

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

– Audition de Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, sur sa feuille de route **Erreur ! Signet non défini.**

– Présences en réunion ..... 35

Mardi

28 avril 2026

Séance de 16 heures 30

Compte rendu n° 68

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de  
M. Frédéric Valletoux,  
*président***



*La réunion commence à seize heures trente.*

*(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)*

*La commission des affaires sociales auditionne Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, sur sa feuille de route.*

**M. le président Frédéric Valletoux.** Madame la ministre, il nous semblait utile de vous voir hors de toute actualité législative pour échanger sur votre feuille de route, les chantiers en cours et les urgences qui s'imposent à nous.

Comme l'indique une récente étude Ipsos, 76 % des Français placent la santé en tête de leurs préoccupations pour l'élection présidentielle de 2027, devant tous les autres enjeux cités. En guise d'introduction, j'aurai quelques questions à vous poser.

Alors que nous avons discuté, hier en séance, du rapport d'avancement annuel sur le plan budgétaire et structurel à moyen terme, et alors que le comité d'alerte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a transmis un avis le 20 avril dernier, pourriez-vous nous donner des précisions au sujet des 2 milliards d'euros de mesures de précaution que le Gouvernement prévoit pour le champ social ? Quelles politiques publiques seront touchées ? Quels vecteurs utiliserez-vous ? Le Parlement sera-t-il associé ?

S'agissant justement de l'association du Parlement, et au vu des difficultés des deux derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), quelles méthodes comptez-vous appliquer pour le prochain exercice budgétaire afin que nous puissions, autant que faire se peut, travailler de manière efficace, sereine et anticipée ?

Par ailleurs, alors qu'a lieu la Semaine européenne de la vaccination et que notre commission vient d'auditionner les auteurs du rapport sur l'information en santé, lequel vous avait été remis le 12 janvier, je souhaiterais connaître les mesures prises par votre ministère pour lutter contre le fléau de la désinformation, qui prend de l'ampleur dans le débat public et qui a des conséquences souvent délétères pour les chercheurs et les scientifiques.

Enfin, quelles suites prévoyez-vous de donner au rapport publié aujourd'hui même par la Cour des comptes sur la politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé, qui constitue un enjeu essentiel de santé publique ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.** Merci de me donner l'occasion de partager les priorités qui guident mon action et celle de mon ministère. Cette action, je ne vous apprends rien, s'inscrit dans un contexte de fragilités : fragilités financières, de notre modèle social, et politiques. En tant que huitième ministre en deux ans, c'est avec humilité que j'exerce ma mission, dans la continuité des chantiers défendus par Catherine Vautrin et Yannick Neuder. Cette situation de fragilité pourrait inviter à la gestion et à l'attentisme. Je crois au choix inverse : celui de continuer d'agir, de décider et de tenir le cap.

Avant d'en venir au fond, je souhaite exposer trois principes de méthode.

Le premier consiste à faire ce qu'on peut, sans repousser. J'ai choisi quatre priorités d'action et je m'y tiendrai. Ce sont des priorités claires, avec des échéances tenables et des effets mesurables.

Le deuxième principe est celui de l'accélération. Beaucoup de choses ont été faites ces dernières années. Mon travail consiste d'abord à débloquer, à finaliser, à rendre effectif ce qui ne l'est pas encore. Si je prends l'exemple de la réforme du métier d'infirmier, le décret socle est signé, les arrêtés seront publiés d'ici quelques semaines, la convention avec les praticiens libéraux a été conclue ; il faut maintenant que cela change la vie des patients et des professionnels.

Quant au troisième principe, il s'agit de préparer l'avenir. Ce que je souhaite construire au cours des prochains mois doit permettre de poser les bases de quelques chantiers structurants pour les années à venir.

J'en viens à mes quatre grandes priorités.

La première est l'accès aux soins. Le constat est bien connu et peut être résumé en deux chiffres : 6 millions de Français sont sans médecin traitant et près de 90 % des territoires sont en tension. Depuis près de dix ans, beaucoup a été fait pour introduire plus de souplesse, d'efficacité et de coordination dans le système de santé. Depuis la loi de 2019, la soupape qui pesait sur les capacités de formation a été libérée. Nous pourrions revenir sur les différents enjeux, mais j'évoquerai à ce stade deux chantiers.

Le premier est celui du réseau France Santé, qui sert trois objectifs : augmenter le temps soignant disponible grâce à la coopération entre professions de santé ; accélérer le déploiement de la télémédecine ; et créer de nouveaux lieux de soins, là où il en manque encore cruellement.

Le second est celui de la formation. Après la suppression du numerus clausus, il faut continuer de former davantage. Dès cet automne, près de 3 700 docteurs juniors seront déployés, prioritairement dans les territoires qui en ont le plus besoin. Cela représente 15 millions de consultations supplémentaires chaque année et plus d'accompagnement à l'installation dans nos territoires. Avec les services de l'État et les élus locaux, j'ai besoin de vous pour réunir les conditions de formation et d'installation dans la durée. C'est aussi le sens de la généralisation du guichet unique, que j'ai annoncée il y a deux semaines avec Françoise Gatel. Enfin, nous allons simplifier et harmoniser l'accès aux études de santé à la rentrée universitaire 2027.

La deuxième priorité est la prévention. Vous le savez, nous disposons de nombreux plans, parfois éparpillés, au suivi souvent inégal. Ils permettent de mener des actions thématiques, mais il faut retrouver une cohérence d'ensemble. La prévention ne doit pas être une addition de plans, mais produire des résultats mesurables pour les Français. J'ai donc demandé à mes services de travailler sur une approche intégrée, personnalisée, centrée sur le dernier kilomètre et pilotée grâce aux données.

Je donne plusieurs illustrations.

Concernant les cancers, au-delà de la feuille de route pour les années 2026 à 2030, nous avons lancé deux expérimentations à même de transformer concrètement le repérage pour les patients : le programme Interception, qui vise à prévenir les cancers à haut risque, et le programme Impulsion, qui doit structurer le premier dépistage organisé du cancer du poumon d'ici à 2030 – une démarche inédite en Europe.

S'agissant des conduites addictives, je ferai prochainement des annonces. Je tiens à ce que nous nous concentrons sur la réduction du délai entre les premiers signaux d'alerte et la prise en charge. Je souhaite également que nous armions davantage nos jeunes, notamment grâce au développement des compétences psychosociales et à une campagne de sensibilisation contre la cocaïne que nous déploierons d'ici l'été.

Et en matière de santé mentale, dont nous débattons ce soir au Sénat et demain à l'Assemblée nationale, j'indique dès à présent que, le 2 juin, j'organiserai une réunion interministérielle pour faire le bilan de la grande cause nationale 2025 et présenter les perspectives pour cette année, en insistant sur ce qui concerne les jeunes. J'annonce à cet égard la création d'une délégation interministérielle à la santé mentale, qui sera rattachée à la direction générale de la santé (DGS) et qui s'articulera avec l'éducation nationale, le logement, le travail, la jeunesse, le numérique, ou encore l'agriculture. Son pilotage sera stratégique, opérationnel et territorial.

Ma troisième priorité est de protéger les Français les plus vulnérables et d'anticiper le virage démographique. Comme vous le savez, trois mouvements de fond convergent : la natalité baisse, la population vieillit et le financement de notre modèle social se fragilise.

Dans le domaine de la natalité, nous actionnons deux leviers principaux. Il s'agit d'abord du soutien aux familles, avec notamment la création du congé supplémentaire de naissance, accessible jusqu'aux 9 mois de l'enfant, mieux rémunéré et déjà plébiscité par neuf parents sur dix. Conformément à la volonté du Parlement, il entrera pleinement en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet mais les parents d'enfants nés ou adoptés depuis le 1<sup>er</sup> janvier dernier sont également éligibles. Le second levier, ce sont les modes d'accueil, autour desquels nous structurons le service public de la petite enfance, en apportant un soutien aux collectivités locales pour sa mise en œuvre.

Pour ce qui est du vieillissement de la population, la ministre déléguée Camille Galliard-Minier et moi-même sommes pleinement mobilisées pour répondre aux enjeux du développement massif de la prévention et de l'habitat intermédiaire. Sur ces deux champs, il convient de revaloriser et de mieux reconnaître les métiers, ce qui passe par une réelle stratégie de ressources humaines, pilotée et structurée – j'aurai l'occasion d'y revenir dans les prochains jours.

Concernant enfin les vulnérabilités, je suis pleinement engagée dans la réforme de la protection de l'enfance et je sais votre assemblée très attentive aux réponses qui seront apportées. La crise du secteur est marquée par une augmentation continue des mesures de protection, une judiciarisation croissante, une instabilité des parcours et des ruptures répétées de prise en charge. Avec Gérard Darmanin, nous présenterons un texte qui s'articule autour de quatre axes : la sécurisation des projets de vie, l'incitation à l'accueil familial, le renforcement de la sécurité des enfants – notamment par l'extension du contrôle d'honorabilité – et la simplification des prises en charge. Volontairement ciblé et opérationnel, ce projet de loi s'inscrit dans une stratégie plus large et articulée avec les autres actions menées par le Gouvernement.

Ma quatrième et dernière priorité est d'avoir un État efficace, au service d'un pays souverain, autonome, résilient et innovant. Dans le contexte géopolitique que nous connaissons, c'est la seule manière de garder notre destin en main.

Cela demande d'abord de se réformer sur le plan budgétaire. Chaque euro investi doit produire un impact concret pour les patients, ce qui suppose de piloter différemment nos finances sociales. Je pourrai y revenir, mais je souhaite, entre autres, une clarification de l'Ondam, avec la création de sous-objectifs. Il faut également renforcer l'efficacité de notre système, particulièrement nos hôpitaux. À cet égard, j'annoncerai prochainement une démarche, là aussi opérationnelle et fondée sur l'expertise de terrain, visant à diminuer, voire à tourner la page des déficits. Elle s'appuiera sur une plus grande mutualisation, notamment au travers des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Cela demande ensuite de maîtriser nos biens sanitaires critiques, comme nos médicaments et produits de santé, qui sont devenus des enjeux stratégiques. Cela passe par le déploiement et la valorisation de leviers d'attractivité afin de sécuriser notre souveraineté sanitaire, par l'adaptation de notre modèle de régulation et par une réponse coordonnée entre États membres face à la politique américaine dans ce domaine.

Cela demande aussi de transformer notre système de santé grâce à l'innovation. La création, en juin, de la direction de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé doit permettre de coupler tous ces éléments pour passer plus rapidement à l'échelle, établir des parcours de soins plus efficaces, assurer des prises en charge plus précoces et renforcer notre souveraineté. Sur le plan numérique, nous avons d'ailleurs choisi, la semaine dernière, l'entreprise Scaleway pour remplacer Microsoft dans l'hébergement des données de santé des Français. Ici réside un enjeu majeur de souveraineté numérique : les données de nos concitoyens ne doivent pas être soumises aux règles extra-européennes. Cela facilitera aussi l'accès aux données, pour l'accélération de la recherche en santé et le développement des innovations.

Cela demande enfin de se préparer aux crises majeures. Il faut être prêt à affronter de nouvelles crises sanitaires et des engagements exceptionnels, en se dotant de capacités d'anticipation, de décision et de coordination renforcées.

Voilà, en quelques mots, la philosophie générale de mon action. Dans ce temps politique instable, il faut pouvoir répondre au temps humain, au temps des besoins et au temps des crises.

Pour répondre maintenant à vos questions, monsieur le président, le comité d'alerte de l'Ondam s'est effectivement réuni la semaine dernière. Eu égard à la crise géopolitique, le Premier ministre souhaite la réalisation de 6 milliards d'euros d'économies, dont 2 milliards pour mon ministère. Il n'a pas encore été arbitré quelles politiques seront ponctionnées, mais nous avons d'ores et déjà procédé à des mises en réserve, dont je pourrai vous donner le détail si vous le souhaitez. Je précise que si la crise géopolitique devait s'arrêter demain, la somme demandée à la santé pourrait être moins élevée, ce qui serait bienvenu.

Ensuite, je vous remercie de votre question sur la désinformation. Nous sommes effectivement dans la Semaine européenne de la vaccination et il suffit d'être présent sur les réseaux sociaux pour voir combien la violence et la désinformation peuvent être importantes sur ce sujet – comme sur d'autres, d'ailleurs. Le ministre Neuder avait confié une mission à ce sujet à plusieurs personnalités qualifiées. Répondant à leurs préconisations, j'ai créé une cellule d'infovigilance et un observatoire des fausses informations. Nous pourrions ainsi améliorer la compréhension des citoyens sur la fabrication de fausses informations et mieux répondre à leurs attentes. La cellule, qui rassemble scientifiques et experts, sera à même de repérer et de répondre très vite à la désinformation.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Je ne vous l'apprends pas, d'ici à l'élection présidentielle, le temps manque au Gouvernement et à l'Assemblée. Or les chantiers dont vous avez la charge sont nombreux : projet de loi relatif à l'enfance, attendu pour la mi-mai ; choc d'attractivité des métiers du soin ; crise de la natalité ; simplification administrative ; signature d'un nouvel accord-cadre avec les acteurs du médicament ; plan pour l'efficience hospitalière ; déploiement de l'ordonnance numérique – et j'en oublie volontairement.

En écho au propos liminaire de M. le président, pouvez-vous d'abord nous donner la ventilation précise des 2 milliards d'euros de mesures de précaution évoqués lors du comité d'alerte de l'Ondam, mardi dernier ? Très concrètement, ce gel retarde l'intervention des agences régionales de santé (ARS) en soutien des établissements en grande difficulté.

