter des garanties suffisantes de sécurité et de protection des personnes, tout en tenant compte des attentes et difficultés soulevées par les praticiens exerçant en Principauté.

Aussi, avant même le début de l'étude du texte, les élus ont pu déplorer la dénaturation profonde opérée par le projet de loi. Ils n'ont pas manqué, à ce titre, de faire part de ces premiers éléments de réflexion au Gouvernement, par courrier en date du 25 mai 2021, tout en précisant, dans le même temps, que la Commission ne manquerait pas d'apporter les modifications qu'elle estimera nécessaires au texte, dans le respect des prérogatives constitutionnelles et institutionnelles du Conseil National.

C'est donc dans ce contexte, et en ayant à cœur de revenir à l'esprit de la proposition de loi initiale, que les membres de la Commission ont abordé l'étude du présent projet de loi.

Dans le cadre de cette étude, les membres de la Commission ont, en premier lieu, porté une attention particulière sur les raisons, énoncées dans l'exposé des motifs, ayant conduit le Gouvernement à modifier l'intitulé de la proposition de loi. Ils ont ainsi relevé

que, selon le Gouvernement, le mot « soin » désigne toujours, en matière de santé, une action mise en œuvre par un professionnel de santé conformément aux données acquises de la science et dans le respect des règles professionnelles qui s'appliquent à cette profession de santé. Retenant une interprétation restrictive de cette notion, le Gouvernement s'est donc attaché, dans l'ensemble du dispositif, à éviter toute référence ou connotation liée à la santé des personnes. Cela s'est notamment traduit par la modification de la dénomination de ces disciplines, qualifiées dans le projet de loi de « *pratiques présentées comme pouvant contribuer au mieux-être des personnes sur lesquelles elles sont mises en œuvre* ».

Si la Commission partage la nécessité de clairement distinguer ces pratiques des actes médicaux, elle a néanmoins constaté que la définition contenue dans la proposition de loi permettait justement d'éviter toute ambiguïté quant au champ d'application, en excluant expressément « *tout acte dont la réalisation est exclusivement confiée, en application du droit monégasque, à un professionnel de santé ou assimilé* ». Quant au mot « soin », il a été relevé que celui-ci peut être employé en dehors de la sphère médicale.

Par conséquent, les membres de la Commission ont considéré que l'expression « pratique de soins » devait être entendue dans son acception la plus large, comme tout acte visant à préserver ou à améliorer le bien-être d'une personne, en dehors de toute connotation médicale. C'est la raison pour laquelle la Commission a décidé, dans un premier temps, de réintroduire la terminologie générique de « pratique de soins non conventionnelle ».

En second lieu, la Commission s'est particulièrement intéressée au régime juridique retenu par le projet de loi, à savoir l'application des dispositions de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991, concernant l'exercice de certaines activités économiques et juridiques, modifiée.

L'exposé des motifs énonce, à ce sujet, que l'objectif poursuivi par le Gouvernement est d'éviter de donner à des pratiques non reconnues par la communauté scientifique et « *relevant souvent de la charlatanerie* », une caution de l'autorité publique.

Dans le même temps, afin d'assurer la protection et la sécurité des personnes, le projet de loi limite l'exercice de ces pratiques à celles qui, en soi, ne présentent pas ou ne paraissent pas présenter de risques de dérives ou de danger pour les utilisateurs, dont la liste serait fixée par arrêté ministériel.

Ainsi, alors même que le Gouvernement entend soumettre les praticiens au régime de déclaration et d'autorisation d'exercice de droit commun, afin de ne pas promouvoir ces pratiques, il a été relevé, paradoxalement, que cette liste permet de conférer aux pratiques concernées une certaine forme de reconnaissance, en ce qu'elle leur offrirait une meilleure visibilité, tout en constituant un gage de confiance pour les usagers.

Par conséquent, les membres de la Commission n'ont pas été convaincus par la combinaison de ces deux approches.

On notera également que, dans la très grande majorité des cas, ces pratiques n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques attestant de leur efficacité et de leur innocuité potentielle, ce qui a pu conduire les élus à s'interroger sur le contenu de ladite liste. Aussi, compte tenu de l'intérêt de cette dernière, en termes de sécurité et de reconnaissance, les élus ont souhaité s'assurer de son effectivité, en instaurant une Commission consultative, chargée d'émettre un avis dans le cadre de sa mise en œuvre.

Au regard de ces éléments, la Commission a donc apporté des modifications substantielles au dispositif, concernant principalement :

- d'une part, l'intitulé des pratiques, afin de revenir à la terminologie générique de « pratique de soins non conventionnelle », à l'instar de la proposition de loi initiale. Votre Rapporteuse rappellera, à cet égard, que cette expression était inspirée de celle retenue, en France, par le Ministère des Solidarités et de la Santé, laquelle se distingue de l'expression couramment utilisée de « médecine non conventionnelle », pour marquer la différence avec les activités médicales réglementées ;
- d'autre part, l'instauration d'une Commission consultative, chargée notamment d'apprécier le respect du domaine de la médecine conventionnelle, dans le cadre de la mise en œuvre de la liste de pratiques fixée par arrêté ministériel ;
- et, enfin, la consécration d'un régime d'autorisation autonome, qui a conduit à la modification des règles générales régissant l'exercice de ces pratiques et à l'ajustement des dispositions relatives aux sanctions administratives et pénales.

Un texte consolidé, reprenant l'ensemble de ces éléments, a été adressé au Gouvernement le 18 novembre 2021, suivi de la transmission, le 26 novembre, du rapport adopté par la Commission, dans l'objectif de présenter ce projet de loi au vote des élus, lors de la Séance Publique du 2 décembre 2021.

Par courrier en date du 1^{er} décembre, le Gouvernement a fait connaître sa volonté de renvoyer le projet de loi à la Commission saisie au fond, conformément à l'article 118, alinéa 2, du Règlement intérieur du Conseil National, afin, je cite, « *d'examiner plus précisément les amendements envisagés par la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses, en concertation avec les Services et les parties concernés, aux fins de poursuivre la discussion avec les élus.* ».

