

RAPPORT D'INFORMATION FLASH

OPIOÏDES EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX, RISQUES ÉMERGENTS ET STRATÉGIES DE PRÉVENTION

L'usage des antalgiques opioïdes pour le soulagement de la douleur s'accompagne de risques de mésusages importants, en nette augmentation ces dernières années.

Dans un contexte marqué par la crise américaine des opioïdes, les rapporteuses ont formulé vingt recommandations visant à renforcer la politique de prise en charge de la douleur et de gestion des conduites addictives. La commission les a adoptées.



1. MALGRÉ UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE, L'IMPROBABLE SCÉNARIO D'UNE CRISE À L'AMÉRICAINE

A. LA CRISE AMÉRICAINE DES OPIOÏDES : D'UNE SURPRESCRIPTION GÉNÉRALISÉE À UNE HÉCATOMBE

Depuis 25 ans, les États-Unis ont été touchés par plus de **800 000 décès liés à des surdoses d'opioïdes**¹. Cette crise, qui frappe toute l'Amérique du Nord, a connu son **apogée en 2022**, avec près de **120 000 morts sur le sous-continent**.

1. D'une libéralisation de la prescription d'opioïdes encouragée par des politiques commerciales agressives à une vague de pharmacodépendance

Dans un contexte marqué par une **demande sociale accrue de prise en charge de la douleur**, les prescriptions d'opioïdes se sont **libéralisées** aux États-Unis dans les années 1990. En cause, des **stratégies commerciales agressives** des laboratoires pharmaceutiques, qui ont stimulé l'offre par une politique de **lobbying auprès des médecins**, et encouragé la demande par la **promotion de certains médicaments** comme l'OxyContin auprès du grand public, en **occultant** bien souvent les **risques de dépendance** consubstantiels à cette classe thérapeutique.

Malgré les risques, la prescription d'opioïdes s'est alors généralisée, voire **banalisée**. Ainsi, en 2014, **99 % des médecins** américains prescrivaient des opioïdes **au-delà des durées recommandées**. Des **centaines de milliers d'Américains** ont donc développé une **dépendance aux opioïdes**.

2. Un resserrement brutal des conditions de prescription et le déport vers le marché noir

Prenant conscience de la **crise sanitaire émergente**, les pouvoirs publics ont **brutalement resserré** les conditions de prescription de ces médicaments, causant un **effondrement de 45 %** de la délivrance d'opioïdes prescrits entre 2011 et 2019. **Privés de médicaments sur ordonnance**, de nombreux patients dépendants se sont déportés vers le **marché de rue**, alors dominé par l'**héroïne**. La consommation d'opioïdes et la qualité des substances consommées sont alors devenues **incontrôlables pour les pouvoirs publics** : le nombre de **surdoses mortelles** liées à l'héroïne **s'est envolé**.

¹ Les opioïdes sont une classe de substances naturelles, semi-synthétiques ou synthétiques dérivées du pavot à opium aux propriétés antalgiques et psychotropes, comprenant des médicaments comme le tramadol et des produits stupéfiants comme l'héroïne.

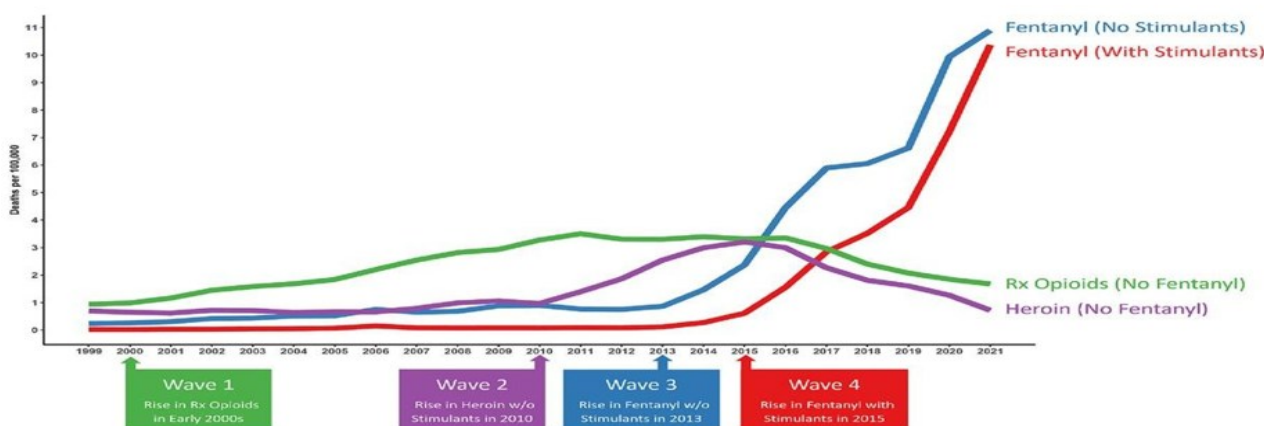
3. La multiplication des surdoses mortelles, liée à l'arrivée de substances plus puissantes et plus difficiles à doser, les fentanylloïdes, désormais associés à des psychostimulants