Par ailleurs, dans vos priorités ne figure aucune réponse concrète aux attentes des acteurs de la santé en matière de simplification, d'attractivité et de souveraineté. L'efficience demande des mesures pertinentes et opportunes, non des coups de rabot bêtes et méchants, indiscriminés et qui peuvent nuire à l'accès aux soins.

J'ai transmis à vos équipes deux propositions de loi, qui présentent l'avantage d'avoir été travaillées à partir des rapports d'inspection issus de votre ministère mais aussi avec les professionnels et, plus récemment, avec les administrations placées sous votre tutelle.

Le premier texte, long de sept articles, concerne la simplification des dispositifs de formation continue des personnels médicaux et paramédicaux et la refonte de l'agence qui en assure le financement. De fait, le système actuel est illisible, coûteux et très en deçà des attentes des professions. Cependant, je n'ai à ce stade reçu aucune garantie quant à l'inscription à l'ordre du jour de cette proposition de loi, susceptible, pourtant, de convaincre les deux chambres.

Je fais le même constat s'agissant de la lutte contre les excès de la financiarisation en santé. Plutôt que de procéder à des coups de rabot, je propose dans un second texte de travailler sur onze articles qui renforceront l'action des ordres, encadreront le recours aux contrats léonins passés avec les investisseurs et amélioreront la continuité des soins.

Comptez-vous proposer au premier ministre l'inscription de l'un de ces textes de consensus à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale ?

Je tiens également à dire un mot de la politique du médicament et de la mission flash de Mme Beaumeunier, qui préconise une série d'arbitrages afin d'assurer un meilleur pilotage des dépenses. Qu'en est-il ?

Concernant la mise en œuvre du forfait de thérapie innovante, les décrets d'application se font attendre depuis maintenant 2023. J'ai sollicité l'administration à plusieurs reprises ainsi que votre cabinet par écrit, sans obtenir de réponse satisfaisante. Étant d'une nature persévérante, je profite de cette audition pour vous demander si vous envisagez une publication prochaine de ces mesures réglementaires, qui contribueront certainement à freiner la dynamique des remboursements.

Par ailleurs, quelle action menez-vous au sujet de l'accès aux médicaments innovants pour les patients de psychiatrie, surtout pour la kétamine ? Leur délivrance au titre de la liste en sus semble lacunaire, malgré une décision du législateur en 2020 !

Enfin, je souhaite vous interroger sur la situation économique des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Malgré les revalorisations successives, son montant reste inférieur au seuil de pauvreté, alors même que l'incapacité ou la très grande difficulté à travailler constitue une condition d'éligibilité. De plus, les conditions du cumul de l'AAH avec des revenus d'activité peuvent avoir un effet désincitatif sur l'accès ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, ce que je trouve profondément regrettable. Le Gouvernement entend-il prendre des mesures pour répondre à ces enjeux dans le cadre de la prochaine Conférence nationale du handicap (CNH) en juin prochain ?

**Mme la ministre.** S'agissant d'abord des 2 milliards d'euros de mesures résultant de la situation géopolitique, l'arbitrage n'est pas fait et je ne connais pas la somme qui sera effectivement retenue. Comme tous les ans, nous avons procédé à des mises en réserve, sur des politiques habituelles, pour un montant total de 1,1 milliard pour le volet santé-famille. Le coefficient prudentiel reste le même que l'an dernier. Une somme de 180 millions est mise en réserve sur la dotation des établissements de santé, ce qui nous permet de maintenir nos mesures nouvelles et nos orientations prioritaires, comme la psychiatrie. Un total de 150 millions l'est également sur les soins de ville. Et un effort plus important que les autres années est fait sur le le fonds d'intervention régional.

Je rappelle que les mises en réserve sont prévues par la loi et doivent représenter 0,3 % de l'Ondam. Si elles atteignent un montant supérieur cette année, c'est justement par prudence vis-à-vis de la situation géopolitique – il ne s'agit pas d'une sous-exécution de l'Ondam. À ce stade, le risque de dépassement de l'objectif de dépenses est bien moins élevé que l'an dernier à la même époque : quatre fois moins élevé pour être exact. Nous sommes donc plutôt rassurés vis-à-vis des aléas susceptibles de déclencher un comité d'alerte. Nous aviserons en fonction de la situation s'agissant des 2 milliards d'euros.

Concernant ensuite le développement professionnel continu (DPC), je vous rejoins sur le fait que la réforme de la certification périodique prend du temps, mais sachez que les concertations avec l'ensemble des ordres professionnels sont en cours et progressent bien. Les mesures seront prises d'ici à la fin de l'année pour une partie du DPC et quelques mois plus tard pour la certification périodique. Il s'agit d'une obligation, prévue par la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui avait été défendue par Agnès Buzyn. Le retard est dû à l'implication des conseils nationaux professionnels et à la nécessaire publication de tous les référentiels de formation continue, ce qui sera chose faite à la fin de l'année. Il restera ensuite à les appliquer avec les ordres. Nous serons les premiers en Europe à accomplir un tel travail, qui sera donc conclu d'ici un an à un an et demi.

La financiarisation, ensuite, touche plusieurs sujets. J'avais d'ailleurs soutenu des mesures dans ce domaine dans le cadre du PLFSS, notamment sur la rentabilité excessive, mais elles avaient été rejetées. Nous pourrions évidemment y retravailler à l'avenir. Nous devons avancer en ce qui concerne la transparence de l'organisation de notre système de santé, ou encore l'indépendance des professionnels. Je sais que vous avez élaboré un texte : nous sommes prêts à y travailler et le temps parlementaire pourrait être utilisé.

Pour ce qui est du forfait innovation, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale(LFSS) pour 2023 prévoit l'établissement d'une tarification à la performance pour les thérapies innovantes particulièrement chères. Il s'agit d'un véritable changement de paradigme. Les textes d'application sont rédigés et ont été transmis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, laquelle nous a demandé des travaux supplémentaires concernant les données de santé. Ces textes devraient être publiés avant la fin de l'année.

S'agissant enfin de la liste en sus pour les établissements psychiatriques, vous avez tout à fait raison : c'est un point important, qui s'inscrit dans la réforme du financement des établissements psychiatriques et pour lequel j'ai lancé des travaux techniques. Sont notamment concernés les patients en psychiatrie qui contractent un cancer pendant leur hospitalisation et qui n'ont pas accès à des médicaments onéreux qui se trouvent habituellement sur la liste en sus pour les établissements de santé mais pas pour les établissements psychiatriques. Nous travaillons à l'intégration de ces traitements.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

**M. Serge Muller (RN).** Je m'exprime aussi au nom de ma collègue Anchya Bamana, qui ne peut être présente.

Le premier point que je souhaite aborder concerne l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la vie démocratique. Prenons le cas très simple des personnes aveugles ou malvoyantes. Actuellement, elles reçoivent les professions de foi sous format papier : pour s'informer, sauf à dépendre d'un tiers, elles doivent rechercher des contenus numériques, quand ils existent. Concrètement, cela signifie que l'accès autonome à l'information électorale, et donc à l'exercice libre du vote, n'est pas garanti pour tous. Le Gouvernement prévoit-il de rendre les professions de foi accessibles – notamment en format audionumérique compatible avec des lecteurs d'écran – pour l'ensemble des scrutins, et si oui, sous quels délais ?

Ma seconde question a trait à l'accès aux soins à Mayotte, où la situation est critique. Pénurie de médecins, structures saturées, besoins en forte croissance : nos compatriotes ne peuvent plus continuer à subir de telles dégradations. Il est urgent de passer d'une gestion de crise à une véritable stratégie territoriale. Quelles mesures concrètes le Gouvernement entend-il prendre, et selon quel calendrier, pour développer une stratégie d'e-santé efficace à Mayotte, pour renforcer la coordination entre médecine de ville et hôpital et pour garantir un réel déploiement d'outils comme le dossier médical partagé ? Enfin, à quelle échéance est-il prévu le créer un registre des cancers dans ce territoire, étant entendu qu'il s'agit d'un outil indispensable pour piloter une politique de santé publique efficace et adaptée ?

Sur ces deux sujets, nos compatriotes attendent des réponses claires et des décisions concrètes.

**Mme la ministre.** S'agissant d'abord de l'accessibilité – notion à mon sens préférable à l'inclusion, puisque rendre accessible est un objectif quand on est chargé de politiques liées au handicap – je rappelle que la CNH aura lieu fin juin. L'un des sept groupes de travail sera justement consacré à l'accessibilité, ce qui inclura l'information électorale. Ce sera l'occasion de faire le bilan des trois dernières années, de réfléchir aux raisons pour lesquelles certaines mesures n'ont pas été entreprises et de se projeter sur les trois ans qui viennent. Ce travail est en cours.

Merci de votre question sur Mayotte. L'État pilote la restructuration complète de l'offre hospitalière, ce qui comprend la reconstruction et la modernisation du site, avec le concours de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Je passe sur la question des financements, qui sont légitimement importants à Mayotte. Mais pour ce qui concerne le numérique en santé, il est vrai que nous ne sommes pas encore à la hauteur – ce qui est également vrai pour les autres territoires, y compris hexagonaux. Le déploiement du dossier médical partagé (DMP) et de la plateforme Mon espace santé progresse ; nous continuons d’y travailler, tout comme nous développons les téléconsultations. J’en ai fait un axe de travail pour l’accès aux soins dans les outre-mer et à Mayotte.

Quant au registre des cancers, celui-ci a été lancé en janvier sur l’ensemble du territoire hexagonal et ultramarin et il doit être achevé au plus tard à la fin de l’année 2027.

Plus généralement, soyez assuré de l’engagement complet de l’État à Mayotte, où je me rendrai d’ailleurs prochainement.

Et j’ai oublié de préciser à M. le rapporteur général que la revalorisation de l’AAH a permis de diviser par deux le nombre de bénéficiaires sous le seuil de pauvreté.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je souhaitais également vous interroger sur les 2 milliards d’euros, mais comme vous avez déjà répondu, je n’y reviens pas.

Ma question suivante porte sur un opérateur majeur de la protection sociale : la Mutualité sociale agricole (MSA). Avec 5 millions d’assurés et un ancrage fort dans les territoires ruraux, elle maintient une présence là où très peu d’autres acteurs le font encore. Elle a par ailleurs largement contribué au déploiement des maisons France Services, soutenues par notre majorité. Or selon certaines alertes, les orientations retenues pour la convention d’objectifs et de gestion (COG) de la période 2026-2030 semblent conduire à une réduction préoccupante des moyens de la MSA, ce qui se répercuterait directement sur ses actions auprès des assurés. Nous souhaiterions donc savoir où en sont les négociations et connaître votre position.

Par ailleurs, je voudrais évoquer la feuille de route issue des Assises de la télémédecine. Vous aviez indiqué votre volonté de renforcer la place de la télémédecine dans les parcours de soins, de lever les freins qui persistent dans son développement et de publier cette feuille de route fin janvier. Où en sont ces travaux et quel est le calendrier ? Comme vous le savez, ce sont des engagements très attendus par les professionnels.

Enfin, l’État a refusé d’agréer l’avenant 72 de la convention collective nationale de la branche de l’aide à domicile. Ce refus est perçu à juste titre comme un signal très négatif par les professionnels et les millions de personnes qui bénéficient de leur travail. Quelles sont les pistes pour préserver le salaire de ces travailleurs, parfois pauvres, ainsi que l’attractivité de ce secteur ?

**Mme la ministre.** La COG de la MSA étant en cours de discussion, je ne peux vous apporter de réponse détaillée pour l’instant. Les objectifs sont, d’une part, de travailler à des gains d’efficacité et de productivité, et d’autre part de maintenir, voire d’augmenter la qualité du service. L’Inspection générale des affaires sociales (Igas) a réalisé un rapport sur cette question, qui alimente les discussions.

La feuille de route relative aux téléconsultations a été publiée en janvier. Au sein de l’Organisation de coopération et de développement économiques, en moyenne, les téléconsultations représentent 20 % de l’ensemble des consultations ; le chiffre atteint 40 %

en Espagne. Chez nous, il se situe aux alentours de 4 %. Il nous faut travailler sur la question. Évidemment, il y a téléconsultation et téléconsultation : le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales vise par exemple des plateformes sur lesquelles aucune consultation n'a vraiment lieu. Je crois beaucoup à une téléconsultation assistée par un professionnel de santé qui assure un accompagnement. Nous devons réaliser un bond en avant sur ce sujet.

Enfin, l'avenant 72 – devenu 75 –, qui fait suite aux travaux menés au sein de la branche de l'aide à domicile, a été proposé pour tenir compte du fait que, dans certains départements, les valorisations sont inférieures au Smic. Le financement est assuré à parité par l'État et les départements. L'État est favorable à ce que cet avenant aboutisse. Nous y travaillons avec les départements.

**M. Elie Califer (SOC).** Entre comité d'alerte et purge de 2 milliards d'euros, qu'en est-il des soins palliatifs, qui demeurent un pilier essentiel de notre système de santé ? Leur déploiement sur l'ensemble du territoire est une condition d'égalité et de dignité dans l'accompagnement de la fin de vie. Or l'accès à ces soins reste inégal ; de lourdes fragilités territoriales persistent. Disons-le clairement, en l'absence d'une offre palliative réellement accessible, homogène et de qualité, le risque est que le choix en matière de fin de vie soit structurellement orienté par les insuffisances de notre système de santé.

En 2024, les quelque 7 561 lits hospitaliers dédiés représentaient environ 11 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants, soit un niveau relativement faible au regard des besoins. Surtout, la situation est marquée par une très forte hétérogénéité territoriale. Cette disparité concerne également les équipes mobiles, le soin et l'offre pédiatrique dédiés, ce qui conduit de fait à de profondes inégalités dans l'accès aux soins.

