

N° 2063

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 novembre 2025.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI
de finances pour 2026,

TOME I

SANTÉ

PAR M. CHRISTOPHE BENTZ,

Député

Voir les numéros : **1906, 1996** (annexe 40).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ	7
I. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS	8
II. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE	11
III. LE PROGRAMME 379 REVERSEMENT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE (FRR) EUROPÉENNE AU TITRE DU VOLET « SÉCUR INVESTISSEMENT » DU PLAN NATIONAL DE RELANCE ET DE RÉSILIENCE (PNRR)	12
SECONDE PARTIE : L'ÉVOLUTION DU RÔLE ET DES COMPÉTENCES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ	15
I. FACE À UNE ORGANISATION VERTICALE ET SOUS-OPTIMALE DE LA SANTÉ, LES PRÉROGATIVES DE L'ÉTAT DOIVENT ÊTRE REPENSÉES...	15
A. BIEN QUE COMPÉTENT DANS LE CHAMP SANITAIRE, L'ÉTAT DEMEURE DÉFAILLANT À L'ÉCHELON CENTRAL	15
1. L'État est compétent en matière de santé	15
2. L'État s'est organisé de manière centralisée, non sans difficulté.....	16
3. Une action, une organisation et un pilotage de l'État à l'échelon central particulièrement critiqués.....	16
B. À L'ÉCHELLE TERRITORIALE, L'ÉTAT DÉCONCENTRÉ APPARAÎT DÉCONNECTÉ DES BESOINS LOCAUX PAR LE BIAIS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ	17
1. Les agences régionales de santé ont été conçues pour que l'État gagne en efficacité à l'échelle territoriale	17
2. Quinze ans après leur création, les agences régionales de santé déploient une action défailante et déconnectée des réalités locales	18

C. CONFORTER L'ÉTAT DANS SES PRÉROGATIVES SANITAIRES ESSENTIELLES, TOUT EN REPENSANT SON ORGANISATION.....	19
1. À l'échelon central, l'État doit se limiter à certaines prérogatives et se restructurer	19
2. À l'échelle des territoires, les agences régionales de santé, incarnant le problème de la suradministration de l'État, doivent être supprimées afin d'octroyer les missions de l'État déconcentré aux préfets de départements, garants de l'équité territoriale.....	20
II. AUJOURD'HUI SIMPLES PALLIATIFS DES CARENCES ÉTATIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ, LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DOIVENT ÊTRE EN PREMIÈRE LIGNE AU NIVEAU DU BASSIN DE VIE EN SYNERGIE AVEC L'ÉTAT	22
A. SANS COMPÉTENCES SANITAIRES RÉELLES, LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES TENTENT DE PALLIER LES NOMBREUSES CARENCES DE L'ÉTAT	22
1. Des compétences sanitaires limitées.....	22
2. Des actions nombreuses aux résultats concrets	24
3. Les politiques publiques locales pourraient toutefois être mieux structurées et ciblées.....	26
B. OCTROYER AUX COLLECTIVITÉS TERRITORIALES L'ESSENTIEL DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ.....	27
1. La distribution des compétences sanitaires entre les différents échelons de collectivités territoriales est nécessaire	27
2. Le bassin de vie doit devenir l'échelle de référence pour adapter les politiques sanitaires aux besoins locaux	28
3. Une telle réforme des compétences de l'État et des collectivités territoriales permettra une symbiose de l'ensemble des acteurs	30
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	33
I. AUDITION DES MINISTRES	33
II. PRÉSENTATION DE L'AVIS DU RAPPORTEUR	61
III. EXAMEN ET VOTE DES CRÉDITS	76
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR	87

AVANT-PROPOS

La mission *Santé*, dont les crédits s'élèvent à près de **1,7 milliard d'euros** dans le projet de loi de finances pour 2026, est une mission du budget de l'État portant sur une thématique relevant très largement du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Le présent rapport décline dans une première partie les crédits présentés dans le projet de loi de finances pour 2026.

Au terme de cette analyse, le rapporteur émet un **avis défavorable** quant à l'adoption des crédits des programmes 204, 183 et 379. Il regrette, en outre, le manque de données transmises concernant les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État alors que ce dispositif représente la quasi-entièreté des crédits de la mission. L'analyse des crédits est suivie d'une présentation thématique centrée sur la problématique de **l'enchevêtrement des compétences de l'État et des collectivités territoriales** dans la conduite des politiques sanitaires.

Dans ce cadre ont été auditionnés des associations d'élus locaux, des acteurs hospitaliers, des dirigeants d'agences régionales de santé, des représentants de professionnels de santé, des administrations ainsi que des collectifs d'usagers. Au cours de ses investigations à la fois sur la partie financière et sur la partie thématique, le rapporteur a pu constater à regret que **la politique de santé restait largement définie au niveau national** alors qu'une nécessité de rapprochement des territoires se fait jour, afin de répondre au plus près aux besoins des patients.