Prenant en compte cette volonté de concertation exprimée par le Gouvernement, et déterminée à voir aboutir ce texte, qui donnerait aux Monégasques et résidents de la Principauté une opportunité de choisir les praticiens de façon plus éclairée, l'Assemblée a donc décidé, lors de la Séance Publique du 2 décembre 2021, de renvoyer le projet de loi n° 1032 devant la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses, tout en précisant que celui-ci serait inscrit à l'ordre du jour de la Séance Publique de ce soir, cette fois sans possibilité de report.

Dans un souci d'efficacité, une réunion de travail s'est tenue, le 7 décembre 2021, entre des représentants de nos deux Institutions, dans l'objectif de parvenir à un accord.

Dans le cadre de ces échanges, il a pu être relevé, avec satisfaction, que la grande majorité des amendements formulés par la Commission a été accueillie favorablement par le Gouvernement. Il en est ainsi de la consécration d'un régime d'autorisation autonome et de la création d'une Commission ad hoc, intervenant dans le cadre de la mise en œuvre de la liste de pratiques fixée par arrêté ministériel.

En revanche, le Gouvernement a souligné l'importance qu'il attache à ce que ces pratiques se distinguent plus clairement des actes relevant de la médecine conventionnelle, en évitant toute connotation liée à la santé des personnes. Il a donc suggéré de supprimer, au sein de l'intitulé et de la définition de ces pratiques, les références aux notions de soins et de bien-être, en rappelant que ce dernier terme fait partie intégrante de la définition de la santé, telle que proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Prenant acte du souhait du Gouvernement de dissocier de manière plus explicite les champs d'intervention, les élus ont proposé l'appellation générique de « pratique non conventionnelle participant au mieux-être », laquelle a été acceptée par le Gouvernement. Cela a donc conduit à ajuster le dispositif en conséquence.

Les nouveaux amendements issus de ces échanges institutionnels, qui seront détaillés dans la partie technique du présent rapport, ont été adoptés par la Commission le 10 décembre dernier. A cette occasion, les élus se sont félicités d'avoir pu obtenir du Gouvernement un texte respectant l'esprit de la proposition de loi initiale, et ce malgré l'importante divergence de philosophie qui a pu exister entre nos deux Institutions.

Votre Rapporteur ne peut donc que se réjouir de l'aboutissement de ce texte, qui permet de doter la Principauté d'une réglementation spécifique et innovante en la matière, dans la droite ligne des Etats ayant engagé un processus de reconnaissance de ces pratiques.

Sous le bénéfice de ces observations d'ordre général, votre Rapporteur en vient désormais à l'exposé technique des remarques et amendements de la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses.



Dans un premier temps, et ainsi que cela a été explicité précédemment, la Commission a procédé à la modification de l'intitulé des pratiques visées, pour retenir l'expression de « pratique non conventionnelle participant au mieux-être », permettant ainsi de délimiter plus précisément le champ d'intervention de ces disciplines.

Cela a ainsi conduit à modifier l'intitulé de la future loi et à ajuster le dispositif en conséquence, notamment la définition prévue à l'article premier.

En outre, afin de distinguer plus clairement encore ces pratiques des actes de nature médicale ou paramédicale, la Commission a souhaité introduire, à l'article premier, la définition des professionnels de santé, laquelle était initialement prévue à l'article 6 (ancien) du projet de loi. En complément, les élus ont estimé opportun de lister les professions de santé présentes dans l'ensemble des dispositions législatives ou réglementaires monégasques, en visant toute personne exerçant la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de psychologue ou d'ostéopathe ou une profession de la

pharmacie ou d'auxiliaire médical. Cette énumération permet le renvoi à une typologie d'actes identifiés ou identifiables, évitant ainsi toute ambiguïté quant au champ d'intervention des pratiques non conventionnelles.

L'article premier du projet de loi a donc été modifié et l'article 6 (ancien) a été supprimé, afin de tenir compte de ces ajustements.



Au titre des modifications substantielles apportées par le Gouvernement dans le cadre de la transformation de la proposition de loi, la Commission s'est particulièrement intéressée, dans un deuxième temps, au régime juridique retenu par le projet de loi, à savoir l'application des dispositions de la loi n° 1.144 susmentionnée.

Ainsi que cela a été exposé dans la partie générale du rapport, la Commission a été amenée à modifier substantiellement le dispositif, afin de revenir à l'esprit de la proposition de loi initiale. Cela s'est traduit par la modification des règles générales régissant l'exercice de ces pratiques, la création d'un régime d'autorisation spécifique et l'ajustement des dispositions relatives aux sanctions administratives et pénales.

Votre Rapporteur rappellera, à cet égard, qu'hormis certaines précisions et des ajustements formels, les amendements de la Commission ont été acceptés par le Gouvernement.

Ainsi, en premier lieu, s'agissant des règles générales d'exercice prévues aux articles 2 et 3, il a été considéré que le fait de subordonner l'exercice d'une pratique à sa mention sur une liste préétablie, présentait un triple intérêt :

- le premier est d'ordre sécuritaire, puisque seules figureraient sur la liste les pratiques dont l'Etat se serait préalablement assuré qu'elles ne présentent pas, en soi et de manière générale, un risque pour les personnes qui y ont recours, tant en ce qui concerne leur santé, qu'en matière d'escroquerie, d'abus frauduleux ou de dérives sectaires ;
- le deuxième, davantage pratique, est lié à l'allègement de l'instruction des demandes d'autorisation, en ce que cette liste éviterait le recours systématique à la Commission consultative dans le cadre de l'instruction des demandes d'autorisation, tel que ce mécanisme était conçu dans la proposition de la loi initiale ;

- le troisième intérêt, plus symbolique, est de permettre une meilleure transparence de ces pratiques, dans une optique de reconnaissance.

Au regard de l'intérêt de cette liste, la Commission a souhaité s'assurer de son effectivité, ce qui a conduit à procéder à divers ajustements.

