dans le cadre d'une audience d'homologation. En conséquence, à notre sens, l'article 61-6 du Code civil aurait pu être amélioré et ce, d'autant que l'objectif global de la nouvelle loi est de permettre un accès plus rapide des justiciables à la justice en simplifiant les procédures.

Par ailleurs, la CNCDH s'est, dans son avis du 27 juin 2013, clairement prononcée pour la démedicalisation complète de la procédure de changement de la mention de sexe à l'état civil. Le nouvel article 61-6 alinéa 3 prévoit certes en ce sens que « le seul fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut suffire à motiver le refus de faire droit à la demande », mais plusieurs incertitudes demeurent en l'état actuel de la loi.

D'une part, l'appréciation de la sincérité de l'appartenance au sexe qui n'est pas celui mentionné à l'état civil (art. 61-5 alinéa 1^{er}: « Toute personne majeure qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe à l'état civil ne correspond pas à celui auquel elle appartient de manière sincère et continue peut en obtenir la modification »), risque en pratique de dépendre principalement de la production de pièces et d'attestations médicales.

D'autre part et surtout, le nouvel article 61-5 – qui énumère les circonstances permettant de prouver que la mention à l'état civil relative au sexe de l'intéressé ne correspond pas à celui auquel il appartient de manière sincère et continue¹ – vise en son 4^o « l'apparence physique du sexe revendiqué par l'effet d'un ou de plusieurs traitements médicaux ». Si la liste de ces faits devait être cumulative, ce qui n'est pas clair dans la rédaction du texte, il y a lieu de craindre que la démedicalisation complète de la procédure ne soit pas pleinement garantie. En conséquence, le nouveau texte aurait pu utilement prévoir que la liste est indicative. Espérons que les magistrats chargés d'appliquer les nouvelles dispositions en développeront une approche souple et progressiste.

Julia GAUBERT, *docteur en droit, responsable des affaires générales et juridiques à l'institut du cancer de Montpellier*

« *Winter is coming* »...

« La Grande-Bretagne elle-même est une île flottante qui, selon les inflexions de sa politique, s'approche ou s'éloigne de l'Europe » écrivait l'historien Alfred Luce dans les années 1950. Les Européens étaient depuis longtemps habitués aux valse d'intentions de nos homologues d'Outre-Manche, mais personne n'avait sérieusement envisagé ce scénario du divorce brutal et définitif.

1. « Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous moyens, sont: 1° Qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué; 2° Qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical, ou professionnel; 3° Qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué; 4° Qu'elle a l'apparence physique du sexe revendiqué par l'effet d'un ou de plusieurs traitements médicaux ».

Alors que l'émotion née des réactions tardives de la jeunesse européenne se dissipe à peine et que se profile le spectre de l'activation de l'article 50 du TFUE², le débat sur les répercussions du Brexit prend une tournure désormais très concrète, qui fait frémir médias et experts. Si tous les secteurs (économie, politique, social...) semblent impactés par cette décision, il nous appartient d'en tirer les premiers enseignements en matière de santé.

La santé au cœur du débat. Alors que vu du continent, les discussions semblaient se focaliser exclusivement sur la question migratoire, les problématiques de santé étaient pourtant au cœur des arguments pro-Brexit: la promesse d'utiliser les dotations au budget de l'Europe pour combler le déficit du système de santé britannique a été placardée jusque sur les bus de campagne. Une promesse intenable, sur laquelle les leaders du Brexit ont dû effectuer un rétropédalage en règle, dès le lendemain de leur victoire.

Des conséquences pour le système de santé britannique. Même si le principe de souveraineté nationale prévaut en la matière, de nombreux textes et initiatives ont contribué, ces dernières années, à rapprocher les systèmes de santé et à coordonner les régimes de sécurité sociale (avec notamment le règlement [CEE] n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et le règlement n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale). Dans ce contexte, l'équilibre financier du *National Health Service* serait le premier impacté par ce divorce, souligne un journaliste du *Guardian*, avec la perspective d'une réduction des ressources financières sous l'effet d'un futur ralentissement économique (*The Guardian*, 16 juin 2016). En ce sens, les économistes de *la Tribune* craignent que la pression financière qui pèse sur le NHS, couplée d'une augmentation de la demande, fasse grimper le déficit à 30 milliards de livres d'ici à 2020 (Paille [J.-Y.], *La Tribune*, 22 juin 2016).