Dans ce contexte, l'affirmation d'une stratégie décennale – si tant est qu'elle tienne toujours – ne peut se limiter à des objectifs quantitatifs, à savoir la création de vingt-quatre unités de soins palliatifs supplémentaires et de dix-huit unités de soins palliatifs pédiatriques, ainsi que le renforcement des équipes mobiles. À la suite des annonces de coupes budgétaires, quelles seront les traductions opérationnelles des objectifs affichés, tant en matière de calendrier que de répartition territoriale et de moyens mobilisés ? Madame la ministre, pouvez-vous nous préciser votre feuille de route sur ce sujet, et plus particulièrement les modalités concrètes de sa mise en œuvre en outre-mer ?

**Mme la ministre.** Le Sénat examinera le 11 mai en deuxième lecture la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, dont j'espère qu'elle pourra être adoptée rapidement. Par ailleurs, le PLFSS finance, chaque année, la stratégie décennale. Nous avons pris de l'avance puisque, sur 1,1 milliard d'euros que nous souhaitons affecter à cette stratégie sur dix ans, nous avons déjà dégagé 353 millions pour les deux premières années. Quelque 500 lits ont été ouverts en soins palliatifs à l'échelle nationale, et une dizaine sont prévus pour 2026 en Guadeloupe. L'engagement du Gouvernement est très clair, comme l'illustre la stratégie décennale. Le nombre de départements disposant d'une unité de soins palliatifs a beaucoup augmenté au cours des dernières années. En 2028, seuls trois d'entre eux n'en disposeront pas, mais j'espère que l'on comblera cette lacune d'ici là.

**Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP).** Madame la ministre, les urgences de Lyon, au sein du deuxième centre hospitalier universitaire (CHU) de France, sont au bord de la rupture. Malgré vos solutions, qui sont plutôt des pansements sur une fracture ouverte,

soignants et patients continuent de souffrir. Le 7 avril, j'ai interrogé la ministre Galliard-Minier, qui m'a livré des éléments de langage maintes fois entendus. Les services de l'ARS et de l'hôpital de Lyon sont mobilisés, travaillent ensemble à des solutions – et pourtant on ne voit toujours rien venir. Des arrangements auraient été trouvés – sans les personnels soignants, apparemment, qui ne sont pas au courant. On parle aussi de mesures préventives saisonnières – sauf que le manque de lits et de personnel, c'est toute l'année, en Macronie. Les réponses creuses et les arrangements insuffisants s'accumulent mais, pendant ce temps, le personnel soignant est en souffrance et les patients ne peuvent plus se faire soigner.

Le 17 janvier 2025, Léonore décède avant même de naître. Sa mère a passé une nuit aux urgences de Lyon, à la Croix-Rousse, ballottée entre des services saturés. Le manque de moyens provoque la mort, et, ce jour-là, ce fut un enfant qui n'était même pas né. Loin d'être une erreur médicale, c'est le naufrage d'un système à bout de souffle, comme le dénonce courageusement son père, Romuald Di Noto. Car, cette nuit-là, aux urgences, il y avait deux médecins – deux internes – pour plus de cinquante patients. Soignants et patients ont raison d'être en colère. L'inaction, l'austérité voulue par ce gouvernement provoquent des drames comme celui-ci.

Vos annonces concernant les urgences de Lyon sont insuffisantes : elles ne satisfont aucune des demandes structurelles des personnels – renforcement durable des effectifs, revalorisation des organisations de travail, augmentation significative des moyens. Sans mesures concrètes, les urgences demeureront continuellement au bord de la rupture et continueront à fonctionner en service dégradé, au détriment de tous. Des drames similaires ont malheureusement lieu chaque jour. Madame la ministre, êtes-vous prête à prendre des engagements, devant la commission des affaires sociales, pour sauver les services d'urgence ?

**Mme la ministre.** Je n'entrerai pas dans les détails du cas que vous citez. J'ai correspondu avec M. Di Noto. J'ai demandé la réalisation d'une inspection dont les conclusions lui ont été transmises – car je crois que, dans ces moments-là, il faut faire preuve de la plus grande transparence.

Je vous rejoins sur le fait que le délai d'attente aux urgences, en moyenne nationale, ne s'est pas amélioré au cours des dix dernières années – il est demeuré stable. Cela étant, je ne suis pas sûre que l'on puisse tout relier au financement, comme vous le faites. Je rappelle que plus de 40 milliards d'euros ont été engagés chaque année en faveur des établissements de santé.

Nous devons déployer nos efforts à la fois en amont et en aval. Sur la partie amont, nous avons commencé à organiser les choses avec les services d'accès aux soins. On constate que, lorsque ces services fonctionnent bien, le temps d'attente aux urgences est réduit, en même temps que le nombre des passages. Nous devons faire en sorte que tous les départements aient un service d'accès aux soins qui fonctionne. En aval, nous devons progresser sur les entrées directes, notamment concernant les patients âgés, par le développement des filières gériatriques – déjà présentes dans certains établissements.

En période d'épidémie, lorsque les entrées de patients s'accroissent, certains établissements se mettent en régulation, ce qui signifie que l'on doit passer par le 15 pour avoir le droit d'aller aux urgences. Nous savons que certains services d'urgence connaissent régulièrement des difficultés. Nous travaillons avec les établissements pour anticiper ces crises et le passage en régulation. Des études ont montré que nos concitoyens apprécient

d'obtenir une réponse, même s'il y a une régulation et qu'ils doivent appeler le 15. L'essentiel est de bien les informer sur ce qu'ils doivent faire.

Des améliorations doivent bien sûr encore être apportées dans le domaine des urgences, mais, contrairement à vous, je ne pense pas que tout se résume à l'aspect financier. Des revalorisations ont eu lieu au bénéfice des professionnels à la suite du Ségur. Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en ont bénéficié en janvier.

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** Madame la ministre, je souhaite vous alerter sur trois points.

Le premier concerne le reste à charge zéro pour les fauteuils roulants. Pour des milliers de citoyens, le fauteuil n'est pas un accessoire mais la garantie d'une vie sociale, professionnelle et citoyenne. Pourtant, un constat préoccupant remonte du terrain, et je vais vous en parler très clairement parce que nous ne tolérerons pas que l'effort de solidarité nationale soit capté par des effets d'aubaine : depuis l'annonce de la revalorisation des bases de remboursement, nous observons une envolée des prix de vente chez certains acteurs. Cela suscite un profond sentiment d'injustice au sein des familles et fragilise l'équilibre de notre assurance maladie. Le reste à charge zéro n'est pas un chèque en blanc délivré au marché. Quelles mesures allez-vous prendre pour mettre fin à cet effet d'aubaine ?

Deuxième point, pouvez-vous nous donner le calendrier d'examen du projet de loi dit « allocation de solidarité unifiée » (ASU) ? Les Français en situation de handicap et nos aînés ne peuvent plus se satisfaire d'un horizon flou. Ce texte doit refonder notre système d'autonomie et simplifier le quotidien de millions de Français. Il est particulièrement attendu car il doit servir de socle à la régularisation du reste à charge et à l'unification des services de soins. Pourtant, alors que nous constatons sur le terrain une dérive des prix des aides techniques et une complexité administrative qui ne faiblit pas, les acteurs de ce secteur s'inquiètent de l'encombrement de l'agenda législatif.

Le troisième point, qui concerne les territoires ruraux, a trait au développement – très attendu – de la télémédecine. Dans un contexte où les tensions d'accès aux soins s'aggravent, 45 % des Français déclarent avoir déjà renoncé à des soins nécessaires. Envisagez-vous de relever le seuil d'activité en télémédecine, aujourd'hui fixé à 20 % du volume d'activité des médecins, en prévoyant des exceptions, notamment pour les retraités et les professionnels en situation de handicap, ou en cas de pic d'activité ?

**Mme la ministre.** La belle réforme que le Parlement a votée sur la prise en charge des fauteuils roulants est entrée en vigueur en janvier. Quelque 90 000 personnes bénéficient déjà d'une prise en charge, et 19 000 ont pu acquérir un fauteuil roulant. Dès le début de la réforme, Charlotte Parmentier-Lecocq, puis Camille Galliard-Minier, ont tenu des réunions, chaque mois, avec les organismes complémentaires, l'assurance maladie, les personnes handicapées et les prestataires pour examiner les difficultés relatives à l'application de la réforme, concernant par exemple les prescriptions ou les délais. Nous sommes en train d'y travailler pour améliorer petit à petit la réforme. Nous surveillons de très près la question de la fraude. Des réunions ont lieu avec les acteurs tous les quinze jours environ, et une fois par mois avec la ministre. Nous savons que l'application de cette réforme ambitieuse, qui bénéficie d'un financement substantiel, réclamerait une attention particulière.

Pour ce qui est de votre deuxième question, je vous précise que le projet de loi ASU est défendu par le ministre du travail.

Enfin, il existe déjà une dérogation qui autorise les médecins retraités à pratiquer la télé-médecine dans les territoires ruraux.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Madame Bonnet, je vous précise que le ministre Jean-Pierre Farandou viendra nous présenter sa feuille de route le 13 mai.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Ma première question porte sur Santé publique France. Notre pays fait face à des défis majeurs de santé publique : maladies chroniques, épidémies émergentes, limitation de l'usage des pesticides, réduction de la consommation de tabac, d'alcool et de sucre. Or le Gouvernement organise un véritable démantèlement de Santé publique France – c'est en tout cas ainsi que le vivent les salariés – en lui retirant des missions aussi essentielles que la réserve sanitaire, l'établissement pharmaceutique, les campagnes de prévention et la surveillance épidémiologique.

Santé publique France est un opérateur reconnu en France et à l'international dont la légitimité tient précisément à l'articulation entre expertise scientifique, production de données, veille sanitaire et campagnes de prévention. Casser cette cohérence revient à fragiliser l'indépendance et l'efficacité même de la politique de santé publique française.

Ce projet soulève deux questions majeures, qui ont trait à l'indépendance et à la transparence. D'abord, en rapprochant l'expertise de la communication de l'exécutif, quelles garanties apportez-vous contre les pressions politiques et l'influence des lobbies ? Cette crainte n'a rien de théorique puisque le Gouvernement et le Président de la République ont déjà censuré au moins trois campagnes sur l'alcool. Ensuite, le rapport de l'Igas sur Santé publique France, qui fonde vos arbitrages, n'a pas été rendu public en dépit de mes demandes répétées.

Par ailleurs, les évolutions envisagées figureront-elles dans la loi de programmation militaire ?

Ma deuxième question concerne les promesses faites par le Gouvernement lors de l'examen du PLFSS. J'ai voté contre ce texte et je ne le regrette pas, mais une partie du groupe Écologiste et Social s'est abstenue car nous avons obtenu 4 milliards d'euros supplémentaires pour l'Ondam par rapport à votre projet initial – ce qui, je le rappelle, devait tout juste couvrir l'augmentation naturelle des dépenses, selon la Cour des comptes. Or nous apprenons que votre gouvernement fera 2 milliards d'économies sur la santé au lieu de taxer Total, dont les actionnaires engrangent les dividendes. Qu'est-ce qui en pâtira : la trésorerie des cabinets libéraux, l'hôpital public ou l'accès aux soins des patients ?

Enfin, puisque la souveraineté sanitaire devient une priorité du Gouvernement, comme vous l'avez indiqué dans votre déclaration liminaire, pourquoi ne pas créer un vrai service public du médicament et utiliser la licence d'office, qui permet de produire des génériques de médicaments brevetés en cas de besoin de santé publique et de pénurie ?

**Mme la ministre.** J'ai eu l'occasion de vous répondre à plusieurs reprises sur Santé publique France lors des questions au Gouvernement. Cela étant, j'entends les inquiétudes que suscitent les transformations en cours. J'ai souhaité rendre public le courrier que j'ai rédigé à ce sujet car il me semble que les mobilisations qui ont lieu peuvent être préjudiciables aux personnes qui travaillent au sein de l'établissement. L'expertise scientifique indépendante de Santé publique France n'est pas remise en cause. Les stocks

stratégiques et la réserve sanitaire sont transférés à l'État, *via* un service national rattaché à la DGS, afin de renforcer la capacité opérationnelle en situation de crise.

La mission de l'Igas est encore en cours. Elle est chargée d'examiner plusieurs scénarios d'évolution du périmètre entre les missions de promotion de la santé et de communication. L'objectif du Gouvernement est de maintenir une expertise scientifique indépendante, mais aussi de mener une réflexion sur la communication. En effet, la communication en santé perd de son efficacité lorsqu'elle émane à la fois de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), des agences, du ministère, de la ministre elle-même, pour ne citer qu'eux. Cette réflexion se mène d'ailleurs dans l'ensemble des agences et des ministères, conformément au souhait du premier ministre d'évaluer l'efficacité de la communication de l'État.

La mission de l'Igas travaille sur le périmètre de Santé publique France précisément dans le but d'éviter une perte d'expertise scientifique indépendante. J'espère que mes propos suffiront à rassurer les uns et les autres, en attendant les conclusions de la mission en juin. J'ai rencontré la présidente de Santé publique France la semaine dernière afin de lui apporter des éléments en toute transparence.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Mes questions portent sur deux sujets peu abordés dans cette commission. Le premier est la situation des prestataires de santé à domicile, autrement dit de ceux qui installent les lits médicalisés, l'oxygénothérapie, bref l'ensemble des dispositifs nécessaires à l'hospitalisation ou aux soins à domicile. Vos prédécesseurs – M. Neuder, Mme Vautrin – animaient un comité de discussion avec ces professionnels, qui sont en grande souffrance car leurs tarifs, à l'instar du prix des médicaments et des dispositifs, sont liés au Comité économique des produits de santé. Leurs entreprises sont en proie à de grandes difficultés. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet ?