Sur la forme, outre le changement d'intitulé de ces pratiques, pour les raisons évoquées précédemment, il est proposé de préciser, à l'article 2, qu'il s'agit non pas d'une liste d'activités mettant en œuvre des pratiques, mais d'une liste de pratiques non conventionnelles participant au mieux-être. Cette terminologie est en effet apparue plus cohérente avec l'objectif poursuivi par les élus, visant à faire de l'exercice de ces pratiques une activité professionnelle à part entière, distincte d'une activité purement commerciale.

A titre de comparaison, on relèvera qu'il est fait mention, dans l'Arrêté Ministériel n° 2008-483 du 1^{er} septembre 2008 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, d'« *exercice de l'ostéopathie* », alors même que cette pratique pouvait être considérée, avant cette réglementation, comme une pratique non conventionnelle.

La Commission a également souhaité supprimer, dans ce même article 2, le membre de phrase faisant référence à l'objectif poursuivi par le Gouvernement, à savoir assurer la protection et la sécurité des utilisateurs, considérant que l'objectif de l'ensemble du texte est l'encadrement des pratiques non conventionnelles, lequel est justement destiné à assurer la protection des personnes.

Telles sont les modifications apportées à l'article 2 du projet de loi.

S'agissant de l'article 3, la Commission a procédé à cinq amendements.

Le premier a trait à l'introduction du rôle de la Commission consultative, nouvellement créée à l'article 4, au titre de l'établissement de la liste et de l'appréciation des critères objectifs mentionnés dans cet article. Il a été relevé que l'avis consultatif d'une Commission composée, entre autres, de professionnels de santé, était un gage d'objectivité et de sécurité supplémentaire, en ce qu'il permet de s'assurer que les pratiques concernées n'empiètent pas sur le domaine médical ou paramédical.

Le deuxième concerne les critères objectifs permettant d'établir ladite liste.

La Commission a, tout d'abord, souhaité supprimer le critère relatif à « *la crédibilité de la pratique au regard des données acquises de la science ou du risque de dérives sectaires* », considérant que la plupart des pratiques non conventionnelles n'a pas fait l'objet d'études scientifiques, ce qui conduirait, dès lors, à écarter la plupart des disciplines.

Elle a ensuite précisé, pour renforcer la protection et la sécurité des usagers, que ces critères tiennent compte du niveau de risque encouru pour la santé « *physique, psychique ou mentale* » des personnes.

Enfin, il est proposé d'ajouter, afin de valoriser les critères, l'existence éventuelle de diplômes, formations ou certifications afférentes à la pratique non conventionnelle.

Le troisième amendement concerne les conditions d'exercice fixées par arrêté ministériel. Les élus ont souhaité élargir le rôle de la Commission consultative dans le cadre de la détermination de ces conditions, aux côtés desquelles il est proposé d'ajouter la justification de qualifications.

Le quatrième amendement a pour but de tenir compte de la variété des disciplines existantes et d'anticiper les demandes afférentes à des pratiques non listées. Dans cette optique, il a été jugé nécessaire de prévoir une révision de la liste, à laquelle participerait également la Commission, en ce qu'elle émettrait un avis sur sa réactualisation. Aux termes des échanges avec le Gouvernement, il a néanmoins été décidé, afin d'éviter de saisir automatiquement la Commission lorsqu'une révision ne s'avère pas nécessaire, de prévoir un réexamen annuel et, en fonction de celui-ci, une révision de la liste par arrêté ministériel, après avis de ladite Commission.

Enfin, s'agissant du cinquième amendement, le Gouvernement a fait part de son souhait d'encadrer, par arrêté ministériel, les règles relatives à la publicité des pratiques, dans le but de prévenir les annonces trompeuses ou déloyales. Cette suggestion s'inscrivant dans une démarche de protection accrue des usagers, tout en étant cohérente avec les obligations professionnelles auxquels sont astreints les praticiens, la Commission a introduit un quatrième alinéa en ce sens.

L'article 3 a donc été modifié en conséquence.

Dans le prolongement de ces amendements, un nouvel article 4 a été introduit, à l'effet de déterminer la composition et les missions de la Commission consultative.

S'agissant de la composition de cette entité, les élus ont souhaité, dans un premier temps, reprendre celle prévue initialement dans la proposition de loi, en y ajoutant une personne, choisie par le Ministre d'Etat, mettant en œuvre une pratique non conventionnelle.

Le Gouvernement a toutefois suggéré, dans un souci d'efficacité, quatre principales modifications.

La première concerne la composition à proprement parler de la Commission consultative. Il a ainsi été suggéré de prévoir, en remplacement des Conseillers de Gouvernement-Ministres, les Directeurs de l'Expansion Economique et de l'Action Sanitaire. De même, il a été proposé d'intégrer au sein de cette entité, non plus une, mais deux personnes intervenant dans le domaine des pratiques non conventionnelles, lesquelles seraient choisies par le Ministre d'Etat en raison de leurs qualifications.

La deuxième consiste à prévoir la désignation, par le Ministre d'Etat, du Président de la Commission, qui serait choisi parmi ses membres.

Quant à la troisième modification, il a été suggéré d'inscrire, dans la loi, que les membres de la Commission et son Président sont nommés par arrêté ministériel pour une durée de trois ans.

Enfin, la quatrième modification renvoie à un arrêté ministériel, en lieu et place d'une ordonnance souveraine, le soin de définir les règles de fonctionnement de la Commission.

Convaincus par la pertinence de ces ajustements, les élus ont modifié la rédaction de cet article en conséquence.

En ce qui concerne les missions attribuées à cette entité, outre son rôle dans les cas prévus à l'article 3, au titre de l'établissement et de la révision de la liste de pratiques, les élus ont souhaité prévoir l'intervention de la Commission consultative dans le cadre de l'instruction des demandes d'autorisation, lorsque le candidat est tenu de justifier des qualifications mentionnées à l'article 3. L'objectif est ici de tenir compte de la diversité des formations existantes et d'apprécier si les justificatifs produits par le candidat répondent aux exigences requises, en termes de sécurité des personnes.

Tel est l'objet de l'article 4 nouvellement introduit. Sur la forme, cette insertion a conduit à renuméroter les articles subséquents.

En deuxième lieu, la Commission a souhaité réglementer, de manière autonome, l'exercice des pratiques non conventionnelles participant au mieux-être, en encadrant strictement leurs conditions d'exercice, dans un souci de protection des personnes.