Si la santé est d'abord une compétence de l'État qui doit garder un rôle de pilotage pour **réduire les fractures territoriales et sociales**, les collectivités territoriales jouent un rôle croissant pour pallier ses défaillances. C'est en particulier l'État faussement déconcentré à travers les agences régionales de santé qui fait défaut, l'excès de prérogatives de ces agences rendant difficile la prise en compte des particularités locales. Or, **sans compétences sanitaires réellement reconnues, les collectivités territoriales assument aujourd'hui des fonctions de premier plan** qui tendent à être de plus en plus valorisées, notamment à l'échelon communal et départemental. Les travaux préparatoires ont mis en lumière de nombreuses actions concrètes menées dans les territoires, aux côtés des praticiens mais aussi des usagers, qui sont sources d'inspiration.

L'intervention des collectivités territoriales doit être **mieux ordonnée** pour que le moindre euro investi dans les services publics de santé de proximité soit utile et performant. En réformant à la fois les compétences de l'État et celles des collectivités territoriales pour une meilleure symbiose entre tous les acteurs et en faisant du **bassin de vie** l'échelon de référence, notre système de santé ne s'en trouvera que plus juste et plus efficace.

*

PREMIÈRE PARTIE L'ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ

● La mission *Santé* se compose depuis 2023 de trois programmes placés sous l'autorité de la ministre chargée de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées :

- le programme 183 *Protection maladie* ;
- le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* ;

– le programme 379 *Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)*, créé par la loi de finances pour 2023 ⁽¹⁾.

● Les crédits affectés à la mission *Santé* dans le projet de loi de finances pour 2026 connaissent une hausse significative à près de 1,672 milliard d'euros en crédits de paiement (+ 12,83 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2025). Alors que le programme 204 enregistre une légère progression (+ 0,98 %) et que le programme 183 ne fait état d'aucune évolution, le programme 379 bénéficie, quant à lui, d'une augmentation particulièrement importante de 348,15 %, passant en volume de 54 à 242 millions d'euros.

● En dépit des critiques formulées chaque année par la représentation nationale, la mission *Santé* prend appui sur deux principaux indicateurs, présentés comme les plus représentatifs :

– l'indicateur général 1.1 d'état de santé perçue, correspondant au pourcentage de la population de 16 ans et plus se déclarant en bonne ou très bonne santé générale. Il fait apparaître un bon ou très bon état de santé général ressenti par 64,9 % des citoyens en 2023, la cible fixée pour 2026 étant de 66,5 % ;

– l'indicateur général 1.2 d'espérance de vie en bonne santé, dont la cible à la naissance est fixée à 67,3 ans en 2026.

Comme l'avait souligné le rapporteur il y a trois ans, lorsqu'il exerçait déjà la fonction de rapporteur pour avis des crédits de la mission *Santé* ⁽²⁾, l'écueil de ces indicateurs généralistes réside dans le fait qu'ils **ne tiennent compte ni des spécificités régionales ni des disparités sociales**.

(1) Loi n° 2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023.

(2) Avis n° 364, tome I, de M. Christophe Bentz au nom de la commission des affaires sociales sur la mission Santé du projet de loi de finances pour 2023, 19 octobre 2022.

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET ACTION POUR 2025 ET 2026

(en euros)

Programmes et actions	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	Variation annuelle	Ouvertures	Variation annuelle
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	219 499 664 210 471 256	- 4,11 %	211 729 644 213 801 236	+ 0,98 %
11 – Pilotage de la politique de santé publique	52 747 240 44 897 240	- 14,88 %	52 777 220 44 927 220	- 14,87 %
12 – Santé des populations	919 887 919 887	-	919 887 919 887	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	43 532 163 53 132 163	+ 22,05 %	43 532 163 53 132 163	+ 22,05 %
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	28 269 998 28 109 998	- 0,57 %	28 269 998 28 109 998	- 0,57 %
16 – Veille et sécurité sanitaire	19 426 322 7 607 914	- 60,84 %	19 426 322 7 607 914	- 60,84 %
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 261 537 4 261 537	-	4 261 537 4 261 537	
19 – Modernisation de l'offre de soins	70 342 517 71 542 517	+ 1,71 %	62 542 517 74 842 517	+ 19,67 %
183 – Protection maladie	1 216 300 000 1 216 300 000	-	1 216 300 000 1 216 300 000	
02 – Aide médicale de l'État	1 208 300 000 1 208 300 000	-	1 208 300 000 1 208 300 000	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	8 000 000 8 000 000	-	8 000 000 8 000 000	
379 – Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %
02 – Ségur investissement du PNRR	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %
Totaux	1 489 799 664 1 668 771 256	+ 12,01 %	1 482 029 644 1 672 101 236	+ 12,83 %

Source : projet annuel de performances pour 2026 de la mission Santé.

I. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

• L'orientation poursuivie en 2026 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins est présentée comme s'inscrivant en cohérence avec la stratégie nationale de santé. Toutefois, le rapporteur souligne que la nouvelle stratégie n'a toujours pas été publiée alors que la précédente est arrivée à échéance en 2022.

Les axes principaux du programme 204 sont logiquement identiques à ceux de l'année précédente, soit :

- piloter et coordonner le réseau des opérateurs pour une meilleure efficacité de la prévention et de la sécurité sanitaire ;

- promouvoir la recherche et mobiliser les connaissances scientifiques pour une meilleure politique de santé publique ;

- améliorer la gestion des crises sanitaires et des situations d'urgence ;

- moderniser l'offre de soins.

- Aussi, le programme 204 se voit assigner deux objectifs principaux également identiques à l'année précédente :

- améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé ;

- prévenir et maîtriser les risques sanitaires.

Pour autant, ce programme ne regroupe en pratique que des interventions marginales et éparses du ministère chargé de la santé sur ces sujets.

Comme ses prédécesseurs, le rapporteur observe d'ailleurs que les indicateurs de performance reliés à ces objectifs sont très imparfaits, à l'image des trois indicateurs censés permettre de mesurer l'atteinte du premier objectif : le taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans ainsi que la prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans.

Les crédits du programme connaissent dans le projet de loi de finances pour 2026 une faible baisse par rapport à l'exercice précédent (-4,11 % en autorisations d'engagements). Ils s'élèvent à près de 210,5 millions d'euros, un montant extrêmement faible au regard des enjeux, les différentes actions qui composent le programme connaissant des évolutions variables.

Les crédits affectés à l'action 11, qui vise à structurer, rationaliser et mieux piloter les actions de santé publique, constituent désormais le troisième poste de dépenses du programme (21 % des crédits de paiement), s'élevant à près de 44,9 millions d'euros en autorisations d'engagement.

L'action 12, destinée à améliorer la santé des populations et à réduire les inégalités d'accès aux soins, illustre cette année encore la disproportion entre les ambitions du programme et ses moyens. Elle n'enregistre aucune progression malgré les nombreuses baisses consécutives des dernières années et, avec 919 000 euros en autorisations d'engagement, elle représente à peine 0,4 % des crédits de la mission.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DU PROGRAMME 204 ENTRE 2025 ET 2026

(en euros)

Programmes et actions	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	Variation annuelle	Ouvertures	Variation annuelle
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	219 499 664 210 471 256	– 4,11 %	211 729 644 213 801 236	+ 0,98 %
11 – Pilotage de la politique de santé publique	52 747 240 44 897 240	– 14,88 %	52 777 220 44 927 220	– 14,87 %
12 – Santé des populations	919 887 919 887		919 887 919 887	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	43 532 163 53 132 163	+ 22,05 %	43 532 163 53 132 163	+ 22,05 %
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	28 269 998 28 109 998	– 0,57 %	28 269 998 28 109 998	– 0,57 %
16 – Veille et sécurité sanitaire	19 426 322 7 607 914	– 60,84 %	19 426 322 7 607 914	– 60,84 %
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 261 537 4 261 537		4 261 537 4 261 537	
19 – Modernisation de l'offre de soins	70 342 517 71 542 517	+ 1,71 %	62 542 517 74 842 517	+ 19,67 %

Source : projet annuel de performances pour 2026 de la mission Santé.

Les crédits de l'action 14, qui porte sur la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades, connaissent une forte hausse par rapport à la loi de finances initiale pour 2025 et s'élèvent désormais à 53 millions d'euros. Ils ne sont toutefois toujours pas à la hauteur des enjeux croissants relatifs à ces thématiques, en lien notamment avec le vieillissement de la population et la prégnance des inégalités sociales.

L'action 15, qui regroupe des crédits affectés aux mesures de prévention des expositions à des risques pour l'homme liés à l'environnement et à la nutrition, connaît une faible baisse (– 0,57 %) pour 2026.

La chute des crédits de l'action 16, relative à la veille et à la sécurité sanitaire, est quant à elle massive (– 60,84 %) Elle fait suite à la baisse encore plus importante de l'année précédente (– 65,92 %). Si le projet annuel de performances pour 2026 n'en explicite pas les raisons, la rapporteure pour avis du Sénat expliquait, dans son avis sur le projet de loi de finances pour 2025, que la diminution de ces financements résulte du calendrier de mise en œuvre des projets européens RescUE, ayant induit des dépenses principalement en 2023 et 2024 ⁽¹⁾. Ce projet facilite la coordination dans le domaine de la protection civile en matière de prévention, de préparation et de réaction aux catastrophes naturelles et d'origine humaine.