Par ailleurs, les industries pharmaceutiques redoutent déjà le départ du siège de l'Agence européenne du médicament, actuellement basée à Londres, et le régime de contrôle et d'évaluation des médicaments qu'elle orchestrait. Certains évoquent même un rapprochement avec l'Agence américaine. Plus largement, les industries et les instituts du secteur de la santé s'inquiètent du devenir des actions de prévention, de sensibilisation aux addictions et des incidences sur le financement de la recherche (notamment sur les essais cliniques) – les crédits européens étant une manne en la matière (source: Holmstedt Pell [E.], Euractiv.fr, 31 mai 2016).

2. Article 50 TFUE: « Tout État membre peut décider, conformément à ses règles constitutionnelles, de se retirer de l'Union. L'État membre qui décide de se retirer notifie son intention au Conseil européen. À la lumière des orientations du Conseil européen, l'Union négocie et conclut avec cet État un accord fixant les modalités de son retrait, en tenant compte du cadre de ses relations futures avec l'Union. Cet accord est négocié conformément à l'article 218, paragraphe 3, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Il est conclu au nom de l'Union par le Conseil, statuant à la majorité qualifiée, après approbation du Parlement européen. Les traités cessent d'être applicables à l'État concerné à partir de la date d'entrée en vigueur de l'accord de retrait ou, à défaut, deux ans après la notification visée au paragraphe 2, sauf si le Conseil européen, en accord avec l'État membre concerné, décide à l'unanimité de proroger ce délai. Aux fins des paragraphes 2 et 3, le membre du Conseil européen et du Conseil représentant l'État membre qui se retire ne participe ni aux délibérations ni aux décisions du Conseil européen et du Conseil qui le concernent. La majorité qualifiée se définit conformément à l'article 238, paragraphe 3, point b), du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Si l'État qui s'est retiré de l'Union demande à adhérer à nouveau, sa demande est soumise à la procédure visée à l'article 49 ».

Mais les enjeux les plus sensibles concernent la remise en cause de la mobilité des Britanniques au sein de l'Union, et notamment le principe de libre circulation des patients et des professionnels de santé.

La directive relative aux droits des patients en matière de soins transfrontaliers (directive n° 2011/24/UE, du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers), adoptée le 9 mars 2011, réaffirme le principe d'une prise en charge financière des soins dispensés au sein d'un autre État membre et reconnaît de nouveaux droits aux patients (droits à l'information, à la sécurité des soins...). Le Brexit bat en brèche cette nouvelle architecture commune et ouvre une aire d'incertitude pour le système de santé britannique. S'ils se délestent de la charge financière des dépenses de santé de millions de travailleurs communautaires, les Britanniques n'auront plus accès aux « soins sans frontières ».

Le système de santé britannique bénéficiait jusqu'alors par ailleurs largement des possibilités offertes par le principe de libre circulation des professionnels de santé : 26 % des praticiens médicaux sont étrangers, et la plupart d'entre eux européens.

L'Europe de la santé fragilisée. Mais au-delà de l'impact direct sur le système britannique, c'est plus largement l'Europe de la santé qui est remise en cause. Le Brexit apporte un démenti cinglant aux théories du « *spill over* » qui voyaient dans le processus d'intégration une dynamique progressive et irréversible.

Le Brexit réaffirme avec force la primauté du pouvoir et du volontarisme des États. Cette tendance n'est pas de bon augure pour les activités qui relèvent du champ de compétences subsidiaires de l'Union, telles que la santé. Chaque initiative prise en la matière se heurtait déjà à la crispation des États ; les discussions vives et interminables qui ont accompagné l'adoption de la directive 2011/24/UE ne font qu'en attester.

Wait and see...