Aussi, les amendements projetés ont conduit la Commission à modifier la structure du projet de loi et à adapter l'ensemble du dispositif en conséquence. Cela s'est traduit par :

- l'insertion, au sein du chapitre I relatif aux dispositions générales, des nouveaux articles 5 à 9 et de l'article 11, consacrant un régime d'autorisation autonome et les conditions et règles d'exercice y afférent ;
- la suppression du chapitre II, qui prévoyait des dispositions particulières pour les non professionnels de santé, lesquels seraient désormais soumis au régime général prévu à l'article 5 ;
- la modification des dispositions applicables aux seuls professionnels de santé, figurant désormais au sein du nouveau chapitre II ;
- et l'adaptation des dispositions relatives aux sanctions administratives et pénales, conduisant à créer un nouveau chapitre III et à modifier le chapitre IV.

Ainsi, en premier lieu, s'agissant du régime d'autorisation, les nouveaux articles 5 et 6 ont vocation à reconnaître pleinement les pratiques non conventionnelles participant au mieux-être en tant qu'activités professionnelles, distinctes d'une activité commerciale, répondant ainsi aux attentes formulées par les praticiens rencontrés lors de l'élaboration de la proposition de loi.

Sans entrer dans les détails, on notera que l'article 5 subordonne l'exercice à titre indépendant d'une pratique non conventionnelle figurant sur la liste mentionnée à l'article 2, à l'obtention d'une autorisation délivrée par décision du Ministre d'Etat. Il convient de préciser que l'exigence d'une telle autorisation s'appliquera à toute personne souhaitant exercer à titre indépendant, qu'elle soit un professionnel de santé ou non.

Votre Rapporteur soulignera que le terme « indépendant » a été préféré à celui de « libéral », dans un souci de cohérence avec l'application du régime de cotisation des travailleurs indépendants. Elle ajoutera également qu'il a été décidé, d'un commun accord avec le Gouvernement, d'introduire un alinéa supplémentaire, afin de préciser que l'exercice d'une

pratique non conventionnelle à titre salarié n'est pas permis, hormis le cas des professionnels de santé exerçant exclusivement au sein d'un établissement de santé.

L'article 6 prévoit, quant à lui, les conditions de délivrance de l'autorisation d'exercer. Il s'agit, classiquement, des exigences de bonne moralité et de connaissance suffisante de la langue française, auxquelles s'ajouteraient les deux conditions particulières suivantes :

- la première est destinée à apprécier le respect des conditions et qualifications requises conformément au deuxième alinéa de l'article 3 ;
- la seconde a trait au critère de la nationalité monégasque, étant précisé qu'en fonction des besoins de la Principauté, l'autorisation d'exercice pourra être délivrée, par ordre de priorité, aux conjoints de personnes monégasques, aux résidents de la Principauté ou, à défaut, à des personnes résidant en dehors de la Principauté, à condition que ces dernières domicilient l'exercice de la pratique en Principauté.

S'agissant plus particulièrement des règles d'exercice, les membres de la Commission ont souhaité introduire, à l'instar de la proposition de loi initiale, des dispositions concernant les lieux d'exercice des pratiques non conventionnelles et la domiciliation de l'activité. Ces éléments figurent au sein d'un nouvel article 7, qui prévoit :

- d'une part, concernant l'installation des praticiens, la possibilité d'exercer, soit au domicile de l'usager, soit au sein d'un établissement de santé, sous réserve de l'autorisation du directeur de cet établissement, soit dans tout local dont l'usage est ou sera dédié à cet effet ;
- et d'autre part, la possibilité de domicilier l'activité dans un local à usage d'habitation, en respectant les conditions de domiciliation des activités professionnelles prévues, selon les cas, par la loi n° 1.490 du 23 juin 2020 relative à la domiciliation d'une activité professionnelle dans un local à usage d'habitation dont l'Etat est propriétaire ou par la loi n° 1.235 du 28 décembre 2000 relative aux conditions de location de certains locaux à usage d'habitation construits ou achevés avant le 1^{er} septembre 1947, modifiée. Lorsque le local à usage d'habitation relève du secteur libre d'habitation, il est précisé que le praticien peut également y domicilier son activité, sous réserve

de l'autorisation du propriétaire et de l'absence d'interdiction dans le règlement de copropriété.

Le nouvel article 8 du projet de loi prévoit, quant à lui, la possibilité de se prévaloir de la qualification retenue dans l'autorisation. Concrètement, celui-ci pourra, par exemple, utiliser l'intitulé de la pratique non conventionnelle figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 et pour laquelle il aura été autorisé, en respectant les règles de publicité définies par arrêté ministériel, tel que prévu à l'article 3.

Par ailleurs, l'article 9 nouvellement inséré rattache la pratique non conventionnelle aux activités professionnelles non salariées au sens de la loi n° 644 du 17 janvier 1958 sur la retraite des travailleurs indépendants, modifiée, et de la loi n° 1.048 du 28 juillet 1982 instituant un régime de prestations sociales en faveur des travailleurs indépendants, modifiée. En pratique, à l'exception des professionnels de santé exerçant au sein d'un établissement de santé dans le cadre du statut dont ils sont d'ores et déjà titulaires, les futurs praticiens devront cotiser à la Caisse d'Assurance Maladie, Accidents et Maternité des Travailleurs Indépendants (CAMTI) et à la Caisse Autonome des Retraites des Travailleurs Indépendants (CARTI).

Enfin, le risque de survenance d'un dommage ne pouvant être totalement écarté, le nouvel article 11 prévoit l'obligation, pour le praticien autorisé à exercer à titre indépendant, de souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle. On précisera qu'un exemplaire du contrat devra être transmis au Ministre d'Etat, non plus dans un délai d'un mois après la délivrance de l'autorisation, tel que cela était prévu initialement, mais concomitamment à la demande d'autorisation, comme souhaité par le Gouvernement. Cette obligation ne s'applique cependant pas au professionnel de santé exerçant dans un établissement de santé, puisque, dans ce cas, seul l'établissement sera tenu de souscrire cette assurance.