À partir de 2015, l'héroïne a progressivement été **supplantée** par l'arrivée sur le marché noir des **fentanylloïdes**, des opioïdes de synthèse peu coûteux, mais **50 fois plus puissants**.

La **puissance des fentanylloïdes** et l'**hétérogénéité de leur composition** en fonction des **fournisseurs** les rendent **très difficiles à doser**, ce qui cause une **augmentation exponentielle des surdoses** liées à ces produits. L'**association des fentanylloïdes avec des psychostimulants**, observée depuis le début des années 2020, accroît encore le risque de surdose. En quelques années, le fentanyl est ainsi devenu la **première cause de mortalité** des 18/49 ans aux États-Unis. En 2023, quelque **75 000 surdoses mortelles** ont été attribuées aux fentanylloïdes aux États-Unis, soit près des trois quarts du nombre total d'overdoses.

Une **baisse de 20 % des surdoses est attendue en 2024**, grâce à un meilleur accès aux traitements de substitution, à la généralisation de l'emploi de la naloxone, et au **renforcement de l'encadrement des prescriptions**.

Les quatre vagues de la crise américaine des opioïdes



Source : Friedman et al., *Addiction*, 2023

B. EN FRANCE, UNE PROGRESSION PRÉOCCUPANTE DES MÉSUSAGES ET DES SURDOSES PROVOQUÉE PAR UNE SOUS-ESTIMATION DES RISQUES PAR LES PATIENTS ET PAR LES PROFESSIONNELS

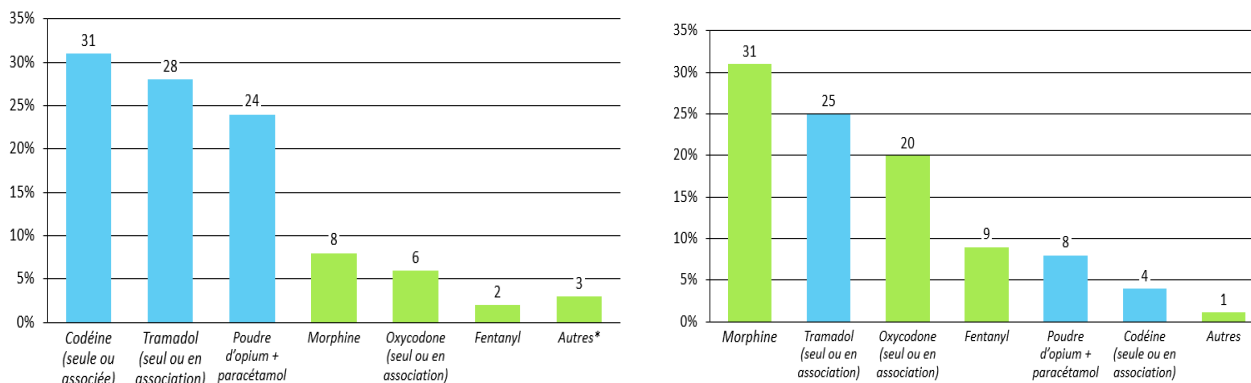
1. Une évolution préoccupante de la consommation, des mésusages et des surdoses

La France connaît, depuis plusieurs années, une **évolution notable de la consommation d'opioïdes**, et des **mésusages** et surdoses associés. Si l'ampleur de ce phénomène demeure **incomparable avec la surconsommation incontrôlée** observée aux États-Unis dans les années 2000, un certain nombre de **signaux préoccupants** doit inciter les pouvoirs publics à prendre toute la mesure d'un **risque de banalisation des usages des médicaments opioïdes**.