(1) Avis n° 147, tome IV, de Mme Florence Lassarade au nom de la commission des affaires sociales sur la mission Santé du projet de loi de finances pour 2025, 21 novembre 2024.

L'action 17, qui concerne la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins, reste très peu dotée (1,9 % des crédits) et ne connaît aucune variation.

Enfin, l'action 19, relative à la modernisation de l'offre de soins, se singularise. Elle est, avec l'action 14, la seule à voir une progression pour 2026. Elle connaît ainsi une augmentation de 19,67 % de ses crédits de paiement. La grande majorité de ces fonds permet de financer l'Agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna, qui ne dispose d'aucune ressource propre et dont la situation financière s'est nettement dégradée depuis 2021. L'action 19 permet ainsi la résorption du déficit structurel de l'agence.

II. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE

Le programme 183 *Protection maladie* représente la majeure partie des crédits de la mission *Santé*. Il recouvre des enjeux particulièrement importants, à commencer par l'aide médicale de l'État, qui compte elle-même pour la quasi-totalité des sommes que mobilise le programme.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DU PROGRAMME 183 ENTRE 2025 ET 2026

(en euros)

Programmes et actions	Autorisations d'engagement et crédits de paiement
183 – Protection maladie	1 216 300 000 1 216 300 000
02 – Aide médicale de l'État	1 208 300 000 1 208 300 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000 8 000 000

Source : projet annuel de performances pour 2026 de la mission Santé.

• Le montant total des crédits du programme inscrits dans le projet de loi de finances pour 2026 reste inchangé par rapport à l'année précédente et s'élève à 1 216,3 millions d'euros en autorisations d'engagement comme en crédits de paiement. Alors que les crédits étaient en hausse en loi de finances initiale pour 2025, aucune explication n'est fournie dans le projet annuel de performances pour justifier cette stabilité. Cette absence d'évolution est d'autant plus étonnante que le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale de l'État de droit commun au 31 décembre 2024 a augmenté de 2 % par rapport à 2023, atteignant les 465 208 personnes dont 40 850 outre-mer. La diminution tendancielle du nombre de bénéficiaires consommant, c'est-à-dire ayant bénéficié d'au moins un remboursement dans l'année, pourrait toutes choses égales par ailleurs en être à l'origine.

Comme l'année précédente, le projet annuel de performances mentionne relève que, sur 106 caisses primaires d'assurance maladie ou caisses générales de sécurité sociale en 2024, 6 seulement concentrent la moitié de la dépense : la caisse primaire d'assurance maladie de Paris représente 20 % de la dépense totale d'aide médicale de l'État, celle de Bobigny 10 % et celle de Cayenne 7 %.

• Dans ces conditions, le rapporteur estime nécessaire de remettre en cause la prise en charge de certains soins composant le panier de soins de l'aide médicale de l'État. **Il juge absolument indispensable de réformer ce dispositif, dont la vocation et la destination ont été largement dévoyées, afin de revenir à sa philosophie d'origine qui avait pour but d'apporter uniquement des soins à caractère urgent et de lutter contre les maladies contagieuses importées de l'étranger, dans un souci de protection des Français et de la santé publique nationale.** L'objectif n'est pas d'arrêter toute forme de soins, mais de réduire le panier de soins au strict minimum pour se concentrer sur un mécanisme à visée uniquement humanitaire, destiné à répondre à des situations exceptionnelles et graves. Aussi le rapporteur porte-t-il la proposition d'une aide médicale d'urgence se substituant à l'aide médicale de l'État, au panier de soins restreint, afin de mettre fin aux abus du système et de générer des économies substantielles.

Cette année encore, comme sa prédécesseure ⁽¹⁾, le rapporteur rappelle que, au cours des débats parlementaires sur le projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration ⁽²⁾, la Première ministre Élisabeth Borne avait missionné Claude Évin et Patrick Stefanini afin d'évaluer l'aide médicale de l'État et d'identifier les évolutions du dispositif à mettre en œuvre.

Deux ans après, le Premier ministre François Bayrou avait annoncé plusieurs projets de décrets afin de réformer l'aide médicale de l'État conformément aux conclusions de ce rapport. Alors que cette réforme aurait pu marquer un tournant en matière de maîtrise des dépenses publiques, ces projets n'ont pas prospéré. Ce renoncement illustre une nouvelle fois le manque de détermination du Gouvernement lorsqu'il s'agit de défendre les intérêts des Français.

• Comme les années précédentes, les enveloppes pour la dotation forfaitaire dédiée aux soins urgents (70 millions d'euros), les crédits alloués aux autres actions de l'aide médicale de l'État (1 million d'euros) et la dotation dédiée au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (8 millions d'euros) sont reconduites à l'identique.