En deuxième lieu, la Commission a amendé les dispositions applicables aux professionnels de santé, désormais contenues au sein du nouveau chapitre II.

Rappelons, à ce sujet, que le projet de loi initial soumettait le praticien non professionnel de santé au régime de droit commun de déclaration et d'autorisation d'exercice issu de la loi n° 1.144 précitée, tandis qu'il prévoyait, pour le professionnel de santé mettant en œuvre une pratique dans le cadre de l'exercice de sa profession de santé :

- soit l'autorisation du directeur de l'établissement de santé ;
- soit, s'il n'exerce pas dans un établissement de santé, une déclaration d'intention auprès de l'Ordre professionnel dont il relève ou de l'association de représentation de la profession, ou à défaut, auprès de la Direction de l'Action Sanitaire.

Or, le texte amendé distingue désormais trois types d'exercice des pratiques non conventionnelles participant au mieux-être :

- l'exercice à titre indépendant, c'est-à-dire en ville, lequel sera soumis à une autorisation délivrée par le Ministre d'Etat, conformément au nouvel article 5, que le praticien soit un professionnel de santé ou non ;
- l'exercice à titre indépendant, non seulement en ville, mais également au sein d'un établissement de santé, ce qui supposera d'avoir obtenu l'autorisation du Ministre d'Etat et celle du directeur dudit établissement ;
- et l'exercice exclusif au sein d'un établissement de santé. Dans ce cas, le professionnel de santé devra obtenir l'autorisation du directeur de cet établissement et respecter les conditions prévues, le cas échéant, dans ladite autorisation.

Ce nouveau régime a ainsi conduit la Commission à supprimer les articles 6, 7, 9 et 14 du projet de loi et à amender l'article 12 (nouvelle numérotation) en conséquence.

Enfin, en troisième lieu, tirant les conséquences du nouveau régime juridique consacré à l'article 5, la Commission a introduit un nouveau chapitre III consacré aux sanctions administratives et a modifié le chapitre IV relatif aux sanctions pénales. Ces dispositions étant classiques et s'inspirant de dispositions législatives ou réglementaires encadrant l'exercice de certaines activités professionnelles, elles n'appellent pas de commentaires particuliers.

S'agissant toutefois de l'article 15 (nouveau), qui a trait aux droits de la défense dans le cadre de la procédure visant au prononcé d'une sanction administrative, votre Rapporteuse souhaite préciser que le Gouvernement a souhaité prévoir, en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes ou de danger pour la santé ou un risque pour l'hygiène publique, que l'autorisation peut être immédiatement suspendue à titre conservatoire, par décision du Ministre d'Etat, pour une durée ne pouvant excéder

trois mois, renouvelable une fois. Cette disposition étant destinée à faire cesser un danger immédiat et à renforcer la protection des usagers, la Commission a décidé d'introduire un alinéa en ce sens.

La Commission a donc inséré les nouveaux articles 14 et 15 et a amendé les articles 16 et 17 (nouvelle numérotation).



Dans un troisième et dernier temps, la Commission a amendé les dispositions transitoires prévues à l'article 19 (ancien article 15), figurant au sein du chapitre VI.

La Commission a souhaité, dans un souci de sécurité juridique, prévoir une entrée en vigueur différée des articles premier à 17, sans conditionner celle-ci à l'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel listant les pratiques. Ainsi, il est désormais inséré un délai d'un an après la publication de la loi au Journal de Monaco. Si la Commission avait initialement envisagé un délai de six mois, il a été décidé *in fine* de le porter à un an, afin de tenir compte du souhait du Gouvernement de disposer d'un temps supplémentaire pour édicter ledit arrêté ministériel et mettre en place l'ensemble des modalités prévues par la loi.

Par ailleurs, du fait de la consécration d'un nouveau régime d'autorisation, il est prévu un délai de mise en conformité avec la loi, également fixé à un an, qui s'appliquera à la fois aux personnes exerçant actuellement sur le fondement d'une déclaration ou d'une autorisation, conformément aux dispositions de la loi n° 1.144 précitée, et aux professionnels de santé exerçant au sein d'un établissement de santé.

Enfin, une disposition abrogative usuelle a été insérée.

Telles sont les modifications apportées à l'article 19 (nouveau) du projet de loi.



Sous le bénéfice de ces observations, votre Rapporteuse vous invite désormais à adopter le présent projet de loi, tel qu'amendé par la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses.

III. RÉPONSE DU GOUVERNEMENT PRINCIER

M. Didier GAMERDINGER.- *Conseiller de Gouvernement-Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.*

Monsieur le Président de la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses, Madame la Rapporteuse, Mesdames et Messieurs les Conseillers Nationaux.

Les pratiques non conventionnelles, alternatives et complémentaires se développent dans le monde. Leur recours constitue une attente de plus en plus souvent formulée par la population. Il y a là une réalité à prendre en compte. C'était le sens de votre proposition, que le Gouvernement partage.

Pour autant, un nombre conséquent de ces pratiques nécessite de faire la part entre celles qui sont sérieuses et celles qui le sont moins. En effet, la connaissance de ces différentes pratiques est encore incomplète et parfois insuffisante. Leurs apports et leurs limites doivent être évalués avec objectivité.

Vous l'aurez compris, donner un cadre légal aux pratiques non conventionnelles et à leur exercice est difficile mais, pour autant, préférable à une absence de règles.

Pour toutes ces raisons, il était important que les propositions d'amendements de la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses adressées au Gouvernement le 22 novembre dernier, puissent faire l'objet d'un examen approfondi qui ne pouvait être réalisable dans des délais très brefs. C'est pourquoi le Gouvernement a sollicité, lors de la séance publique législative précédente, son renvoi en commission.

Et ce renvoi s'est avéré être un bon choix puisqu'il a permis aux délégations du Gouvernement et du Conseil National de trouver une approche mutuellement acceptable et de parvenir à un texte équilibré et pertinent qui s'articule sur les grands points suivants, qui tiennent à cœur à nos deux Institutions :

- Premier point : les pratiques non conventionnelles participant au mieux-être existent et peuvent apporter un soulagement aux personnes qui souhaitent en bénéficier. Elles méritent donc d'être reconnues et mises en œuvre, et le présent projet de loi déposé par le Gouvernement en est un témoignage.