- En 2024, près de **12 millions de Français** se sont vu prescrire des antalgiques opioïdes. Si les antalgiques non opioïdes restent majoritaires, les opioïdes représentent aujourd'hui **22 % de la consommation d'antalgiques en France**, concentrés sur les **opioïdes de palier 2** comme le tramadol ou la codéine (20 %). La part des **opioïdes forts** (oxycodone, morphine) reste **modeste** (2 %), mais progresse rapidement au détriment des opioïdes faibles, démontrant **une tendance à l'escalade thérapeutique**, mais aussi une incidence accrue des douleurs chroniques. Les ventes d'opioïdes forts, présentant des risques accrus, ont ainsi **progressé de 59 %** depuis 2010.
- Les **mésusages**, des consommations à visée thérapeutique non ou mal encadrées médicalement, s'accroissent également. Depuis 2017, les **signalements relatifs au mésusage du tramadol ont doublé**. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), ce sont désormais 29 % des usagers de codéine et 39 % des usagers de tramadol qui présentent des pratiques de mésusage.

- Les **cas les plus graves** suivent également une dynamique préoccupante. Entre 2006 et 2015, les cas de **troubles liés à l'usage d'opioïdes ont plus que doublé**, l'oxycodone présentant une trajectoire particulièrement inquiétante. Le nombre de **patients dépendants** a également de quoi alerter : **47 % des usagers de tramadol éprouveraient des difficultés à arrêter leur traitement**. Enfin, le **nombre de décès** liés à l'usage d'opioïdes prescrits, hors usagers à risques, **s'est accru de 20 % entre 2018 et 2022**.

Antalgiques opioïdes les plus vendus en officine (à gauche) et en établissements (à droite) en 2023



Source : Commission des affaires sociales, d'après les données de l'ANSM

2. Une progression des mésusages portée par une sous-estimation des risques par les patients comme par les professionnels de santé

Face à la **volonté légitime de soulager la douleur**, l'usage d'opioïdes est en quelque sorte devenu un **réflexe**, tant pour les **patients** qui les réclament que pour les **professionnels** qui les prescrivent.

- Les **recommandations de bon usage** des opioïdes, qui n'ont certes été publiées par la HAS qu'en 2022, sont **insuffisamment observées dans les prescriptions des professionnels**, peu formés et sensibilisés à la question. Selon une étude, **plus de 80 % des prescriptions de codéine concernent des indications pour lesquelles le recours aux opioïdes n'est pas recommandé en première intention**, telles que la lombalgie ou les douleurs dentaires, voire formellement déconseillé, par exemple pour les céphalées.

De plus, le **manque de coordination** entre prescripteurs de ville, hospitaliers et pharmaciens, conduit à une **prise en charge en silo**, contraire à l'approche holistique qui devrait prévaloir. Cela conduit à des **prescriptions inadaptées ou à une prolongation non justifiée des traitements**.

- Du côté des patients, l'**automédication et le partage de traitements**, pratiques largement banalisées associées à des **surdosages et au développement incontrôlé d'une pharmacodépendance**, sont en cause.

Les patients, **ignorant trop souvent les risques voire la nature de leur traitement opioïde**, sont, de ce fait, placés dans un rôle de **consommateur passif** et ne peuvent être **acteurs du bon usage**. L'**information des patients**, érigée en droit par la loi Kouchner et constitutive d'une obligation déontologique pour les professionnels, demeure **insuffisante** : un praticien sur cinq admet ne pas fournir d'information systématique sur les risques liés aux opioïdes.

C. L'IMPROBABLE SCÉNARIO D'UNE CRISE À L'AMÉRICAINE EN FRANCE

1. Un encadrement globalement sécurisé de la promotion et de la prescription d'opioïdes, et un suivi rigoureux de l'addictovigilance

Afin d'éviter l'importation de la crise américaine, la France dispose d'**atouts** sur lesquels compter.

- Contrairement aux États-Unis, la **promotion des médicaments y est strictement encadrée** : les **publicités auprès du grand public sont interdites pour les opioïdes**, et celles visant les **professionnels de santé** sont soumises à un **visa de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)**. Cet encadrement pourrait utilement être complété par l'**élaboration de recommandations spécifiques pour les supports promotionnels**.