Le second sujet est celui de l'hospitalisation privée, qui est un acteur majeur mais souvent invisibilisé – il serait bon, d'ailleurs, monsieur le président, que notre commission reçoive ses représentants. L'hospitalisation privée assure, par exemple, près de 60 % des actes chirurgicaux. Nous faisons face à un risque de déclassement de l'ensemble du système hospitalier, privé comme public. Malgré une hausse de 58 % de l'Ondam hospitalier depuis 2017, nos hôpitaux sont toujours en souffrance, et près de la moitié des cliniques privées sont en déficit. Comment assurer la pérennité du financement des cliniques ? Pour 2026, leurs tarifs hospitaliers, dont elles n'ont pas la maîtrise, n'ont connu aucune revalorisation alors qu'ils représentent plus de 90 % de leurs recettes. À acte égal, elles sont rémunérées en moyenne 24 % de moins que l'hôpital public, alors qu'une convergence avait été annoncée lors de la réforme de la tarification à l'acte. De quelle marge d'efficacité disposons-nous pour améliorer l'efficacité de notre système de santé ? Quelle est votre position à l'égard de l'hospitalisation privée – qui pourrait, me semble-t-il, contribuer à réduire le coût des prises en charge, notamment par la médecine ambulatoire, souvent plus développée dans ce secteur qu'au sein de l'hôpital public ?

**Mme la ministre.** Nous rencontrons régulièrement les prestataires de santé à domicile. Je pourrai vous apporter des réponses plus précises à l'issue du prochain comité d'interface, qui se tiendra en juin ou en juillet.

Je crois profondément que nous avons besoin de tous les acteurs de notre système de santé, compte tenu du vieillissement et des exigences de financement. À la suite d'un rapport de l'Igas consacré à l'hospitalisation publique, qui a mis en évidence la nécessité de réaliser

des gains d'efficience, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins, j'ai proposé que le même travail soit accompli pour les établissements privés. Nous nous y attelons avec eux. Je proposerai, en juin ou en juillet, des mesures qui devraient permettre de réduire les déficits des établissements privés comme publics. La mission en cours permettra d'examiner, de manière objective, l'état des établissements privés. Ceux qui opposent les acteurs du système les uns aux autres se trompent, compte tenu des fragilités actuelles. Nous allons avancer sur l'efficience, ce qui est important aussi pour l'accès aux soins.

**M. François Gernigon (HOR).** Je voudrais vous interroger sur l'avenir de l'accès aux soins auditifs. La réforme du 100 % Santé a constitué une véritable avancée : notre taux d'équipement en appareils auditifs est à présent parmi les plus élevés d'Europe. Toutefois, cette évolution s'est accompagnée de dérives : pratiques commerciales excessives de la part de certains audioprothésistes, exercice illégal, fraudes. Ces dernières ont atteint 115 millions d'euros en 2024 et demeurent, malgré un recul en 2025, à un niveau élevé. Dans ce contexte, j'ai déposé une proposition de loi transpartisane visant à créer un ordre des audioprothésistes afin d'instaurer un cadre déontologique, de contrôler l'accès à la formation, d'exiger une qualité de formation et ainsi de mieux protéger les patients. Trois audioprothésistes sur quatre y sont favorables et le projet est soutenu par l'ensemble des ordres professionnels. J'aimerais connaître votre avis sur le sujet.

Par ailleurs, nous faisons face à un effet ciseaux : les effectifs d'oto-rhino-laryngologistes (ORL) diminuent tandis que le nombre de malentendants augmente très vite et approchera 8 millions d'ici à 2030. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un ORL dépasse deux mois, jusqu'à trois dans ma région. Pour y remédier, le secteur évoque des pistes telles que la réouverture de la primoprescription aux médecins généralistes, qui était autorisée jusqu'en 2022, ou une meilleure articulation avec les audioprothésistes pour la réalisation du bilan audiométrique. Cette situation pénalise l'accès à l'appareillage, mais également la prise en charge de pathologies plus graves, comme les cancers ORL. Avez-vous engagé une réflexion sur ces évolutions ?

En France, une personne qui voit mal porte ses lunettes sans complexe, mais une personne qui entend mal reporte l'appareillage pendant des années. Pourtant, les conséquences d'une perte auditive non appareillée sont largement documentées : dégradation de l'audition, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigue, isolement, exclusion. Cela engendre aussi un coût humain économique considérable. Le lien est aujourd'hui établi entre la perte d'audition et l'apparition de troubles cognitifs. Ne serait-il pas pertinent d'intégrer à la stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé un volet de sensibilisation aux tests auditifs et à l'appareillage, pour lever ces freins et changer le regard sur ce sujet ?

**Mme la ministre.** Je vous remercie du travail que vous menez sur ces questions. Le Gouvernement soutient la régulation de la profession et de son exercice. Vous proposez la création d'un ordre, ce qui nécessite, vous le savez, un vecteur législatif. Quant à la transformation du métier, nous soutenons aussi l'évolution vers une logique centrée sur la mission et l'acte, comme vous le proposez. Cela impliquera également le vote d'une loi. Des dispositions législatives en ce sens, que j'avais soutenues, avaient d'ailleurs été jugées irrecevables. Quoi qu'il en soit, je suis engagée sur ces sujets avec vous.

La réunion est suspendue de dix-sept heures trente-cinq à dix-sept heures quarante-cinq.

**M. Stéphane Viry (LIOT).** Le droit à la santé est un droit constitutionnel. Nos concitoyens doivent pouvoir accéder à des soins quand ils en ont besoin. Vous avez indiqué quelles sont vos quatre priorités, dans un contexte instable qui rend l'action politique difficile. Je rappelle pour ma part que l'action à mener en ce domaine doit nécessairement s'inscrire dans le temps long. Il faut admettre que nous devons procéder autrement, revoir le logiciel de la santé en France et innover. La programmation pluriannuelle en matière de dépenses de santé me paraît désormais incontournable si l'on veut mener des réformes durables. On sait le faire dans le domaine militaire et dans celui de la sécurité. Que pensez-vous de l'idée d'avoir une loi de programmation quinquennale en matière de santé ? Cela nous permettrait, me semble-t-il, d'avoir de la visibilité, de réaliser des réformes et de renforcer le droit à la santé des Français.

Ma seconde question porte sur la répartition de la prise en charge des dépenses entre l'assurance maladie et les mutuelles de santé, qui me paraît dénaturée. J'ai un peu le sentiment qu'au fil du temps, un flou global s'est installé : on ne sait pas où l'on va, certaines cotisations augmentent, le tout au préjudice de tout le monde. L'idée a été émise d'une mutuelle complémentaire gérée par la sécurité sociale, et qui y serait intégrée. Selon ses promoteurs, cela serait dans l'intérêt des usagers, des adhérents et des patients. Quel est votre avis à ce sujet ?

**Mme la ministre.** On évoque peu ou prou tous les ans la possibilité d'instituer une loi de programmation relative à la santé. Les parlementaires et l'ensemble des acteurs, à commencer par les fédérations professionnelles, y sont assez favorables. Pour ce qui me concerne, je pense que ce n'est pas le sujet. Cela étant, je suis d'accord avec vous sur le fait qu'il faut s'inscrire dans la durée pour mener des réformes structurelles et qu'il est nécessaire de débattre du financement de notre système de santé.

Celui-ci repose sur les cotisations maladie versées par les actifs, dont le nombre croît moins vite que celui des retraités. Nous sommes confrontés, dans le domaine de la santé comme dans celui des retraites, à une difficulté démographique très nette. Le sujet principal est le financement global du système. Il s'agit de déterminer comment répondre au vieillissement de la population, qui va entraîner une augmentation des dépenses de soins, et à l'innovation, qui peut engendrer des coûts supplémentaires. Ce débat doit être public ; j'espère que nous l'aurons d'ici à la présidentielle. Nous avons commencé à poser des jalons en ce sens.

Ce qui me mène à votre seconde question. Du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de prises en charge en affection de longue durée (ALD), le poids financier pesant sur les assurances complémentaires diminue par rapport à celui qui est assumé par l'assurance maladie obligatoire. Il nous faut donc revoir cette articulation. J'ai confié une mission à ce sujet à quatre personnalités qualifiées, qui doivent formuler des propositions d'ici à l'été. Mais cela ne tranchera évidemment pas le débat politique qui doit être mené sur le financement de notre système de santé et la part du produit intérieur brut qui doit y être consacrée.

Je rappelle quand même que notre système, qui associe l'assurance maladie obligatoire aux assurances complémentaires, nous permet de bénéficier du reste à charge le plus bas – il a même diminué au cours des quinze dernières années – en même temps que d'un

allongement de notre espérance de vie en bonne santé. Avant de tout changer, commençons par réfléchir à notre mode de financement.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous en venons aux questions des autres députés.

**Mme Brigitte Liso (EPR).** Le 31 mars 2025, ma proposition de résolution pour une stratégie nationale de prévention sur le chemsex, qui invitait le Gouvernement à améliorer la connaissance épidémiologique, à renforcer la formation des professionnels et les parcours de soins et à déployer des actions de prévention en lien avec les plateformes numériques et les sites de rencontres, était adoptée à l'unanimité. De nombreuses expérimentations locales et initiatives associatives se sont développées mais aucune stratégie nationale à proprement parler n'a encore vu le jour. Il est vrai que l'essor de nouvelles drogues de synthèse et de nouvelles substances psychoactives ne favorise pas les avancées dans ce domaine.

Or le constat est terrible. Un article de presse parmi d'autres nous apprend que les overdoses liées au chemsex explosent à Paris et ont fait dix-huit morts depuis janvier – mais le phénomène touche également toutes les villes de province, et pas seulement les grandes. Il y a une demande de soins spécialisés. Quelles mesures concrètes comptez-vous prendre pour construire enfin une véritable stratégie nationale de prévention et faire face à l'essor des nouvelles drogues de synthèse ? Selon quel calendrier envisagez-vous de passer des expérimentations locales à une stratégie nationale ?

**Mme la ministre.** Face aux nouvelles drogues, on a le sentiment d'être toujours en retard. Elles doivent faire l'objet d'une campagne d'information et de sensibilisation, à l'instar de celle qui va être lancée concernant la cocaïne. Je tiens du reste à saluer les nombreux acteurs qui participent à ces actions sur le terrain ; nous devons les soutenir. Dans ce domaine, il faut agir très précocement, en s'adressant aux tout petits. C'est pourquoi nous travaillons, avec mon collègue Édouard Geffray, à l'élaboration d'un programme visant à améliorer les compétences psychosociales des jeunes : il s'agit de leur apprendre à dire non, à reconnaître le danger que présente un produit.

**Mme Brigitte Liso (EPR).** Cela pourrait se faire dans le cadre de l'éducation à la vie affective et relationnelle et à la sexualité.

**Mme la ministre.** Il convient également d'améliorer le repérage. Pour cela, nous allons proposer aux établissements de santé qui le souhaitent d'adhérer à la démarche *Making Every Contact Count*. Nous pourrions en financer plusieurs centaines. Il s'agit de former l'ensemble des professionnels d'un établissement de sorte que chacun d'eux sache détecter si un patient est concerné – même s'il est venu pour une verrue ! – et puisse l'orienter vers un parcours adapté. Cette démarche a démontré son efficacité dans d'autres pays et sera mise en œuvre d'ici à la fin de l'année.

Enfin, il faut améliorer l'accès aux soins des personnes dépendantes, notamment par des mesures financières, de ressources humaines et structurelles, en leur proposant un parcours très lisible. Je passe sur le renforcement des maisons des adolescents, qui font partie du réseau territorial.

**M. Pierre Marle (HOR).** Depuis la publication, en juin 2025, du rapport de l'Igas, la situation de l'association Asalée suscite de vives préoccupations. J'ai récemment reçu une délégation d'infirmières, qui m'en ont fait part avec beaucoup de dignité et d'émotion, mais

aussi d'inquiétude. Ces préoccupations concernent les quelque 2 000 infirmières et plus de 9 000 médecins mobilisés sur l'ensemble de notre territoire, mais aussi et surtout les patients qui bénéficient de leurs soins au quotidien. Car si des dysfonctionnements appellent, à juste titre, une réorganisation et une exigence accrue de transparence, la situation actuelle dépasse le seul cadre administratif et financier.

Sur le terrain, les infirmières ont continué pendant plusieurs semaines à assurer le suivi des patients atteints de maladies chroniques alors qu'elles n'étaient plus rétribuées. Depuis la mise en redressement judiciaire, les rémunérations de février et de mars ont pu être versées mais des inquiétudes persistent quant aux mois à venir, avec la crainte, pour ces professionnelles, de revivre une telle situation. Pourtant, elles continuent, par engagement, parce qu'elles savent que derrière chaque rendez-vous, il y a un patient. Des milliers de patients, souvent parmi les plus fragiles, risquent une rupture de leur suivi. De nombreux médecins nous alertent : ils ne pourront pas seuls absorber cette nouvelle charge.

Au-delà de la refondation, il y a une urgence humaine et sanitaire. Je me réjouis que les difficultés financières rencontrées par ces infirmières et ces médecins aient pu être en partie résolues récemment. Mais pouvez-vous nous indiquer si le Gouvernement envisage d'inscrire dans sa stratégie de redressement des comptes sociaux la pérennisation du modèle de l'association Asalée, sous une forme rénovée et sécurisée ?

**Mme la ministre.** Votre question m'offre l'occasion de saluer le travail réalisé par les binômes – un médecin et un infirmier – de l'association Asalée. Leur efficacité est attestée, s'agissant du suivi des maladies chroniques telles que le diabète.