- Sur un sujet aussi sensible, le Gouvernement a souhaité agir avec sens des responsabilités, en menant une large concertation auprès des acteurs concernés – Direction de l'Action Sanitaire, établissements de santé, Instances ordinales et associatives, mais aussi les professionnels de santé consultés à titre individuel lorsque leur profession n'était pas représentée. Je les remercie pour leur précieux concours.

Tout en souhaitant la reconnaissance de ces pratiques, le Gouvernement a néanmoins écouté les remarques d'attention que ces professionnels de la santé ont fait valoir.

À l'occasion de ces consultations, il nous ont rappelé que les soins « conventionnels » s'appuient sur des traitements qui ont obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort, obtenu avec l'accord et l'expérience des professionnels de la discipline concernée.

Dans la très grande majorité des cas, les pratiques non conventionnelles n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques montrant leurs modalités d'action, leurs effets, leur efficacité, ainsi que leur innocuité.

En outre, l'enseignement de ces pratiques ne donne pas lieu à des diplômes nationaux, à l'exception de l'acupuncture. Bien que certaines formations fassent l'objet de diplômes d'université ou interuniversitaires, pour autant l'efficacité de la technique n'est parfois pas totalement prouvée. Certaines formations sont par ailleurs dispensées au sein d'organismes privés ne faisant pas l'objet de contrôle des institutions publiques qui, dans ce cas, ne sont pas en mesure de délivrer une reconnaissance nationale des diplômes décernés.

Il était donc important pour nos professionnels de santé que le texte examiné ce soir ne laisse pas la possibilité à certaines personnes d'alléguer être en capacité de soigner et ne détourne pas les patients des soins dispensés par des professionnels bien formés et conscients de leurs limites.

Il fallait donc que le Gouvernement entende ces préoccupations et veille à ne pas priver des personnes des soins médicaux requis par leur état de santé.

- Pour autant, il fallait également considérer objectivement que dans certains cas, une pratique non conventionnelle peut apporter à la personne qui en bénéficie un mieux-être physique ou psychique. En porter témoignage, c'est reconnaître un état de fait.

Au demeurant, des pratiques non conventionnelles sont déjà mises en œuvre à Monaco sous la direction de professionnels de santé, que ce soit au Centre Hospitalier Princesse Grace ou en ville, et donnent des résultats intéressants.

En tenir compte dans un texte législatif moderne est donc de bon sens et découle d'une approche pragmatique bienvenue.

C'est l'état d'esprit du texte qui vous est soumis.

- Un autre point important du texte, sur lequel il y a consensus, est la protection de la personne qui a recours à ces pratiques. Il peut en effet s'agir de personnes vulnérables à différents titres – fragiles émotionnellement, de par leur état de santé, leur âge ou encore leurs revenus. Compte tenu de leur situation, elles doivent recevoir une information complète sur l'utilité des pratiques proposées, mais également du tarif qui sera appliqué et du fait qu'elles ne peuvent se substituer à une prise en charge médicale ou paramédicale. Par conséquent, il était prudent que le texte prévoie des garanties suffisantes assurant toute la transparence nécessaire sur la nature et le coût des pratiques proposées.

Je terminerai en rappelant que notre vœu à tous, Gouvernement et Conseil National, est que ces pratiques puissent être réalisées dans les meilleures conditions possibles, à la satisfaction de tous. C'est ce à quoi, grâce à la discussion et à la convergence de nos idées, nous sommes parvenus.

Je remercie très sincèrement pour cela les personnes qui se sont impliquées dans l'aboutissement de ce texte dans des délais contraints : la Direction de l'Action Sanitaire, en particulier sa division juridique, la Direction des Affaires Juridiques, la Direction de l'Expansion Économique et, évidemment, la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses.

Je me réjouis de ce travail commun, de cette concertation extrêmement positive et de ce projet équilibré, pragmatique, intelligent et protecteur.

Le Gouvernement, suivant en cela votre Rapporteuse, vous invite par conséquent à vous y montrer favorables et à l'adopter ce soir.

Je vous remercie de votre attention.

LOI

Loi n° 1.516 du 23 décembre 2021 relative aux pratiques non conventionnelles participant au mieux-être.

ALBERT II

PAR LA GRÂCE DE DIEU

PRINCE SOUVERAIN DE MONACO

Avons sanctionné et sanctionnons la loi dont la teneur suit, que le Conseil National a adoptée dans sa séance du 15 décembre 2021.

ARTICLE PREMIER.

Au sens de la présente loi, on entend par :

- pratique non conventionnelle participant au mieux-être : toute pratique visant à participer au mieux-être de la personne sur laquelle elle est mise en œuvre, dont l'effet recherché est son confort physique ou psychique, sans pour autant que la preuve de son efficacité soit admise par la communauté scientifique ;
- professionnel de santé : toute personne qui exerce une activité professionnelle dans le secteur des soins de santé soumise à un statut législatif ou réglementaire particulier ou dont le titre est protégé, savoir toute personne exerçant la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de psychologue ou d'ostéopathe ou une profession de la pharmacie ou d'auxiliaire médical.

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 2.

L'exercice, à quelque titre que ce soit, d'une ou plusieurs pratiques non conventionnelles participant au mieux-être est subordonné à la mention de cette pratique sur une liste fixée par arrêté ministériel.

ART. 3.

La liste mentionnée à l'article 2 est établie, après avis de la Commission consultative prévue à l'article 4, sur le fondement de critères objectifs, tenant notamment compte du niveau de risque encouru pour la santé physique, psychique ou mentale des personnes et, le cas échéant, de l'existence de diplômes, formations ou certifications afférentes à la pratique non conventionnelle participant au mieux-être.

L'arrêté ministériel mentionné à l'article 2 peut subordonner l'exercice d'une pratique au respect de conditions ou à la justification de qualifications qu'il détermine, après avis de la Commission consultative.