- En réaction à la trajectoire préoccupante des mésusages, les autorités sanitaires ont également **resserré les conditions de prescription. Tous les opioïdes sont soumis à prescription médicale obligatoire depuis 2017**. De plus, à quelques exceptions près, les opioïdes font désormais l'objet d'un **plafonnement de leur durée de prescription**, fixée au plus à **quatre semaines pour les médicaments stupéfiants**, et à **douze semaines pour le tramadol** depuis 2020 et pour la **codéine** depuis le 1^{er} mars dernier.
- Afin de **lutter contre les falsifications d'ordonnances**, qui touchent tout particulièrement les opioïdes, **les opioïdes classés comme stupéfiants** et, depuis le 1^{er} mars dernier, **le tramadol et la codéine** doivent être prescrits par une **ordonnance numérique** ou, à défaut, une **ordonnance sécurisée**.

Fausse prescriptions d'opioïdes confirmées signalées à la Cnam

Rang	Médicament	Nombre d'ordonnances
4	TRAMADOL	781
6	CODEINE (SIROP)	500
17	BUPRENORPHINE	174
38	METHADONE	73
64	FENTANYL	37
72	DICODIN	31
82	OXYCODONE	25
110	MORPHINE	18

Source : Cnam

- Les partenaires conventionnels se sont également saisis de la question : la dernière convention médicale fixe un **objectif de diminution de 10 % du volume d'opioïdes de palier 2** prescrits en ville, et la Cnam mène des **contrôles renforcés sur les médecins réalisant des prescriptions atypiques**.
- Enfin, la France peut compter sur des **réseaux d'addictovigilance et de pharmacovigilance performants**, qui recensent et quantifient les **usages non conformes** afin d'alerter précocement les autorités sanitaires de toute évolution préoccupante. Les rapporteuses préconisent de **consolider ces acquis en réévaluant les moyens** accordés aux centres d'addictovigilance, particulièrement **peu pourvus** au regard de leurs missions, et en accentuant les **efforts de testing** afin de mieux connaître les substances sur le marché, et leurs **risques pour la santé**.

2. Des fragilités et des signaux préoccupants à ne pas négliger

Il convient toutefois de **ne pas négliger** certains champs qui apparaissent aujourd'hui comme des **angles morts de la régulation** de la consommation d'opioïdes.

- Le **conditionnement des médicaments opioïdes** est parfois **inadapté aux posologies recommandées**, ce qui conduit les patients à accumuler des boîtes d'antalgiques non terminées dans leur armoire à pharmacie. Cela **renforce** naturellement **les risques d'automédication**. Sur le modèle du travail conduit pour la **réduction de la taille des boîtes de tramadol**, il doit être envisagé de **revoir le conditionnement de certaines spécialités comme le Dafalgan codéiné**.
- Par ailleurs, bien que **l'étiquetage des opioïdes constitue un vecteur d'information essentiel pour le patient**, celui-ci ne fait aujourd'hui **pas figurer de mentions d'alerte** relatives au **risque de pharmacodépendance** encouru. Sur le modèle des États-Unis ou de l'Australie, une **telle évolution est en bonne voie pour le tramadol ou la codéine**, mais elle doit être **étendue à l'ensemble des opioïdes de palier 2** comme de palier 3.
- Enfin, face à la diminution brutale de la production d'héroïne par l'Afghanistan, **de nouveaux opioïdes de synthèse comme les nitazènes ou les fentanylloïdes, plus puissants et plus dangereux, arrivent en France sur le marché noir**. Il convient d'accorder une attention toute particulière à la pénétration de ces produits en France, **encore embryonnaire mais déjà bien présente chez certains de nos voisins européens**.

2. LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DOIT DÉFINIR UN PLAN D'ACTION POUR LUTTER CONTRE LA DOULEUR ET LES CONDUITES ADDICTIVES

A. RÉINVESTIR DANS UNE POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

1. Un objectif relégué au second plan conduisant à des carences persistantes

- **Trois plans nationaux de lutte contre la douleur ont été successivement portés par le Gouvernement entre 1998 et 2010** (1998-2000, 2002-2005, 2006-2010). Ces plans ont permis de simplifier les conditions de prescription des principaux antalgiques, et favorisé la structuration de la prise en charge de la douleur au sein des établissements de santé et en ville.