Le Gouvernement soutient le dispositif Asalée. Nous avons fait le plus vite possible mais, une procédure judiciaire étant en cours, il a fallu attendre la désignation d'administrateurs provisoires pour pouvoir rémunérer les infirmières au titre des mois de février et de mars. Je tiens à les rassurer : la convention avec la Cnam continue de s'appliquer, de sorte que les administrateurs pourront continuer à verser leurs rémunérations aux personnels infirmiers dans les mois à venir. Les médecins n'ont pas non plus à avoir d'inquiétudes. Encore une fois, le Gouvernement tient à ce dispositif et tout est en place pour qu'il continue à fonctionner.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Nous avons demandé à la commission de vous auditionner spécifiquement sur la situation de l'association Asalée, dont les salariés, 2 050 infirmières et infirmiers, n'ont pas perçu de salaire pendant plus de deux mois.

Dans un courrier à mon collègue Christophe Bex, vous expliquez que la situation est notamment due au non-respect des normes de la commande publique. En réalité, ce qui est en cause, c'est le fait que moins de 10 % des infirmières respectent l'objectif conventionnel qui leur impose de rencontrer 1 205 patients par an. Mais si elles ne le respectent pas, c'est qu'il est presque impossible à atteindre.

Ces infirmières, je les ai reçues ; elles m'ont parlé de leur métier avec passion, en dépit d'un temps de travail d'en moyenne 40 heures par semaine. Leur mission est cruciale : elles apprennent à des patients atteints de maladies graves à prendre correctement leur traitement et à adapter leur vie tout en assurant le suivi auprès des médecins partenaires. Elles sont une solution à la désertification médicale qui éloigne tant les personnes des soins. Une infirmière Asalée passe au minimum 50 minutes avec un patient et assure un suivi sur plusieurs consultations.

Vous n'avez cessé d'assurer que les pouvoirs publics soutiennent la démarche, mais vous accusez désormais l'association de ne pas respecter des objectifs qui sont incompatibles avec cette démarche. Aussi, je vous demande d'apporter effectivement, une nouvelle fois, votre soutien aux soins coordonnés français, de nous dire quelles évolutions vous envisagez pour permettre à Asalée de sortir durablement de sa situation d'endettement et enfin de soutenir la transformation de l'association en coopérative en vous abstenant de l'intégrer au réseau France Santé, intégration que rejettent les infirmières.

**Mme la ministre.** Encore une fois, je veux rassurer les infirmières d'Asalée. Le Gouvernement ne porte aucune accusation. Le fait est que l'Igas a relevé, dans le cadre de plusieurs contrôles, des problèmes de gouvernance de l'association et de respect des règles de la commande publique qui l'ont conduite à saisir le procureur au titre de l'article 40 du code de procédure pénale. De ce fait, l'association a été placée en redressement judiciaire et des administrateurs provisoires ont été désignés. Face à cette situation, le Gouvernement – Yannick Neuder avant moi – réaffirme son attachement au dispositif Asalée, qu'il n'a absolument pas été question d'intégrer dans France Santé, et fait en sorte qu'il puisse se poursuivre, justement parce que nous savons l'efficacité de ces professionnels sur le terrain.

**Mme Karen Erodi (LFI-NFP).** Des infirmières et des patients de ma circonscription m'ont alertée sur la situation des malades chroniques abandonnés dans ce désert médical, qui étaient suivis depuis des années par des infirmières Asalée et ne savent plus qui va prendre en charge leur santé, les appeler pour assurer leur suivi médical, ajuster leur traitement.

Ces infirmières ont rejoint ce dispositif après avoir fui l'hôpital, épuisées. Elles ont fui les douze heures debout, les soins bâclés faute de temps, bref la maltraitance ordinaire que votre système inflige autant aux soignants qu'aux soignés. Elles ont choisi Asalée parce que cette association, ce modèle plus humain, leur permettait d'exercer autrement et de ne pas quitter la profession.

Or que leur proposez-vous ? Les maisons France Santé, un modèle fondé sur la tarification à l'acte qui broie les soignants et transforme les soins en rendement, c'est-à-dire précisément ce pour quoi elles ont quitté l'hôpital. Les problèmes de gestion du dispositif sont connus mais vous devez garantir cette solution alternative, particulièrement précieuse dans les nombreux déserts médicaux, et ce dans l'intérêt des patients atteints de maladies chroniques qui risquent une rupture de soins.

Cette semaine, Christelle m'a écrit ceci : « *Je vous contacte car ma fille a eu un rendez-vous avec son infirmière Asalée pour le suivi de sa perte de poids, et son infirmière lui a annoncé que le 20 mai, tout sera fini. Je viens vers vous pour sauver ses infirmières.* » Entendez-vous cet appel au secours ? Que répondez-vous à Christelle, à sa fille et à son infirmière Asalée ? Ces patients du département du Tarn et de toute la France, qui va les soigner, alors que l'offre de soins est en tension ? Enfin, soyez honnête : assumez-vous de dire à ces soignants que leur seul avenir est la maltraitance, l'épuisement ou l'abandon pur et simple du métier ?

**Mme la ministre.** D'abord, je peux vous assurer que mes réponses sont honnêtes. Ensuite, la convention que l'assurance maladie a signée avec l'association assure à cette dernière un financement annuel de 100 millions d'euros. Or les contrôles de l'Igas ont mis en évidence – déjà du temps du ministre Valletoux – des éléments qui l'ont incitée à agir au titre de l'article 40, déclenchant une judiciarisation et la désignation d'administrateurs provisoires.

Je vous demande de transmettre aux professionnelles le vrai message : le Gouvernement soutient le dispositif Asalée et les infirmières, qui ont été payées pour les mois de février et de mars, continueront à l'être par les administrateurs provisoires. Il s'agit maintenant de travailler à une gouvernance solide de l'association, afin que le pilotage de ces 100 millions d'euros d'argent public ne puisse soulever aucun doute.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** J'ai avec moi un courrier que vous avez adressé aux structures d'exercice coordonné participatives (Secpa). Au nombre de quelques dizaines, ces structures accomplissent un travail tout à fait exceptionnel, reconnu par l'ensemble des instances d'évaluation. Elles ont deux particularités qui les rendent indispensables.

D'abord, leur intervention est coordonnée avec des professions du soin mais aussi de la médiation, de la traduction et de l'accompagnement juridique. Ensuite, ces structures sont participatives, c'est-à-dire qu'elles organisent, informent, font œuvre de pédagogie et suscitent parfois des mobilisations en mettant en relation des personnes pour qu'elles puissent exercer collectivement leurs droits à la santé publique. À Toulouse, par exemple, la Case de santé organise des ateliers sur la procréation médicalement assistée, la protection maladie ou la préparation des rendez-vous médicaux chez le généraliste et le spécialiste. Elle a aussi créé un groupe de marche pour promouvoir le sport santé, etc. Dans ces structures, différents professionnels mènent un travail de prévention et de soin.

Or, depuis l'adoption du dernier PLFSS, leur système de financement est en danger. Nous avons été plusieurs, il y a quinze jours, à nous réunir à l'Assemblée avec des représentants et des représentantes des Secpa. Dans votre courrier du 9 février, vous confirmez que la pérennisation est assurée jusqu'en 2026 : il reste donc huit mois avant d'éventuels licenciements ! Au-delà, écrivez-vous, la pérennisation passera par une mesure législative qui permettra d'ancrer les vingt-six Secpa dans la durée. Nous sommes donc censés adopter une loi avant 2026. Or l'été arrive et, avec lui, la suspension des travaux parlementaires, puis viendra l'examen du PLFSS au mois d'octobre. Quand légiférerons-nous ? Quel est le rendez-vous ?

**Mme la ministre.** Au fond, ce courrier montre que je suis d'accord avec vous. Le Premier ministre s'est engagé à continuer à financer les Secpa en 2026. Ces centres, qui sont au nombre de vingt-six, font l'objet, je le rappelle, d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la LFSS 2018. Ils sont financés à hauteur de 12 millions d'euros par an. Nous avons pris très rapidement les mesures nécessaires pour que ce financement, qui n'était pas prévu dans le PLFSS, soit assuré en 2026.

Je rappelle également qu'à l'échéance d'une expérimentation, il est décidé soit d'y mettre fin, soit de la poursuivre, soit de la généraliser. Nous devons donc en débattre. Pour notre part, nous étudions la manière dont les Secpa peuvent être intégrées dans le droit commun. Encore une fois, le financement annuel de ces vingt-six centres s'élève à 12 millions d'euros, mais ils ont démontré leur intérêt en favorisant la médiation sociale, qui permet d'améliorer l'accès aux soins.

Pour l'heure, nous devons d'abord leur permettre de fonctionner en 2026, comme s'y est engagé le premier ministre. Ensuite, pour 2027, leur financement peut être assuré par une mesure dans le PLFSS. D'ici là, nous devons avoir fait le travail nécessaire sur le plan juridique pour intégrer le dispositif dans le droit commun – car il s'agit de rémunérer des professionnels qui n'appartiennent pas aux professions de santé – et avoir aussi mené un débat politique, car de vraies sommes sont en jeu.

**M. Jean-Hugues Ratenon (LFI-NFP).** À La Réunion, la situation des personnes reconnues par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est alarmante. Malgré des engagements successifs, l'offre médico-sociale reste dérisoire pour une population qui croît et vieillit.

Le constat est sans appel. Le manque de structures condamne certains adultes à attendre jusqu'à quinze années pour obtenir une place en établissement. Ce décalage structurel plonge des familles dans l'exclusion. Les aidants, piliers du système, sont au bord de l'effondrement. Cumulant l'accompagnement d'enfants handicapés et de parents dépendants, ils subissent de véritables burn-out familiaux qui fragilisent tout le parcours de soins.

Certes, dix-huit mesures de simplification ont été annoncées en juillet 2025, mais leur application concrète se fait attendre sur le terrain. La création de microstructures de proximité dans les différentes villes de l'île devient plus qu'indispensable afin d'apporter des réponses plus souples, plus rapides et mieux réparties territorialement.

L'urgence est là. Il faut renforcer de manière massive les solutions d'accompagnement, apporter un soutien réel aux aidants et mettre en œuvre de manière effective les promesses gouvernementales, pour répondre à la détresse des gens. Le besoin est clairement identifié. Au-delà des annonces, quel engagement concret, avec un calendrier précis, le Gouvernement est-il en mesure de garantir à La Réunion et aux outre-mer en général ?

**Mme la ministre.** Camille Galliard-Minier, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, aurait sans doute pu vous apporter une réponse plus précise que moi, qui ne dispose pas des éléments techniques nécessaires. Je sais que l'accès aux soins s'améliore à La Réunion, même si des difficultés demeurent dans l'est de l'île. Je vous répondrai plus précisément par écrit.

**Mme Audrey Abadie-Amiel (LIOT).** Le département de l'Ariège, comme d'autres territoires ruraux, est confronté à une aggravation préoccupante de la désertification médicale, qui met en cause le principe fondamental de l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2026, l'Ariège comptait environ 455 médecins, dont 367 seulement en activité régulière et 220 médecins généralistes, pour un territoire très rural de 325 communes. C'est une densité médicale insuffisante et inégalement répartie qui fragilise durablement l'accès aux soins des Ariégeois. Plus alarmant encore, certaines spécialités sont en voie de disparition. Entre 2010 et 2026, le nombre des ophtalmologues a chuté de 34 %, celui des ORL de 80 %, celui des psychiatres de 30 % et celui des radiologues de moitié. L'accès aux soins spécialisés devient ainsi pour de nombreux Ariégeois un véritable parcours d'obstacles, voire une impasse.

La désertification médicale constitue une menace majeure pour la santé des habitants des territoires ruraux. Faute de professionnels, beaucoup de patients peinent à trouver un médecin traitant et à accéder rapidement à des soins, ce qui entraîne des retards de diagnostic, un suivi insuffisant et parfois une aggravation des pathologies. Les populations les plus fragiles, notamment les personnes âgées ou à mobilité réduite, sont particulièrement exposées car elles dépendent fortement de la proximité des services de santé.

Il ne s'agit plus de dresser un constat mais d'apporter des réponses à la hauteur des enjeux. Quelles mesures concrètes, ambitieuses et territorialisées le Gouvernement entend-il prendre pour endiguer durablement la désertification médicale dans les territoires ruraux tels que l'Ariège ?

**Mme la ministre.** Je sais les difficultés et l'angoisse des citoyens qui cherchent à voir un spécialiste ou un généraliste. L'action que nous menons pour améliorer l'accès aux soins s'articule autour de plusieurs axes.

Premièrement, la formation. Il y a dix ans, nous avons supprimé le *numerus clausus*, puis nous avons transformé la première année des études de médecine. La « loi Neuder » du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation permet de faciliter le retour des jeunes Français partis étudier à l'étranger. Les docteurs juniors, des étudiants en quatrième année de médecine générale, qui sont au nombre de 3 700, vont arriver, notamment dans les zones sous-denses. Pour faciliter l'aide à l'installation dans les territoires, nous travaillons, avec Françoise Gatel, à la création d'un guichet unique qui permettra aux candidats à l'installation d'obtenir toutes les informations nécessaires, notamment sur les aides disponibles. Il devrait être opérationnel d'ici à la fin de l'année, dans l'ensemble des départements.

Deuxièmement, les compétences. Nous avons fait évoluer celles de certains métiers – je pense aux infirmiers en pratique avancée, nombreux dans votre département, à la loi sur la profession d'infirmier, dont les décrets ont été publiés, ou aux mesures relatives aux assistants médicaux afin de libérer du temps médical.

Troisièmement, l'organisation territoriale. Nous travaillons à l'application de la loi du président Valletoux visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Nous consentons aussi des efforts en faveur du développement de la télémédecine, qu'il s'agisse des téléconsultations assistées ou des télé-expertises, qui permettent d'avoir accès à des soins de spécialistes.