La liste mentionnée à l'article 2 fait l'objet d'un examen annuel par le Ministre d'État et peut, en fonction de cet examen, être révisée par arrêté ministériel, après avis de la Commission consultative.

Un arrêté ministériel détermine les règles relatives à la publicité qu'est tenue de respecter toute personne autorisée à exercer une pratique non conventionnelle participant au mieux-être.

ART. 4.

Il est instauré une Commission consultative, composée comme suit :

- le Directeur de l'expansion économique ou son représentant ;
- le Directeur de l'action sanitaire ou son représentant ;
- le Président du Conseil de l'Ordre des médecins ou son représentant ;
- le Président du Conseil de l'Ordre des pharmaciens ou son représentant ;
- une personne choisie par le Ministre d'État parmi les membres d'entités considérées comme représentatives des intérêts des professionnels de santé qui ne disposent pas d'instance ordinale ;
- deux personnes choisies par le Ministre d'État en raison de leurs qualifications dans le domaine des pratiques non conventionnelles participant au mieux-être.

Le président de la Commission est choisi parmi ses membres par le Ministre d'État.

Les membres de la Commission et son président sont nommés par arrêté ministériel pour une durée de trois ans.

La Commission émet un avis dans les cas prévus à l'article 3 et lorsque, dans le cadre de l'instruction d'une demande d'autorisation, le pétitionnaire est tenu de justifier des qualifications mentionnées au chiffre 2 de l'article 6.

Les règles de fonctionnement de la Commission sont fixées par arrêté ministériel.

ART. 5.

L'exercice, à titre indépendant, d'une pratique non conventionnelle participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 est subordonné à l'obtention d'une autorisation délivrée par décision du Ministre d'État.

Sous réserve des dispositions de l'article 12, l'exercice, à titre salarié, d'une pratique non conventionnelle participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 n'est pas permis.

Lorsqu'une personne demande à être autorisée pour l'exercice de deux ou plusieurs pratiques non conventionnelles participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2, elle adresse autant de demandes d'autorisation que de pratiques dont l'exercice est sollicité.

L'autorisation est personnelle et incessible.

Les dispositions du présent article sont applicables à tout professionnel de santé autorisé, à quelque titre que ce soit, à exercer son art en Principauté, qui entend exercer, à titre indépendant, une ou plusieurs pratiques non conventionnelles participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2.

ART. 6.

L'autorisation d'exercer une pratique non conventionnelle participant au mieux-être prévue à l'article 5 ne peut être délivrée qu'à la personne physique qui remplit les conditions suivantes :

- 1) être de nationalité monégasque ;
- 2) justifier des conditions et qualifications requises conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 3 ;
- 3) jouir de ses droits civils et politiques et offrir toutes les garanties de moralité ;
- 4) faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.

Par dérogation aux dispositions du chiffre 1 du présent article, l'autorisation d'exercer peut également être délivrée, en fonction des besoins de la Principauté et par ordre de priorité, au conjoint d'une personne de nationalité monégasque, à une personne résidant en Principauté ou, le cas échéant, à une personne résidant en dehors de la Principauté mais domiciliant l'exercice de la pratique dans la Principauté.

ART. 7.

Les pratiques non conventionnelles participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 peuvent être exercées, dans le cadre de l'autorisation délivrée en application de l'article 5, dans un ou plusieurs des lieux suivants :

- au domicile de la personne sur laquelle la pratique est mise en œuvre ;
- dans un établissement de santé, public ou privé, sous réserve de l'autorisation de la personne qui assure la direction dudit établissement ;
- dans tout local dont l'usage est ou sera dédié à cet effet.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, la personne qui met en œuvre une pratique non conventionnelle participant au mieux-être peut domicilier son activité dans un local à usage d'habitation, en respectant les conditions de domiciliation des activités professionnelles prévues, selon les cas, par :

- la loi n° 1.490 du 23 juin 2020 relative à la domiciliation d'une activité professionnelle dans un local à usage d'habitation dont l'État est propriétaire ;
- la loi n° 1.235 du 28 décembre 2000 relative aux conditions de location de certains locaux à usage d'habitation construits ou achevés avant le 1^{er} septembre 1947, modifiée.

Lorsque le local à usage d'habitation relève du secteur libre d'habitation, elle peut également y domicilier son activité, sous réserve de l'autorisation du propriétaire et de l'absence d'interdiction dans le règlement de copropriété.

ART. 8.

La personne titulaire de l'autorisation prévue à l'article 5 peut se prévaloir uniquement de la qualification retenue dans ladite autorisation.

ART. 9.

Sous réserve des dispositions de l'article 12, la personne autorisée à exercer une pratique non conventionnelle participant au mieux-être est considérée comme exerçant une activité professionnelle non salariée au sens de la loi n° 644 du 17 janvier 1958 sur la retraite des travailleurs indépendants, modifiée, et de la loi n° 1.048 du 28 juillet 1982 instituant un régime de prestations sociales en faveur des travailleurs indépendants, modifiée.

ART. 10.

Toute personne exerçant une pratique non conventionnelle participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 l'exerce avec sérieux et diligence.

Elle informe, de manière loyale et claire, la personne sur laquelle elle va mettre en œuvre ladite pratique de la nature des prestations dispensées, de leur durée, du prix qui lui sera demandé et de l'absence de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Elle l'informe de la même manière que ces pratiques peuvent uniquement participer à son mieux-être et ne peuvent se substituer, même partiellement, à une prise en charge médicale ou paramédicale.

ART. 11.

Toute personne autorisée à exercer, à titre indépendant, une pratique non conventionnelle participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2, doit souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle. Elle transmet un exemplaire dudit contrat au Ministre d'État ou au directeur de l'établissement de santé concomitamment à sa demande d'autorisation.

Dans le cas prévu à l'article 12, le contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle est souscrit par l'établissement de santé.

CHAPITRE II DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ART. 12.

Lorsque le professionnel de santé exerce dans un établissement de santé, il ne peut mettre en œuvre sur un patient une pratique non conventionnelle participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2, sans l'autorisation préalable du directeur de cet établissement.

Dans ce cas, l'autorisation est délivrée dans les conditions prévues aux chiffres 2 à 4 de l'article 6.