Ainsi, les structures spécialisées douleur chronique (SDC), au nombre de 274 en 2023, constituent selon la HAS « *un maillon essentiel de la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques les plus complexes et les plus réfractaires, et/ou nécessitant des soins spécifiques* ».

- **Néanmoins, malgré les recommandations du Haut Conseil de la santé publique, le 4^e plan national de lutte contre la douleur n'a pas vu le jour.** La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a certes inscrit la douleur parmi les objectifs auxquels concourt la politique de santé publique, mais celle-ci n'apparaît plus comme une priorité.

On estime entre 20 % et 30 % la part des Français souffrant de douleurs chroniques. Parmi eux, seuls 37 % se déclarent satisfaits de leur prise en charge.

Or, la douleur constitue la première cause de consultation en médecine générale et dans les services d'urgences. Lorsqu'elle se chronicise, elle induit des répercussions psycho-sociales pour 70 % des patients et altère la qualité de vie de 50 % d'entre eux.

- **Il en résulte des carences persistantes, notamment en matière d'offre de soins.** D'une part, les SDC pâtiennent d'une faible accessibilité liée aux délais de prise en charge et d'une inégale répartition sur le territoire : seuls 3% des patients douloureux chroniques y ont donc accès. D'autre part, l'insuffisante coordination des parcours de soins engendre des ruptures de parcours ou des chevauchements de prescriptions, qui favorisent les mésusages.



des patients douloureux chroniques ont accès à une SDC

2. Une nécessité : dessiner les contours d'un nouveau plan national de lutte contre la douleur

Ces constats plaident en faveur d'une nouvelle feuille de route dédiée au traitement de la douleur.

- **En premier lieu, la situation des SDC doit être consolidée.** La saturation de ces structures ne permet ni que les files actives soient prises en charge dans des délais conformes aux recommandations internationales, ni que les patients bénéficient d'un traitement adapté. La situation financière des SDC doit également être sécurisée, le manque de moyens financiers et humains menaçant la pérennité de certaines structures.
- **En deuxième lieu, une meilleure coordination de tous les acteurs de l'offre de soins est indispensable.** À cet égard, les dispositifs incitatifs à l'utilisation du dossier médical partagé doivent être soutenus, pour éviter les prescriptions redondantes et limiter les prolongations injustifiées de traitements.
- **Ces priorités justifient que soit formalisé un nouveau plan national de lutte contre la douleur,** pour apporter à la problématique des mésusages d'opioïdes des réponses globales en matière d'offre de soins, de la prévention à la prise en charge.

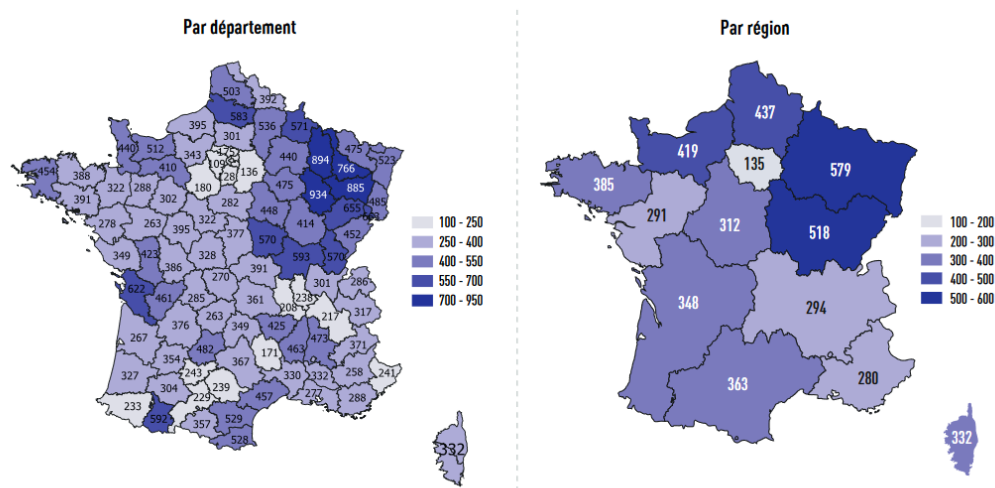
B. RENFORCER LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MATIÈRE D'ADDICTIONS

1. Poursuivre les efforts pour améliorer l'accès aux traitements par agonistes opioïdes

- La France est l'un des pays européens dans lesquels l'accès des usagers aux traitements par agonistes opioïdes (TAO) est le plus élevé.