À cet égard, j'annoncerai prochainement des mesures qui permettront de réduire les délais d'accès aux spécialistes. Il s'agit de déployer les équipes de soins spécialisés créées par mes prédécesseurs, composées de spécialistes regroupés à l'échelle d'un département afin d'aider les médecins généralistes par télé-expertise. En Bretagne, le dispositif a permis, en quelques mois, de diminuer de trois mois les délais d'attente en dermatologie. Ces équipes doivent être développées de façon massive.

Par ailleurs, nous poursuivons le déploiement de mesures territoriales telles que Médecins solidaires, qui ont réalisé plus de 15 000 consultations à ce jour. Enfin, France Santé va permettre, là où il n'y a rien, de créer un noyau visible, avec quelques professionnels – une infirmière, une pharmacie – qui offriront un accès aux soins par téléconsultation accompagnée. J'ajoute que ces lieux France Santé pourront aussi attirer des professionnels, notamment de jeunes médecins, dont le nombre va augmenter puisque nous arrivons enfin dans les années où la suppression du *numerus clausus* va commencer à se faire sentir.

Je vous l'ai dit : l'accès aux soins est évidemment une de mes priorités.

**M. Jean-Philippe Nilor (LFI-NFP).** Lors de notre seule séance de travail à votre ministère, en décembre dernier, j'ai tenu à vous faire part de la complexité de l'accès aux soins en Martinique, de la situation alarmante de la psychiatrie, des difficultés liées à la

reconstruction de l'hôpital de Trinité, de la désertification médicale qui s'amplifie et de la situation financière et sanitaire désastreuse du CHU de Martinique.

Paradoxalement, l'État a ramené sa dotation aux hôpitaux martiniquais de 90 à 60 millions d'euros en 2025 et refuse toujours obstinément la revalorisation du coefficient géographique, notoirement sous-évalué depuis sa création en 2006. Dès lors, les problèmes de pénurie de professionnels de santé et d'accès aux soins se posent avec beaucoup plus d'acuité qu'ailleurs. Savez-vous que, dans les dix outre-mer, tous les jours meurent des patients qui auraient survécu s'ils avaient été soignés dans l'Hexagone ?

Dans ce contexte, je vous ai dit souhaiter que soit utilisé à titre expérimental en Martinique l'Heberprot-P, un médicament cubain qui a fait ses preuves dans plus de soixante-dix pays et qui permet d'éviter l'amputation systématique des patients diabétiques. Ce traitement coûterait, soit dit en passant, moins cher aux finances de la sécurité sociale. Avez-vous le courage d'accompagner cette proposition ?

Mon peuple ne peut plus s'inscrire dans une stratégie nationale qui l'ignore ou le sacrifie. Madame la ministre, je vous réitère ma demande d'audience, restée sans réponse à ce jour. Ma question sera simple : c'est oui ou non ?

**Mme la ministre.** Oui, évidemment.

La démographie médicale de la Martinique s'améliore et se situe désormais dans la moyenne nationale. Certes, celle-ci n'est pas géniale : je ne dis pas que tout va bien. Mais la situation s'améliore, même s'il est vrai que des inégalités territoriales persistent, notamment au détriment du Nord.

Je vous rejoins sur le fait que la situation des établissements reste fragile – comme cela peut être le cas dans l'Hexagone –, en particulier celle du CHU. C'est la raison pour laquelle, au-delà du plan d'efficience engagé depuis 2023, un effort financier important a été consenti sous la forme d'une aide en trésorerie de 317 millions d'euros. Nous nous sommes également engagés à améliorer l'accès aux soins par le déploiement du service d'accès aux soins et l'ouverture de centres de proximité. Par ailleurs, nous avons augmenté le nombre des infirmières formées en Martinique, dont une quinzaine en pratique avancée, et investi dans le centre d'imagerie. La Martinique, comme l'ensemble du territoire national, a toute mon attention s'agissant de l'accès aux soins.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Dans l'attente d'une réflexion sur l'évolution de la protection sociale dans les dix ans à venir, il me semble intéressant de s'interroger sur les dépenses autrement qu'en pensant à des coups de rabot.

Ainsi, j'observe qu'au titre de la prévention, qui fait partie des missions des professionnels de santé, la convention médicale accorde aux médecins traitants un forfait-socle de 100 euros annuels. Or, de fait, la vaccination n'est pas particulièrement bien suivie – les vaccins ne sont pas toujours inscrits sur le DMP ni dans les carnets de santé – et l'incitation au dépistage des cancers est insuffisante.

On observe aussi une augmentation constante des arrêts de travail, soit courts, qui désorganisent les entreprises, soit longs et coûteux pour la sécurité sociale. Le montant des indemnités journalières s'élève à 18 milliards d'euros. Des mesures ont été prises, dont une qui prévoit que certains contrôles puissent se faire désormais par visioconférence, sur rendez-

vous. Cela suscite tout de même quelques interrogations. Ne pourrait-on envisager un suivi plus exigeant des prescripteurs, puisque certains profils sont connus de la sécurité sociale depuis longtemps ? Et les jours de carence ne pourraient-ils pas faire l'objet d'une réflexion ?

Qu'en est-il par ailleurs du remboursement des cures thermales ? L'idée a été émise, dans un rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie, de mettre fin à leur prise en charge intégrale. La Cour des comptes a indiqué que la France était le dernier pays à prendre en charge de tels soins, pour un coût de 200 millions d'euros. Ne pourrait-on pas envisager une prise en charge différenciée en fonction de l'âge ou de la pathologie ?

Enfin, dans un récent rapport, la Cour des comptes révèle que les infections nosocomiales et les erreurs liées aux soins et aux médicaments entraînent de nombreux décès de patients et coûtent 6 milliards d'euros. Quelles incitations envisagez-vous de proposer pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?

**Mme la ministre.** La rémunération des médecins relève, je le rappelle, de la négociation conventionnelle, à laquelle vous savez mon attachement. Le forfait de prévention est variable.

Les chiffres de la campagne de vaccination contre la grippe sont un peu meilleurs que ceux de l'an dernier : le taux de vaccination s'établit aux alentours de 50 %. Je ne m'en satisfais pas. Il faut notamment, comme on l'a dit tout à l'heure, lutter dans ce domaine contre les fausses informations.

S'agissant des arrêts maladie, des mesures ont été prises dans le dernier PLFSS, parmi lesquelles l'encadrement des durées de prescription et la limitation à quatre ans de la durée des arrêts liés aux accidents de travail et maladies professionnelles. Nous avons présenté, avec le ministre du travail et le ministre de l'action et des comptes publics, un plan qui vise à réduire les arrêts de travail. En ce qui concerne mon ministère, nous avons demandé que la sécurité sociale concentre davantage ses contrôles sur les arrêts courts, qui ne sont pas les plus coûteux mais qui entraînent une déstabilisation des entreprises. L'instauration par l'assurance maladie de téléconsultations de suivi est effectivement en cours. Quant aux arrêts longs, j'ai proposé – les concertations vont débiter – que nous permettions aux personnes qui ne sont pas en ALD, c'est-à-dire principalement celles qui souffrent de troubles rhumatologiques ou de santé mentale, d'intégrer des parcours de réhabilitation en vue soit d'une reprise du travail, soit d'une prise en charge correcte de leur santé.

En ce qui concerne la question récurrente des cures thermales, je m'étais engagée, lors de l'examen du PLFSS, à saisir la Haute Autorité de santé (HAS), ce que j'ai fait. Celle-ci devrait nous présenter, cet été, sa méthode pour évaluer leur efficacité.

Enfin, je me suis exprimée tout à l'heure, en séance publique, sur les événements indésirables graves. Si l'on regarde les chiffres – moins de 7 000 des 375 000 événements sont déclarés –, c'est un véritable enjeu. La culture doit évoluer, pour se rapprocher de ce qui se fait par exemple dans le domaine de l'aviation. L'erreur n'est pas forcément une faute et elle est utile, collectivement, à l'apprentissage. On ne peut pas dire que rien n'est fait, mais il y a encore du travail et nous allons le faire. J'ajoute que la judiciarisation croissante dans le domaine médical ne contribue pas à améliorer le taux de déclaration. Il faut donc absolument changer d'état d'esprit. La faute est une faute, évidemment, mais l'erreur n'est pas toujours une faute.

**M. Christophe Bentz (RN).** Après vous avoir écoutée, je me dis que le temps est probablement venu de faire l'inventaire des politiques gouvernementales destructrices conduites dans tous les domaines pendant les mandats d'Emmanuel Macron. Le macronisme est en fin de règne, et c'est heureux. Depuis neuf ans, une dizaine de ministres de la santé se sont succédé. Mais pour quel résultat, finalement, si ce n'est le délitement de notre système de santé ? La désertification médicale progresse, la carence en soignants s'accroît, les pertes de chance se multiplient et, ce qui est probablement le plus grave, le taux de renoncement aux soins augmente.

Quelles mesures comptez-vous prendre dans les mois à venir pour améliorer très concrètement l'accès des Français aux soins de proximité, plutôt que de soutenir une loi totem, injuste, une loi d'abandon des patients – la proposition de loi sur le suicide assisté ou, comme vous l'appellez, l'aide à mourir ?

**Mme la ministre.** Pardon, monsieur le président, mais si je dois faire le bilan des dix dernières années, ma réponse sera un peu longue...

Je n'aurai pas la prétention de dire que tout va bien. En revanche, il y a de nombreuses améliorations à saluer, attestées par les chiffres. Le nombre de médecins formés, par exemple, enregistre une hausse d'environ 27 % – ce qui ne signifie pas pour autant que nos concitoyens considèrent que l'accès aux soins et la prise en charge sont bons, car il faut une dizaine d'années pour que la formation aboutisse : les nouveaux médecins commencent seulement à arriver. L'évolution des compétences libérera aussi du temps médical. Nos concitoyens ne ressentent pas cette amélioration parce que, dans le même temps, de nombreux praticiens partent à la retraite, mais le nombre de médecins formés évolue positivement.

Nous sommes nombreux dans cette commission à avoir travaillé aussi sur la question de l'organisation territoriale. Pour prendre l'exemple de ma circonscription, il y a encore cinq ans, un patient sans médecin traitant ne pouvait pas espérer obtenir un rendez-vous dans un délai de vingt-quatre heures. Désormais, grâce au service d'accès aux soins, aux communautés professionnelles territoriales de santé et à l'engagement des professionnels, c'est possible. Nous devons continuer à progresser, car ce n'est pas encore le cas partout, mais je crois que nous avons désormais les outils pour le faire.

Tout n'a pas été mal fait : les outils existent, il n'y a plus qu'à dérouler. Répéter à longueur de journée que le système va mal crée aussi chez les professionnels de santé le sentiment de travailler énormément sans espoir de résultat. Or c'est faux : grâce à diverses expérimentations organisationnelles ou financières, les professionnels de santé qui se mobilisent parviennent à améliorer la situation. Il y a encore beaucoup de travail et les problèmes que rencontrent nos concitoyens sont multiples, mais nous n'avions pas de baguette magique quand nous sommes arrivés aux affaires.

**Mme Céline Hervieu (SOC).** Je souhaite vous alerter sur la catastrophe industrielle que constitue, pour le secteur médico-social et de la petite enfance, la cession annoncée de la Fondation œuvre de la croix Saint-Simon (Focss), placée en redressement judiciaire en 2025. Cette institution de 120 ans d'âge gère à Paris près de soixante-cinq établissements médico-sociaux et de prise en charge de la petite enfance – une trentaine de crèches, deux centres de santé, deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou encore un hôpital mère-enfant. Elle emploie 1 800 salariés qui risquent de perdre leur travail, dont 800 professionnels de la petite enfance. On parle très peu de cette situation ; il me semble pourtant que si une usine de 1 800 personnes fermait, les médias s'en feraient l'écho.

Ce sont près de 1 000 places de crèches qui sont concernées à Paris. Si je tiens à évoquer ce cas, c'est parce qu'il est emblématique de la situation des structures associatives et mutualistes non lucratives, qui sont en grande difficulté alors qu'elles contribuent au soin et au service public de la petite enfance, auquel je vous sais attachée.

Bien sûr, les collectivités ont leur responsabilité – la Ville de Paris assumera la sienne s'agissant de la Focss – mais les structures associatives, qui promeuvent un modèle vertueux et innovant, sont en grande difficulté tandis que le secteur privé lucratif continue d'assurer sa rentabilité grâce à de l'argent public. Si le modèle associatif n'est pas soutenu, c'est ce modèle privé lucratif qui va prendre le dessus et faire main basse sur les structures. Ce modèle-là, celui de l'argent roi gagné sur le dos des familles et des petits, nous le refusons. L'État doit apporter un soutien clair à l'économie sociale et solidaire et au modèle mutualiste et associatif, contre la marchandisation et la financiarisation du secteur.

Que proposez-vous pour éviter que le privé lucratif ne reprenne les structures en danger ? Que peut-on faire pour sauver ces établissements et leurs salariés ? Le ministère compte-t-il intervenir dans la reprise de ces structures, en particulier de la Focss, pour garantir une priorité au secteur public ? La Ville de Paris fera au mieux, mais elle a besoin d'aide : elle ne peut pas être laissée seule dans cette situation catastrophique pour des milliers de familles et d'enfants.

**Mme la ministre.** Mes services sont en contact avec la Ville de Paris à propos de la Focss, qui est effectivement en redressement judiciaire. Ils suivent le dossier de très près. L'objectif est de maintenir ou de reprendre les activités concernées.