III. LE PROGRAMME 379 REVERSEMENT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE (FRR) EUROPÉENNE AU TITRE DU VOLET « SÉCUR INVESTISSEMENT » DU PLAN NATIONAL DE RELANCE ET DE RÉSILIENCE (PNRR)

Le programme 379 est de nature temporaire, intégré de manière artificielle au sein de la mission *Santé* afin d'assurer la compensation à la sécurité sociale des dons de vaccins aux pays tiers ainsi que le reversement des recettes de la facilité pour la relance et la résilience (FRR) de l'Union européenne dédiées au volet

(1) Avis n° 524, tome I, de Mme Anchya Bamana au nom de la commission des affaires sociales sur la mission Santé du projet de loi de finances pour 2025, 30 octobre 2024.

(2) Projet de loi n° 304 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, déposé le mercredi 1^{er} février 2023 au Sénat.

investissement du Ségur de la santé, qui représentait 6 milliards d’euros sur cinq ans, intégrés au plan « France Relance » présenté en septembre 2020. Ce programme intègre ainsi le reversement à la sécurité sociale, au titre du Ségur, d’une part des recettes européennes versées aux États membres.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DU PROGRAMME 379 ENTRE 2025 ET 2026

(en euros)

Programmes et actions	Autorisations d’engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	Variation annuelle	Ouvertures	Variation annuelle
379 – Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %
02 – Ségur investissement du PNRR	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %	54 000 000 242 000 000	+ 348,15 %

Source : projet annuel de performances pour 2026 de la mission Santé.

Les crédits alloués dans le projet de loi de finances connaissent une hausse très importante (+ 348,15 %), qui s’explique par la forte baisse de l’année précédente ayant donné lieu à une quasi-extinction. Le programme est ainsi doté de 242 millions d’euros pour l’année à venir. Comme le mentionne le projet annuel de performances, cet effort financier, refinancé à travers la Facilité pour la relance et la résilience et s’intégrant à l’effort global de 19 milliards d’euros du plan de relance de l’investissement dans le système de santé, est destiné à accélérer la transformation de l’offre de soins dans les territoires et à améliorer tant les conditions de travail des professionnels que l’accueil des usagers.

SECONDE PARTIE L'ÉVOLUTION DU RÔLE ET DES COMPÉTENCES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

I. FACE À UNE ORGANISATION VERTICALE ET SOUS-OPTIMALE DE LA SANTÉ, LES PRÉROGATIVES DE L'ÉTAT DOIVENT ÊTRE REPENSÉES

A. BIEN QUE COMPÉTENT DANS LE CHAMP SANITAIRE, L'ÉTAT DEMEURE DÉFAILLANT À L'ÉCHELON CENTRAL

1. L'État est compétent en matière de santé

La santé est une compétence de l'État. Du fait de la valeur normative conférée au Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, **c'est au plus haut niveau de la hiérarchie des normes que figure la « protection de la santé »**, que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs* »⁽¹⁾.

• Par la suite, le législateur a entendu clarifier l'exercice de la compétence sanitaire au sein du code de la santé publique. En effet, dès 2004, le professeur Jean-Michel Dubernard notait que « *le système de santé français se caractérise par une complexité extrême. Il est devenu difficile de savoir "qui fait quoi", ce qui pose d'une part le problème de l'efficacité et de la cohérence de l'action publique et d'autre part la question de la responsabilité politique. La complexité et la confusion des rôles appellent une clarification des compétences de chacun, et en particulier des responsabilités respectives de l'État, des collectivités territoriales et des autres instances appelées à agir en matière de santé publique.* »⁽²⁾ Ainsi, à la suite de l'adoption de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le deuxième alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique disposait que « *la détermination de ces objectifs (pluriannuels), la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État* ».

• En 2016, le législateur allait plus loin en simplifiant la rédaction de ce même alinéa pour affirmer que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État* ». Les rapporteurs notaient que la loi relative à la santé définissait « *un nouveau cadre de gouvernance au moyen d'une "politique de santé" relevant sans ambiguïté de la responsabilité de l'État mais incluant l'ensemble des acteurs* »⁽³⁾.

(1) Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11.

(2) Rapport n° 1092 de M. Jean-Michel Dubernard au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique, 25 septembre 2002, p. 8.

(3) Rapport n° 2673 de M. Olivier Véran, Mme Bernadette Laclais, M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Geoffroy et M. Richard Ferrand sur le projet de loi relatif à la santé, 20 mars 2015, p. 18.