L'organisation de l'offre souffre néanmoins de disparités territoriales importantes. L'accès aux TAO est ainsi plus limité en Île-de-France et dans les territoires ultra-marins.

Nombre de bénéficiaires de TAO en ville pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans (2023)



Source : OFDT

Ces inégalités s'expliquent en partie par l'engorgement des structures d'addictologie, ainsi que par un défaut d'accompagnement des médecins généralistes, lesquels peuvent refuser d'initier ou de renouveler des prescriptions de TAO.

Face à ce constat, et compte tenu des limites de durée de prescription des TAO (14 à 28 jours), la situation des patients dépendants devrait être sécurisée pour éviter les ruptures de traitements. La dispensation en ville de la buprénorphine à libération prolongée et une réflexion sur l'opportunité d'élargir l'offre de TAO au sulfate de morphine, pourraient constituer des réponses utiles.

- En revanche, malgré les recommandations de la HAS, l'accès à la naloxone demeure très insuffisant. Son administration permettrait pourtant d'empêcher 4 décès sur 5 par overdose.

Antidote aux surdoses d'opioïdes, la naloxone permet de prévenir l'effet de dépression respiratoire pouvant causer le décès. Actuellement, l'hétérogénéité des conditions de son remboursement et des modalités de sa délivrance nuit à sa disponibilité.

Dès 2022, la HAS a recommandé aux pouvoirs publics d'améliorer la diffusion de la naloxone grâce à « un accès facilité et anonymisé sans prescription ni avance de frais en pharmacie d'officine de toutes les formes de naloxone ».

Seuls les médicaments à base de naloxone délivrés sur prescription médicale sont, en tout ou partie, remboursés par l'assurance maladie, et l'exigence de prescription médicale pour la délivrance de certaines spécialités constitue un obstacle de plus à son accessibilité. **Selon les rapporteuses, il est grand temps de donner une portée concrète à la recommandation de la HAS (cf. supra).**

2. Élargir la politique de réduction des risques et favoriser la responsabilisation des usagers

- Plusieurs experts mettent en avant le risque que comporterait une restriction non accompagnée des prescriptions d'opioïdes pour les usagers, incités à se reporter vers des modes d'approvisionnement illégaux.

De ce point de vue, les conséquences du passage à l'ordonnance sécurisée pour le tramadol et la codéine devront être évaluées. Toute régulation de l'accès aux médicaments opioïdes doit être pensée dans le cadre d'une politique globale de réduction des risques, incluant un accès aux TAO.

- Dans ce contexte, il est nécessaire de **renforcer la politique de réduction des risques (RdR) et de l'élargir au-delà des publics ciblés par les politiques « d'aller vers » pour viser l'ensemble des usagers d'opioïdes.**

Alors que la RdR demeure **une politique globalement confidentielle**, une promotion en population générale permettrait de déstigmatiser les usagers d'opioïdes et de **saisir la diversité des profils concernés** par les mésusages.

L'éducation thérapeutique constitue également un levier opportun pour rendre les patients acteurs de leur prise en charge. Les professionnels de la douleur appellent à ce qu'elle soit renforcée.

Enfin, le déploiement de programmes ciblant les usagers les plus à risque, à l'image du programme POP « Prévention et réduction des risques des surdoses liées aux opioïdes en région PACA » doit demeurer une priorité. L'expérimentation des haltes soins addictions (HSA) s'inscrit dans ce cadre.

C. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

1. Améliorer la formation des professionnels de la santé en matière de prise en charge de la douleur et des conduites addictives

La formation des professionnels de santé en matière de prise en charge de la douleur et des conduites addictives est indiscutablement lacunaire.

- S'agissant de la formation initiale, ni l'algologie ni l'addictologie ne sont reconnues comme des spécialités médicales constituées en diplômes d'études spécialisées (DES).

S'il existe des formations spécialisées transversales (FST) optionnelles sur la douleur et l'addictologie, la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) indique que la réforme du troisième cycle des études médicales aurait conduit à une diminution de moitié du temps de formation consacré à la douleur.