Le cas échéant, le professionnel de santé met en œuvre la pratique non conventionnelle participant au mieux-être dans le respect des exigences fixées par cette autorisation.

ART. 13.

Nul professionnel de santé ne peut mettre en œuvre sur un patient une ou plusieurs pratiques non conventionnelles participant au mieux-être figurant sur la liste mentionnée à l'article 2 si elles sont susceptibles de nuire ou d'interférer avec la prise en charge dudit patient.

Tout professionnel de santé qui met en œuvre une de ces pratiques sans respecter les dispositions de l'article 10 ou celles du présent chapitre commet une faute susceptible d'entraîner les sanctions disciplinaires ou administratives propres à l'exercice de sa profession de santé.

CHAPITRE III SANCTIONS ADMINISTRATIVES

ART. 14.

L'autorisation mentionnée à l'article 5 peut être suspendue dans ses effets ou révoquée par l'autorité compétente :

1) si, dans l'exercice de la pratique non conventionnelle participant au mieux-être pour laquelle elle a été autorisée, la personne mettant en œuvre ladite pratique a méconnu les dispositions législatives ou réglementaires qui lui sont applicables ;

2) si la pratique non conventionnelle participant au mieux-être est mise en œuvre hors des limites de l'autorisation délivrée ;

3) si la personne mettant en œuvre la pratique non conventionnelle participant au mieux-être est restée, sans motif légitime, plus d'une année sans l'exercer ;

4) s'il appert que la personne mettant en œuvre la pratique non conventionnelle participant au mieux-être pour laquelle elle a été autorisée ne présente plus toutes les garanties de moralité.

ART. 15.

La suspension ou la révocation prononcée en application de l'article 14 ne peut l'être sans que le titulaire de l'autorisation ait été entendu en ses explications ou dûment appelé à les fournir.

Toutefois, en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes ou un danger pour la santé ou un risque pour l'hygiène publique, l'autorisation peut être immédiatement suspendue à titre conservatoire par décision du Ministre d'État pour une durée ne pouvant excéder trois mois, renouvelable une fois.

CHAPITRE IV SANCTIONS PÉNALES

ART. 16.

Est puni de l'amende prévue au chiffre 4 de l'article 26 du Code pénal, quiconque :

- exerce une pratique non conventionnelle participant au mieux-être qui ne figure pas sur la liste mentionnée à l'article 2 ;
- a admis, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit, l'exercice ou la domiciliation dans ses locaux d'une activité consistant à mettre en œuvre sur autrui une pratique non conventionnelle participant au mieux-être qui ne figure pas sur la liste mentionnée à l'article 2 ou qui a sciemment laissé cette activité s'y exercer ou y être domiciliée ;
- exerce une pratique non conventionnelle participant au mieux-être sans être titulaire de l'autorisation prévue à l'article 5 ou lorsque ladite autorisation a été révoquée ou suspendue en ses effets.

ART. 17.

Est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et de l'amende prévue au chiffre 3 de l'article 26 du Code pénal quiconque :

- indique qu'une pratique non conventionnelle participant au mieux-être, qu'elle figure ou non sur la liste mentionnée à l'article 2, est de nature à pouvoir se substituer, même partiellement, à une prise en charge médicale ou paramédicale et, du fait de cette indication, a sciemment conduit une personne, même partiellement, à renoncer à cette prise en charge ou à y mettre fin ;
- s'abstient d'informer une personne sur laquelle il va mettre en œuvre cette pratique que cette dernière peut uniquement participer à son mieux-être et ne peut se substituer, même partiellement, à une prise en charge médicale ou paramédicale et, du fait de cette abstention, a sciemment conduit cette personne, même partiellement, à renoncer à cette prise en charge ou à y mettre fin.

CHAPITRE V DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE PÉNAL

ART. 18.

L'article 335 du Code pénal devient l'article 278-1 dudit Code, situé dans une nouvelle section V bis intitulée « De l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse », et son premier alinéa est modifié comme suit :

« Est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et de l'amende prévue au chiffre 4 de l'article 26, dont le maximum est porté à 375.000 euros, l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables. ».

Est inséré après le premier alinéa de l'article 278-1 du Code pénal un nouvel alinéa rédigé comme suit :

« Lorsque cette infraction est commise par le dirigeant de fait ou de droit d'un groupement qui poursuit des activités ayant pour but ou pour effet de créer, de maintenir ou d'exploiter la sujétion psychologique ou physique des personnes qui participent à ces activités, les maximums des peines sont portés à cinq ans d'emprisonnement et à 750.000 euros d'amende. ».

CHAPITRE VI DISPOSITIONS FINALES

ART. 19.

Les dispositions des articles premier à 17 entrent en vigueur dans un délai d'un an à compter de leur publication au Journal de Monaco.

Toute personne qui, au jour de leur entrée en vigueur, exerce une pratique non conventionnelle participant au mieux-être au sens de l'article premier, sur le fondement d'une déclaration ou d'une autorisation, conformément aux dispositions de la loi n° 1.144 du 26 juillet 1991 concernant l'exercice de certaines activités économiques et juridiques, modifiée, dispose d'un délai d'un an pour se mettre en conformité avec les dispositions de la présente loi. À défaut, et à l'expiration du délai d'un an précité, la déclaration dont elle bénéficiait est privée d'effets ou l'autorisation dont elle était titulaire, afin d'exercer lesdites pratiques non conventionnelles participant au mieux-être, est révoquée.

Les professionnels de santé qui, au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi, exercent une pratique non conventionnelle participant au mieux-être, disposent d'un délai d'un an pour se mettre en conformité avec les dispositions de la présente loi. À défaut, ils ne peuvent poursuivre l'exercice de cette pratique.

Toutes dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

La présente loi est promulguée et sera exécutée comme loi de l'État.

Fait en Notre Palais à Monaco, le vingt-trois décembre deux mille vingt-et-un.

ALBERT.

*Par le Prince,
Le Secrétaire d'État :*
J. BOISSON.



imprimé sur papier recyclé

IMPRIMERIE GRAPHIC SERVICE
GS COMMUNICATION S.A.M. MONACO