Vous évoquez plus largement le financement des modes de garde – crèches privées, microcrèches, crèches associatives. Nous avons besoin de tous ces modèles, qui sont le résultat d'histoires territoriales différentes. Nous devons également en refonder le financement, notamment pour prendre en compte la baisse de la natalité ; nous commençons à y travailler. Le Gouvernement a souhaité que cette évolution se fasse au plus près des collectivités, d'où la création du service public de la petite enfance. J'ai d'ailleurs missionné Élisabeth Laithier, qui connaît très bien ces questions, pour se rendre auprès des collectivités qui le souhaitent afin de les informer et de déployer ce service public auquel des montants élevés sont consacrés chaque année dans la LFSS.

Je réaffirme mon soutien aux structures associatives ou mutualistes et à l'ensemble des établissements concernés. En tout cas, nous suivons bien le cas particulier de la Focss.

**M. Jérôme End (DR).** Parmi vos objectifs, vous avez mentionné la volonté d'améliorer la formation et l'installation des praticiens dans la durée, en vous appuyant tout particulièrement sur les besoins des élus locaux et des territoires.

En Moselle, des contrats locaux de santé ont été conclus récemment et plusieurs sont en cours de rédaction. Le plus souvent, ces contrats prévoient déjà des financements publics versés par les ARS. Dans mon département, ils sont structurés autour de cinq axes, dont l'un, intitulé « démographie médicale et attractivité du territoire », concerne l'accompagnement financier des territoires en vue de faciliter l'installation de jeunes praticiens.

Or le décret du 5 janvier 2026 a rendu le contrat d'engagement de service public non cumulable avec tout autre contrat de même nature conclu avec une collectivité territoriale, y compris donc ces contrats locaux de santé qui étaient en train de devenir matures. On perd

ainsi une possibilité de contractualisation souple. Alors que des financements étaient disponibles, la capacité des collectivités locales à accompagner l'installation se trouve entravée par ce décret. Comment comptez-vous corriger cette difficulté et aider les collectivités mobilisées ?

**Mme la ministre.** Comme je l'indiquais, j'ai lancé il y a quinze jours une mission consacrée au guichet unique, lequel centralise dans chaque département les aides à l'installation. Cette mission est conduite par un médecin qui travaille à l'assurance maladie ainsi que par un président de département, M. Philippe Gouet.

Je vous rejoins sur un point : il n'est pas logique qu'une aide en exclue une autre. Leur attribution est un choix politique qui doit revenir aux collectivités. Les contrats d'engagement de service public posent d'autres problèmes – certains ne sont pas très bien appliqués et leur suivi doit être amélioré – mais vous avez raison : toutes les aides doivent être disponibles à un seul endroit et elles doivent évidemment pouvoir être cumulées si les politiques locales en sont d'accord.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** La santé mentale des mineurs, qui est un enjeu capital, n'est pas suffisamment présente dans les débats. Anne Stambach-Terreoir et moi-même y avons consacré un rapport d'information il y a un an, au nom de la délégation aux droits des enfants. Le constat est connu, et accablant : près de 1 600 000 enfants et adolescents souffrent de troubles psychiques. Les difficultés apparaissent de plus en plus tôt, avec une hausse préoccupante des tentatives de suicide et des phénomènes d'automutilation souvent encouragés et amplifiés par les réseaux sociaux.

Le Gouvernement envisage-t-il d'appliquer les recommandations qui figurent dans ce rapport, concernant notamment l'élaboration d'une stratégie ambitieuse, la formation des professionnels de santé, le rétablissement effectif du bilan de santé à 6 ans en milieu scolaire pour tous les enfants, et l'inclusion dans le bilan de santé des 12 ans d'un dépistage des troubles de la santé mentale ?

La protection de l'enfance est également un enjeu majeur. Les difficultés sont bien connues : des structures sous tension, un manque de moyens humains, des situations de maltraitance. Vous avez annoncé vouloir présenter en mai un projet de loi consacré à ce sujet. Ce calendrier sera-t-il tenu ? Il y a vraiment urgence à agir.

Vous avez aussi indiqué vouloir accorder une place plus importante aux tiers dignes de confiance et favoriser, lorsque cela est possible, le maintien de l'enfant dans son environnement familial. Quelles mesures comptez-vous prendre pour garantir que les enfants soient confiés à des professionnels qualifiés, formés et présentant toutes les garanties d'intégrité ?

Par ailleurs, des aides continuent trop souvent d'être versées à des parents qui n'assument plus la charge matérielle et effective de leurs enfants. Nous devons faire en sorte que les prestations familiales bénéficient bien aux enfants placés. Entendez-vous traiter cette situation dans votre projet de loi, au nom de la justice sociale et de la préservation de l'intérêt supérieur de l'enfant ?

**Mme la ministre.** Un débat consacré à la santé mentale des jeunes aura lieu demain dans l'hémicycle et un autre est prévu ce soir au Sénat : clairement, c'est un sujet important,

raison pour laquelle la santé mentale a de nouveau été consacrée comme grande cause nationale en 2026.

Dans ce domaine, il faut agir sur les origines des problèmes, renforcer l'accès aux soins et agir de façon interministérielle. J'aurai l'occasion, début juin, de faire le bilan des actions conduites en 2025 dans le cadre de la grande cause nationale. Beaucoup de choses ont été faites et les perspectives pour 2026 sont très ciblées sur la santé mentale des jeunes. La création d'une délégation interministérielle à la santé mentale rattachée à la DGS, que j'annonçais dans mon propos introductif, permettra en outre de gagner en force opérationnelle et d'agir plus rapidement, avec un pilotage efficace.

Ensuite, il faut agir sur les déterminants de la santé mentale, qui sont multiples – le sommeil, les usages du numérique, l'alimentation – et améliorer le repérage des signes. Mais vous savez tout cela.

Quant au projet de loi relatif à la protection de l'enfance, il est en cours d'examen au Conseil d'État ; le garde des sceaux et moi-même devrions le présenter en mai en Conseil des ministres. Il comportera effectivement des dispositions relatives aux tiers de confiance, l'objectif étant de privilégier l'accueil au sein d'une cellule familiale ou auprès de ces tiers de confiance plutôt qu'en milieu institutionnel. Plusieurs mesures devraient y aider, comme celles visant à accélérer l'adoption simple – on sait que certains enfants peuvent connaître jusqu'à six ou sept lieux d'accueil différents au cours de leurs deux premières années, alors même qu'il est très peu probable qu'ils puissent revenir un jour chez leurs parents –, mais aussi diverses mesures de simplification ou encore l'extension des contrôles d'antécédents judiciaires et de l'honorabilité.

Le texte ne comprendra que peu d'articles et il ne résoudra pas tout : il a fallu faire des choix, en raison du calendrier parlementaire, que vous connaissez mieux que moi. Nous aurons néanmoins l'occasion de débattre et je serai très ouverte aux mesures qui pourront être défendues. Le plus important, à mes yeux, est d'accélérer en matière d'adoption et de faire diminuer le nombre d'enfants institutionnalisés.

**Mme Delphine Lingemann (Dem).** L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap est non seulement une promesse et une exigence républicaine, mais aussi une attente de nombreuses familles. À la rentrée 2024, près de 490 000 élèves en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire et environ 11 000 unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis) accompagnaient plus de 119 000 élèves.

Si plus de 3 000 Ulis ont été créées depuis 2017, ces avancées restent insuffisantes. En réalité, les besoins dépassent les capacités : en 2024, plus de 14 000 élèves orientés vers une Ulis par la MDPH n'ont pas pu y accéder faute de place. Ainsi, ce droit pourtant reconnu ne trouve pas de traduction concrète. Plus préoccupant encore, on semble désormais accepter qu'un nombre élevé d'élèves restent sans solution adaptée, notamment dans le second degré.

Cette situation met en doute la crédibilité de notre politique d'inclusion des enfants en situation de handicap. Ladite politique repose sur une coordination étroite entre votre ministère, celui de l'éducation nationale et le secteur médico-social. Elle nécessite des moyens humains et financiers importants et, en particulier, suffisamment d'accompagnants d'élèves en situation de handicap et d'enseignants formés pour assurer un accompagnement adapté.

Comment envisagez-vous de réduire le nombre d'enfants qui ne trouvent pas de place en Ulis ? Que compte faire le Gouvernement pour accélérer la création de nouvelles Ulis et tirer les conséquences des limites de l'école inclusive ? Comment comptez-vous renforcer la coordination entre votre ministère et celui de l'éducation nationale, afin que chaque enfant en situation de handicap ne soit pas seulement inscrit à l'école, mais pleinement accompagné dans ses apprentissages ?

**Mme la ministre.** Vous l'avez dit, on compte 3 000 Ulis de plus qu'en 2017 ; malgré cela, l'écart entre les notifications et les places disponibles augmente.

Plusieurs leviers peuvent être actionnés. Nous devons effectivement continuer à créer des places en Ulis, notamment dans les territoires en tension, qu'il nous faut cartographier. Nous souhaitons également structurer davantage le modèle de l'école pour tous en renforçant les pôles d'appui à la scolarité, dont le nombre devrait être porté de 479 en 2025 à 3 000 d'ici à 2027. Cette montée en puissance est financée grâce aux crédits du plan « 50 000 solutions », dont les résultats sont pour l'heure supérieurs aux prévisions.

Enfin, Camille Galliard-Minier, qui est très investie sur ces questions, travaille avec le ministre de l'éducation nationale à l'élaboration d'un texte relatif à l'école inclusive.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Le passage en force de l'État en vue de brader l'Hôtel-Dieu, un des plus vieux hôpitaux de France, situé en plein cœur de la capitale, est proprement scandaleux. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'apprête à céder 40 % de sa surface à Novaxia, un promoteur immobilier privé condamné à plusieurs reprises par l'Autorité des marchés financiers, pour que ce dernier y construise des commerces de luxe et un restaurant gastronomique.

Du fait de sa localisation centrale, de sa desserte par les transports en commun et de l'ensemble des services très diversifiés qu'il accueille, l'Hôtel-Dieu est pourtant essentiel pour l'accès aux soins des habitants ainsi que des touristes. Son projet de santé tient tout à fait la route et pourrait même être étoffé. Mais, en fin d'année 2025, le préfet a validé une modification du plan local d'urbanisme autorisant l'AP-HP et Novaxia à y construire des commerces, des bureaux et des restaurants gastronomiques, revenant ainsi sur la décision du conseil de Paris, en 2024, de garantir la vocation hospitalière de toute la surface de l'établissement. C'est un déni démocratique inacceptable. Les activités lucratives de Novaxia n'ont rien à faire dans un lieu qui a toujours été réservé à l'hôpital public. C'est particulièrement vrai à l'heure où les besoins en santé comme les besoins en hébergement du personnel hospitalier ou des publics précaires sont si grands.

Confirmez-vous cette vente à la découpe de l'Hôtel-Dieu ? Combien de mètres carrés d'hôpital public ont été bradés à des intérêts privés au cours des dix dernières années ? Cette politique est-elle appelée à se poursuivre ?

**Mme la ministre.** Je vous propose de poser la question à l'AP-HP, qui gère seule son foncier. Si j'osais une boutade, je vous conseillerais aussi d'aller visiter l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce que je peux dire, avec le plus grand sérieux, c'est que les investissements hospitaliers ont considérablement augmenté ces dernières années, notamment dans le cadre du Ségur de la santé : ils dépassent les 6 milliards d'euros. J'ai proposé qu'on les programme sur

dix ans, afin de donner de la visibilité aux équipes. Au-delà, je laisse l'AP-HP gérer son foncier.

**M. Yannick Neuder (DR).** Je me permets de vous interpeller à propos de l'application de la loi du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation, dont j'ai été l'auteur comme député et que j'ai fait aboutir comme ministre après son adoption transpartisane. Ce texte a pour objectif de lutter contre les déserts médicaux, grâce notamment à trois mesures : la suppression du numerus apertus, l'aide au retour des étudiants partis à l'étranger – en Roumanie, en Belgique, en Espagne – et la multiplication des passerelles à la disposition des professionnels paramédicaux souhaitant reprendre des études de santé.

Malheureusement, aucun des décrets attendus n'a été publié et aucune filière de rapatriement des étudiants français poussés à se former à l'étranger ne semble se constituer.

Le premier décret en attente concerne l'article 1<sup>er</sup>. Il doit préciser les modalités d'accroissement des capacités d'accueil des universités ainsi que les moyens financiers et humains dégagés en ce sens par l'État. Sans lui, les ARS et les conseils territoriaux de santé n'ont aucun levier réel pour déployer ces moyens. Où en est la rédaction de ce décret ? Quels crédits budgétaires y sont adossés ?

Le deuxième décret en attente porte sur l'article 3, relatif aux passerelles destinées aux professionnels paramédicaux. Vous avez indiqué, le 17 avril dernier, vouloir les renforcer lors de la réforme du parcours d'accès spécifique santé/licence accès santé (Pass/LAS), réforme que je salue. L'article 3 va donc dans le même sens.

Le troisième point concerne le rapatriement des près de 1 600 étudiants français qui partent se former en Europe chaque année. L'article 2 prévoit qu'un décret déterminera les modalités d'accès à la formation de médecine des étudiants français inscrits à l'étranger avant la promulgation de la loi, ainsi que la remise d'un rapport de suivi. Le Gouvernement a-t-il pu créer ces filières de rapatriement ? De nombreuses familles en attente d'une réponse s'adressent à moi. Cette loi, adoptée à l'unanimité, suscite un véritable espoir pour des milliers de jeunes désireux de servir le système de santé français, et son application est nécessaire pour consolider l'accès aux soins. J'ajoute que si nous ne sommes pas proactifs, d'autres tenteront d'attirer ces étudiants dont nous avons tant besoin : certains pays – l'Allemagne, la Suisse, plus récemment le Maroc – proposent déjà à des étudiants français formés en Roumanie, en Espagne ou au Portugal de s'installer chez eux.