Ces carences dans la formation étant partagées notamment par les médecins, les pharmaciens et les infirmiers, les rapporteuses préconisent d'inscrire **un module renforcé sur la prise en charge de la douleur et des addictions dans les études des professionnels de santé concernés.**

- Le développement de programmes de formation continue, aisément accessibles aux professionnels en exercice, apparaît également nécessaire, *a fortiori* dans l'optique de la préconisation de la SFETD d'intégrer le dépistage de la douleur aux consultations de prévention aux âges clés de la vie (« Mon bilan prévention »).

2. Soutenir et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

- **Le médecin généraliste est l'acteur central de la prise en charge de la douleur chronique**, prescripteur de 86,3 % des opioïdes faibles et de 88,7% des opioïdes forts.

Or la recherche du « zéro douleur », qui favorise les prescriptions inadaptées et les dérives vers les situations d'accoutumance, ne doit pas constituer un objectif thérapeutique en soi.

Les médecins généralistes, peu sensibilisés aux conditions de prescription des opioïdes et au repérage des conduites addictives, sont confrontés à une escalade thérapeutique qu'ils ne savent plus gérer. Or, la HAS comme la SFETD soulignent la nécessité d'accompagner toute prescription d'opioïde d'un projet de déprescription.

- **L'évolution des pratiques professionnelles doit donc être soutenue :**

- en renforçant l'implication des ordres professionnels (Cnom, Cnop) et de la HAS dans la diffusion des référentiels de bonnes pratiques sur la prescription des opioïdes ;
- en repositionnant les médicaments opioïdes dans une prise en charge multimodale associant des antalgiques non opioïdes et/ou des approches non médicamenteuses.

Liste des principales recommandations

I. Renforcer l'information et faciliter l'orientation des patients pour lutter contre le risque de dépendance et les mésusages

Recommandation n° 1 : Insister sur la nécessité de l'information du prescripteur au patient sur les risques associés aux médicaments opioïdes.

Recommandation n° 3 : Faire apparaître une mention du risque de dépendance sur les boîtes de médicaments opioïdes, y compris de palier 2.

Recommandation n° 5 : Augmenter le nombre de structures spécialisées de prise en charge des douleurs chroniques (consultations douleur et centres d'évaluation et de traitement de la douleur) pour améliorer la couverture territoriale des besoins et formaliser un 4^e plan national de lutte contre la douleur.

II. Mieux sensibiliser les professionnels de santé aux risques liés aux opioïdes et poursuivre l'encadrement des prescriptions

Recommandation n° 8 : Évaluer l'impact de l'obligation de recourir à des ordonnances sécurisées pour le tramadol et la codéine et, le cas échéant, envisager de soumettre l'ensemble des opioïdes à une obligation d'ordonnance sécurisée.

Recommandation n° 11 : Intégrer un module obligatoire renforcé sur la lutte contre la douleur et les addictions dans les formations initiales des professionnels de santé concernés.

Recommandation n° 14 : Intégrer une stratégie de déprescription progressive dans le parcours de soins et favoriser le recours à des alternatives non médicamenteuses ou à des médicaments non opioïdes pour le traitement de la douleur.

III. Approfondir et compléter la politique de réduction des risques

Recommandation n° 16 : Faciliter l'accès à toutes les formes de naloxone sans prescription en pharmacie d'officine et systématiser la délivrance de naloxone en cas de prescription d'opioïdes de palier 3, de traitement par agonistes opioïdes et en sortie d'hospitalisation en cas de traitement opioïde.

Recommandation n° 18 : Améliorer la disponibilité des traitements par agonistes opioïdes, notamment de la buprénorphine à libération prolongée.

Recommandation n° 20 : Consolider le réseau national d'addictovigilance en renforçant les moyens humains à la disposition des CEIP-A et développer des dispositifs d'analyse des drogues permettant d'évaluer précocement les évolutions des produits et leurs conséquences sur la santé humaine.

Réunie le mercredi 9 juillet 2025 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a adopté le rapport et les 20 recommandations des rapporteures, et en a autorisé la publication sous forme d'un rapport d'information.



Philippe Mouiller
Sénateur (LR)
des Deux-Sèvres
Président



Patricia Demas
Sénatrice (LR)
des Alpes-Maritimes
Rapporteure



Anne-Sophie Romagny
Sénatrice (UC)
de la Marne
Rapporteure



Anne Souyris
Sénatrice (GEST)
de Paris
Rapporteure

Consulter le rapport d'information :

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-848-notice.html>