2. L'État s'est organisé de manière centralisée, non sans difficulté

Pour exercer sa compétence en matière de santé, l'État s'est organisé de manière centralisée au travers du ministère chargé de la santé qui dispose :

– **d'une administration centrale modeste.** Créé tardivement à la suite de la Première Guerre mondiale, le ministère chargé de la santé s'est caractérisé de longue date par une double faiblesse. Sur le plan administratif d'abord, il peine structurellement à faire valoir les enjeux sanitaires et à imposer ses intérêts dans le concert interministériel. Sur le plan technique ensuite, il lui est difficile de disposer de compétences médicales et plus généralement sanitaires de haut niveau. À ce jour, outre les fonctions support, certaines délégations thématiques et la direction de la sécurité sociale, dont la cotutelle est exercée avec le ministère chargé du budget, le ministère chargé de la santé dispose de deux uniques directions générales de taille modeste, que sont la direction générale de la santé d'une part, la direction générale de l'offre de soins d'autre part ;

– **d'une multiplicité d'agences, d'opérateurs, d'organes consultatifs à vocation sanitaire, exerçant pour le compte du ministère certaines de ses compétences.** En effet, depuis la fin du XX^e siècle, l'État n'a eu de cesse de créer ce type de structures pour tenter d'apporter des réponses organisationnelles à des politiques publiques de santé généralement défailtantes. Ont été, par exemple, créés en 2000 l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, en 2007 le Haut Conseil des professions paramédicales, en 2016 Santé publique France ou bien encore en 2019 l'Agence du numérique en santé. Or, en dehors de certaines exceptions, par un tel démantèlement, l'État a considérablement affaibli le ministère à mesure que progressait la « *balkanisation d'une administration défailtante* »⁽¹⁾.

3. Une action, une organisation et un pilotage de l'État à l'échelon central particulièrement critiqués

Malgré sa compétence clairement établie en matière de santé, l'État fait l'objet de nombreuses critiques, tant sur son organisation et sur son action que sur le pilotage qu'il déploie. À ce titre, la crise du covid-19 qu'a traversée la France a été un catalyseur de ces critiques ; elles l'ont toutefois précédée à bien des égards. Cette crise a été également un révélateur des dysfonctionnements que connaît notre système de santé.

En effet, si les critiques sont anciennes, elles se précisent à mesure que le ministère est confronté à des crises qui révèlent progressivement ses carences. Dans un rapport du début des années 1990, l'Inspection générale des affaires sociales décrivait l'administration du ministère de la santé « *réduite à l'état de squelette* », qui n'aurait « *ni le centre nerveux – une capacité d'expertise digne de ce nom – ni les muscles – des relais déconcentrés suffisants – indispensables et pour assurer convenablement et de façon permanente les missions qui lui sont assignées* »⁽²⁾.

(1) Didier Tabuteau, « *Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défailtante ou retour de l'État hygiéniste ?* », *Les tribunes de la santé*, 2003/1 n° 1, pp. 34-46.

(2) Didier Tabuteau, « *La santé en quête de politique* », *Les tribunes de la santé*, 2007/1 n° 14, pp. 29-44.

Depuis, la situation n'a guère évolué. En 2015, dans un rapport intitulé *La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire*, la Cour des comptes dressait le constat d'un pilotage de l'organisation de l'offre de soins éclaté et mal harmonisé, d'une absence de coordination entre les différentes directions du ministère, de même que d'une fragmentation des services de l'État, notamment au travers de la dichotomie entre l'État et l'assurance maladie. Dans la même dynamique, en 2020, l'Inspection générale des affaires sociales pointait dans son rapport intitulé *Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de covid-19* la « fragmentation du pilotage de la crise », ainsi que les compétences des agents devant être confortées « par un investissement plus soutenu du ministère dans la formation ». S'agissant des agences, étudiant le cas de Santé Publique France, l'Inspection générale des affaires sociales concluait qu'elle « n'[avait] pas joué le rôle de coordination de l'expertise qui aurait pu être attendu au regard de ses missions légales en matière de veille et de réponse aux crises sanitaires ».

L'ensemble de ces constats, qu'ils soient structurels ou conjoncturels dans le contexte de la crise du covid-19, ont pu être confirmés au cours des auditions conduites par le rapporteur, notamment celles des associations d'usagers et des soignants.

B. À L'ÉCHELLE TERRITORIALE, L'ÉTAT DÉCONCENTRÉ APPARAÎT DÉCONNECTÉ DES BESOINS LOCAUX PAR LE BIAIS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

1. Les agences régionales de santé ont été conçues pour que l'État gagne en efficacité à l'échelle territoriale

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé les **agences régionales de santé** (ARS). Elles sont issues de la fusion de sept organismes, parmi lesquels les agences régionales de l'hospitalisation ainsi que les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales.