**Mme la ministre.** Pour avoir moi-même fait adopter des propositions de loi dont les décrets ont mis du temps à être publiés, je comprends votre impatience et je suis très vigilante sur cette question.

Le premier décret, relatif à la borne haute des capacités de formation des universités, devrait sortir dans les jours à venir. Pour les autres, la concertation est en cours. En matière de démographie médicale, notamment, la définition des objectifs nationaux pluriannuels pour la période 2026-2030 a nécessité une concertation territoriale de plusieurs mois pilotée par les ARS ; le ministre Baptiste et moi-même comptons déterminer cette trajectoire d'ici à la mi-juin. Quant aux filières de formation à l'étranger, nous travaillons à l'élaboration d'une plateforme nationale pour simplifier les retours.

Nous essayons d'être efficaces dans la publication des décrets, dont la rédaction n'est pas simple et nécessite beaucoup de concertation. Comptez sur mon engagement en ce sens.

**M. Théo Bernhardt (RN).** Le 7 avril dernier, j'avais posé à votre collègue Camille Galliard-Minier une question orale sans débat concernant l'avenir de l'hôpital de Wissembourg. Demain se tiendra le dernier comité de pilotage, à l'occasion duquel seront rendues les conclusions des travaux menés depuis plusieurs mois. Vous aviez annoncé la venue de deux médecins à l'automne ; j'avais aussi entendu dire que deux praticiens devaient s'installer à Wissembourg. S'agit-il des deux mêmes, ou de deux médecins supplémentaires ?

Parallèlement, les projets de maisons de santé se multiplient dans les communes rurales de ma circonscription. Je pense notamment à celle de Schleithal, qui vient d'être créée et qui recherche des médecins. Un partenariat avec l'État pourrait-il être envisagé ?

Je peux bien sûr attendre que vous vous renseigniez sur ces questions très locales avant de m'apporter une réponse.

**Mme la ministre.** Je n'ai effectivement pas en tête la situation précise votre hôpital, mais je me renseignerai auprès de l'ARS afin de pouvoir vous répondre.

Vous demandez, au fond, comment favoriser l'accès aux soins dans les zones rurales. Il me semble que les élus locaux et les parlementaires ont un vrai rôle pour faciliter l'accueil des 3 700 docteurs juniors qui arriveront en novembre : ce seront des médecins en formation, ce qui suppose de trouver des enseignants, donc de motiver les professionnels susceptibles de jouer ce rôle.

Ces mêmes élus ont aussi un rôle à assumer dans le déploiement des GHT. Tous les rapports montrent que, quand un tel groupement fonctionne bien, l'accès aux soins est préservé dans les zones qui comptent les plus petits établissements. C'est un vrai rôle d'aménagement du territoire : il revient à l'élu de convaincre que le GHT ne signe pas la disparition des établissements de proximité, mais qu'il contribue au contraire à les renforcer.

**Mme Justine Gruet (DR).** La prévention, pilier central de notre système de santé, reste trop peu investie alors qu'elle conditionne notre capacité à vivre en bonne santé. Dans ma circonscription, à Pont-d'Héry, un projet d'équipe mobile de lutte contre l'obésité est en cours pour pérenniser les prises en charge en allant vers les patients. Dans le Jura, le bus Santé des femmes recrée du lien et facilite l'accès aux soins pour des publics éloignés du dépistage et des suivis. La Maison des adolescents, où des professionnels de qualité œuvrent à préserver la santé mentale des jeunes, est une structure précieuse, une porte toujours ouverte. Ces initiatives demandent du temps, des moyens et un engagement continu.

Le vieillissement de la population impose aussi de prévenir la perte d'autonomie et de garantir des parcours de vie fluides, ce qui suppose de renforcer le maintien à domicile et de mieux former les professionnels. Or si, comme vous l'avez souligné, le reste à charge a baissé pour la branche maladie, c'est loin d'être le cas pour la branche dépendance. Quelle injustice !

Les retours du terrain concernant la réforme des fauteuils roulants, évoquée par Sylvie Bonnet, sont préoccupants : ils font état d'une grande complexité administrative, de refus de dossier, de délais excessivement longs. Ces dysfonctionnements fragilisent des

personnes déjà vulnérables alors que l'accès aux aides techniques devrait être simple et garantir leur dignité.

D'autre part, l'intérêt du thermalisme comme levier de prévention et de maintien de l'autonomie est sous-estimé. Cette activité de thermalisme, dont vous avez annoncé qu'il ferait enfin l'objet d'une évaluation, est en outre très présente dans les zones rurales, ce qui n'est pas neutre dans un contexte de difficultés d'accès aux soins.

Enfin, la formation des futurs professionnels de santé soulève des inquiétudes. La réforme de l'accès à l'internat et l'instauration d'une note éliminatoire en deçà de quatorze sur vingt suscitent des interrogations, tout comme le déploiement des docteurs juniors, encore marqué par un manque de lisibilité, dans un contexte où personne ne veut prendre ses responsabilités.

Quelle est votre feuille de route ces questions ?

**Mme la ministre.** Je crois que nous nous accordons tous sur la nécessité de structurer et de financer la prévention.

Pour ce qui est des étudiants, le ministre de l'enseignement supérieur et moi-même avons proposé une réforme de la première année : le dispositif Pass/LAS, qui était source de multiples débats et de beaucoup de souffrance, sera remplacé, à la rentrée 2027, par un modèle unique dans chaque département.

Quant à l'arrivée des docteurs juniors en novembre, les parlementaires auront un vrai rôle à jouer. La réforme a fait l'objet de réunions de concertation hebdomadaires avec les syndicats d'étudiants et de médecins. J'ai d'ailleurs proposé qu'elle fasse l'objet d'un suivi chaque semaine à compter de son entrée en application. Nous avons introduit de la souplesse dans le dispositif, en permettant par exemple un éloignement géographique entre l'étudiant et le médecin qui l'encadrera. Je crois que nous sommes parvenus à un équilibre satisfaisant pour toutes les parties concernées et que ce dispositif apportera une réelle amélioration, notamment dans les zones sous-dotées, où les places seront proposées en priorité.

Il est possible que, dans certains endroits, on compte davantage d'encadrants volontaires que d'internes, ce qui risque de causer des déceptions parmi les élus locaux et les médecins généralistes. Je demande qu'on accompagne cette réforme collectivement, en gardant à l'esprit qu'une génération entière de médecins viendra tous les ans : si certains ne sont pas concernés la première année, ils pourront l'être l'année suivante. Par ailleurs, l'objectif est aussi que certains de ces jeunes s'installent à l'endroit où ils auront effectué leur quatrième année, si bien qu'à terme, certaines zones n'auront plus besoin d'étudiants. En tout cas, les parlementaires auront un rôle à jouer pour accompagner les jeunes et les enseignants, et faire en sorte que cette réforme se passe bien.

Je reviendrai vers vous concernant la note éliminatoire pour accéder à l'internat.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Toutes les modalités de rémunération et d'exercice afférentes au dispositif des docteurs juniors sont-elles stabilisées ?

**Mme la ministre.** Oui.

**Mme Agnès Pannier-Runacher (EPR).** Plusieurs sujets de santé environnementale ont fait l'objet d'initiatives parlementaires récentes.

Je pense tout d'abord à la mesure relative aux substances per- ou polyfluoroalkylées (Pfas) figurant dans le projet de loi de finances, qui devait faire l'objet d'un décret en vue d'une application initialement prévue en mars. Je sais que vous n'êtes pas leader sur cette question, mais votre soutien est nécessaire à l'aboutissement du dossier. Que pouvez-vous nous en dire ?

Par ailleurs, le décret du 28 janvier 2025 relatif à l'interdiction d'utiliser de la vaisselle plastique dans les cantines scolaires a été annulé en raison d'un problème juridique que j'avais d'ailleurs relevé à l'époque. Comment comptez-vous rebondir pour sécuriser cette mesure ? Comptez-vous soutenir la proposition de loi transpartisane déposée par mes collègues Melchior et Riotton ?

Quelle est votre position à propos du cadmium, qui a fait l'objet de travaux récents de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) ainsi que d'une proposition de loi ? Que recommandez-vous pour protéger les Françaises et les Français ?

Enfin, certaines évaluations montrent que les conséquences sanitaires de l'alimentation ultratransformée sont à l'origine d'environ la moitié du déficit de la sécurité sociale – cela peut se discuter, mais l'ordre de grandeur est là. Que comptez-vous faire sur ce point ?

**Mme la ministre.** On pourrait consacrer une audition entière à la santé environnementale, ce qui permettrait d'ailleurs de s'exprimer calmement et avec nuance – car ces questions sont souvent présentées comme très simples, alors que les connaissances scientifiques évoluent et que leur interprétation peut être compliquée. Ce qui est certain, c'est que mon rôle est de suivre ces questions et de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé de nos concitoyens, en lien avec mes collègues ministres et en me fondant sur l'expertise des agences indépendantes, dans un souci d'équilibre mais sans tabou.

Le décret relatif aux Pfas se trouve actuellement au ministère de la transition écologique : les choses avancent et devraient aboutir. Parallèlement, des contrôles sont effectués dans les zones de captage et la loi de 2025 s'applique. De gros travaux sont faits, notamment dans certaines ARS, auxquelles je rendrai visite pour pouvoir diffuser ce travail.

S'agissant du cadmium, l'Anses a montré que l'imprégnation des sols entraîne une persistance importante de ce métal lourd chez les Français – ce qui ne veut pas forcément dire que ces derniers développent des maladies. Cette exposition entraîne probablement des atteintes rénales aiguës, notamment chez les enfants et les personnes vivant dans les secteurs les plus fortement imprégnés. J'insiste sur le fait que cette contamination se mesure avant tout dans les sols, car c'est ce qui explique pourquoi le débat sur l'intérêt de l'alimentation bio n'est pas encore tranché scientifiquement.

Conformément à la recommandation de la HAS, le dosage de cadmium dans les urines sera remboursé à l'état dans les cas où il présente un intérêt médical particulier, par exemple si un jeune patient présente une atteinte rénale dont l'origine n'est pas identifiée. Le médecin pourra alors recommander d'adopter une alimentation diversifiée, notamment en évitant de consommer des aliments cultivés dans un potager très imprégné en cadmium. Parallèlement, nous avons adopté une trajectoire de baisse de la teneur en cadmium des engrais plus exigeante que la réglementation européenne, afin de réduire l'imprégnation des sols.

Enfin, l'annonce du Président de la République lors du sommet *One Health* de Lyon a permis de lancer une initiative internationale en vue de mieux définir les aliments ultratransformés et d'inciter les pays qui le souhaitent à déployer des politiques nationales dans ce domaine. Nous devons profiter de cette dynamique pour avancer.

**M. René Lioret (RN).** Vous estimez que la prévention de nouvelles épidémies fait partie que vos missions. À cet égard, je m'étonne qu'on n'ait toujours pas tiré de véritable bilan de la pandémie de covid, ni à l'échelon national, ni à l'échelon européen.

On pourrait pourtant s'interroger. Avons-nous eu raison de confiner ? Avons-nous comparé nos résultats à ceux de pays qui n'avaient pas fait ce choix, à l'instar de la Suède ? Avons-nous eu raison de vacciner les enfants pour éviter qu'ils ne propagent la maladie, alors qu'on a su par la suite que le vaccin ne protégeait ni de l'infection ni de la transmission ? Avons-nous eu raison de répéter à l'envi, à la télévision et jusque sur les panneaux d'information des autoroutes, le message « tous vaccinés, tous protégés », au point que certains, se sentant protégés car vaccinés, se sont mis à négliger les masques et les gestes barrières ?

Comment espérer se préparer à une nouvelle épidémie sans tirer les leçons de celle qui vient de passer – qui est partie silencieusement avec la guerre en Ukraine et dont on ne parle plus du tout avec la guerre en Iran ?

**Mme la ministre.** Je ne dis pas que c'est votre objectif, mais la façon dont vous posez la question risque d'entraîner une forme de désinformation : chaque prise de parole de ce type est reprise sur les réseaux sociaux et alimente le doute sur l'intérêt de la vaccination.

**M. René Lioret (RN).** J'ai parlé du confinement, pas de la vaccination.

**Mme la ministre.** Vous avez aussi parlé de vaccination, notamment de celle des enfants. Or le simple fait de parler de la vaccination des enfants pendant l'épidémie de covid entraîne le déchaînement d'une horde d'antivax sur les réseaux sociaux.

Les études scientifiques montrent que la vaccination contre la covid a permis d'éviter de nombreux morts. Je n'ai plus le chiffre précis en tête, mais les données sont disponibles. Cette question n'a rien d'anodin : des ministres ont été mis en difficulté et même traduits en justice sur ce sujet. Dans la vie, on peut toujours faire mieux, mais la science montre clairement les effets bénéfiques de la vaccination, notamment contre la covid.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Merci pour vos réponses, madame la ministre.

*La réunion s'achève à dix-neuf heures dix.*

### Présences en réunion

*Présents.* – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, M. Elie Califer, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Catherine Dellong Meng, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Jérôme End, Mme Karen Erodi, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Justine Gruet, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Alim Latrèche, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, M. Pierre Marle, M. Christophe Mongardien, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Danielle Simonnet, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

*Excusés.* – Mme Anchya Bamana, Mme Béatrice Bellay, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, Mme Karine Lebon, Mme Christine Loir, M. Sébastien Peytavie

*Assistaient également à la réunion.* – Mme Céline Hervieu, Mme Delphine Lingemann, M. Jean-François Rousset, M. Jean-Luc Warsmann