Dans son rapport sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, notre ancien collègue Jean-Marie Rolland notait que la création des agences régionales de santé était « évoquée depuis longtemps et très attendue par l'ensemble des acteurs »⁽¹⁾. Posant le constat « d'une organisation à bout de souffle » à l'échelon régional, il arguait que les agences régionales de santé répondaient à un objectif « de simplification et d'efficacité », notamment « dans le pilotage de la santé publique, des soins et du secteur médico-social »⁽²⁾. Dans cet esprit, les agences régionales de santé ont été constituées avec un statut

(1) Rapport n° 1441 de M. Jean-Marie Rolland fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, 5 février 2009, p. 43.

(2) Ibid.

d'établissement public, qui devait répondre à un plus grand besoin d'efficacité. Malgré ce statut, le rapporteur souligne que l'audition du collège des directeurs généraux d'agence régionale de santé a établi qu'elles fonctionnaient à la manière d'une administration déconcentrée du ministère chargé de la santé ⁽¹⁾.

Ainsi, aux termes de l'article L. 1431-1 du code de la santé publique, les agences régionales de santé ont notamment eu pour mission de « *définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé* » et « *des principes de l'action sociale et médico-sociale* ».

2. Quinze ans après leur création, les agences régionales de santé déploient une action défaillante et déconnectée des réalités locales

Malgré les intentions louables qui avaient justifié leur création, les agences régionales de santé n'ont pas été en mesure de remplir les objectifs que le législateur leur avait assignés à leur création, en passant totalement à côté de ces objectifs de simplification et d'efficacité. Au contraire, les agences régionales de santé se sont avérées être un outil de complexification, une instance technocratique avec un échelon régional non adapté, car bien trop éloigné des spécificités locales.

• Certes, le collège des directeurs généraux des agences régionales de santé, auditionné par le rapporteur, a mis en avant certaines actions vertueuses des agences à l'image du travail partenarial avec les collectivités territoriales, renforcé depuis la crise du covid-19, l'adaptation de la politique régionale de santé à chaque territoire ou bien encore la déconcentration d'une enveloppe financière de 17 millions d'euros à l'échelle des délégations territoriales de l'agence d'Île-de-France ⁽²⁾. Pour autant, le rapporteur estime que si l'agence d'Île-de-France déploie sans doute plus qu'ailleurs une action performante, **le positionnement des agences régionales de santé demeure caractérisé, y compris outre-mer, par une gouvernance verticale inadaptée, des carences en compétences et en personnels, et une déconnexion avec les réalités locales comme avec les élus locaux.**

À titre d'exemple, dans son rapport d'enquête sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins en 2024, notre collègue Christophe Naegelen pointait la « *qualité relative des personnels* » affectés au sein des agences régionales de santé, qui contribue au bilan « *en demi-teinte* » de leur action ⁽³⁾.

De même, en 2021, la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques soulignait la fragilité des agences en matière d'approvisionnement et logistique ainsi que leurs difficultés d'articulation avec les préfetures.

(1) *Audition de Mme Sophie Martinon, directrice générale adjointe de l'agence régionale de santé Île-de-France, 8 octobre 2025.*

(2) *Ibid.*

(3) *Rapport n° 1671 de M. Christophe Naegelen fait au nom de la commission d'enquête sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins, 3 juillet 2025, p. 45.*

Enfin, en 2021 toujours, nos collègues Agnès Firmin Le Bodo et Jean-Carles Grelier décrivaient en conclusion de leurs travaux au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé une « *animosité unanime et virulente des associations d'élus locaux envers les ARS* »⁽¹⁾. Ils relevaient les vives critiques des élus locaux envers « *l'autonomie des ARS* », ces derniers étant « *désireux qu'elles deviennent de véritables administrations déconcentrées* »⁽²⁾. Le pouvoir de décision des agences régionales de santé semble échapper à la fois à la tutelle de l'État central, donc à la décision politique, mais aussi à l'État déconcentré au niveau départemental, c'est-à-dire aux services préfectoraux.

• Paradoxalement, la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 pourtant nouvelle organisation territoriale de la République, dite « loi NOTRe », avait encore davantage dégradé l'action des agences régionales de santé en modifiant le découpage des régions, livrant de nouveaux ressorts qu'Agnès Firmin Le Bodo et Jean-Carles Grelier, dans leurs conclusions susmentionnées, qualifiaient de « *gigantisme géographique* »⁽³⁾.

En définitive, le rapporteur explique l'actuelle défaillance de l'État en matière de santé par **l'octroi excessif de missions aux agences régionales de santé qui ne disposent ni de la vision globale de l'État à l'échelon central, ni de la capacité à prendre en compte les particularités locales et à s'y adapter**. Il apparaît donc indispensable de redéfinir et de redistribuer les compétences et prérogatives des agences régionales de santé vers un échelon de proximité et d'efficacité, en miroir d'une nécessaire réforme de l'organisation des collectivités territoriales qui réaffirmerait également la pertinence et la prééminence de l'échelon départemental dans l'exercice des politiques publiques de santé.

C. CONFORTER L'ÉTAT DANS SES PRÉROGATIVES SANITAIRES ESSENTIELLES, TOUT EN REPENSANT SON ORGANISATION

1. À l'échelon central, l'État doit se limiter à certaines prérogatives et se restructurer

Si l'État est défaillant dans la conduite pratique des politiques publiques sanitaires, il n'en reste pas moins un acteur indispensable. Par conséquent, le rapporteur estime qu'il y a **urgence à restructurer son organisation à l'échelon central, tout en le recentrant sur ses compétences sanitaires essentielles**.

• **En premier lieu, il s'agit de rationaliser l'organisation de l'État**, que le rapporteur estime « balkanisée » au travers de trop nombreux démembrements.

(1) Rapport n° 4267 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et M. Jean-Carles Grelier en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale sur les agences régionales de santé, 16 juin 2021, p. 51.

(2) Ibid., p. 61.

(3) Ibid., p. 39.

Ainsi, la rapporteure de la commission d'enquête sénatoriale sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État, Mme Christine Lavarde, estimait en juillet dernier que plusieurs possibilités existaient en matière de rationalisation, qu'il s'agisse de la **fusion, du transfert vers une structure plus importante, de la mutualisation de fonctions support ou de la suppression** ⁽¹⁾. L'abolition du trop grand nombre de ces organismes a, dans bien des cas, la préférence du rapporteur au regard de la bureaucratie inefficace qu'ils constituent.

Outre les **économies substantielles** permises par de telles réorganisations, le pilotage par l'État des politiques publiques de santé en serait renforcé, la santé pouvant être assimilée à un pouvoir « régalien » de l'État. En effet, le rapporteur estime que **seul un pilotage au niveau de l'État central pourrait constituer un puissant levier de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, à la condition que l'État délègue ensuite la mise en œuvre des politiques d'accès aux soins à des instances territoriales adaptées**. En outre, l'efficacité et l'utilité des deniers publics engagés n'en seraient que renforcées, avec des économies d'échelle à prévoir, dans un contexte financier contraint où chaque baisse de dépense concourt à l'effort national.

• **En second lieu, l'État central doit concentrer ses efforts sur les éléments de la politique sanitaire pour lesquels il est réellement le plus pertinent par rapport aux services déconcentrés ou à des compétences décentralisées au bénéfice des collectivités territoriales**. À l'issue de ses auditions, le rapporteur estime que les **actions de prévention, celles de pilotage de la santé publique comme celles visant un véritable équilibre territorial devraient être prioritairement conduites à l'échelon central**. En outre, le **financement des politiques publiques de santé devrait demeurer une compétence de l'État central** en articulation, s'agissant de l'initiative des projets, avec les collectivités territoriales.

- 2. À l'échelle des territoires, les agences régionales de santé, incarnant le problème de la suradministration de l'État, doivent être supprimées afin d'octroyer les missions de l'État déconcentré aux préfets de départements, garants de l'équité territoriale**

Face aux critiques unanimes dont font l'objet les agences régionales de santé, de récentes évolutions ont tenté d'améliorer leur gouvernance comme leur action. Elles demeurent toutefois insuffisantes. Par conséquent, le rapporteur préconise la **suppression des agences régionales de santé au profit de compétences sanitaires exercées par les représentants de l'État dans chaque département**.

• Comme le notait la rapporteure de la commission d'enquête précitée sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État, le législateur est récemment intervenu dans le champ de la gouvernance des agences

(1) *Rapport n° 807 (2024-2025) de Mme Christine Lavarde au nom de la commission d'enquête sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État, tome 1, 1^{er} juillet 2025.*

régionales de santé. La loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite « loi 3DS », a notamment modifié la composition et le rôle de leur conseil de surveillance. Celui-ci a été transformé en véritable conseil d'administration, présidé par le préfet de région et composé de représentants des collectivités territoriales, désormais chargé de déterminer les grandes orientations de la politique régionale de l'agence. Selon le collège des directeurs généraux des agences régionales de santé, cette modification a notamment renforcé le dialogue avec les élus locaux ⁽¹⁾.

En outre, en cas de crise, la loi n° 2023-22 du 24 janvier 2023 d'orientation et de programmation du ministère de l'intérieur a permis aux préfets de département de prendre la direction fonctionnelle des établissements publics de l'État, dont les agences régionales de santé. Toutefois, cette réforme n'a pas malheureusement conduit à un rapprochement suffisant des réalités territoriales vécues par les élus locaux.

Dans la même dynamique, le pouvoir réglementaire a entendu accroître les compétences du représentant de l'État dans le champ sanitaire. Le décret n° 2025-723 du 30 juillet 2025 a modifié le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements. Il prévoit que le préfet « *rendra un avis sur [...] le projet régional de santé et les projets soumis à la décision du directeur général de l'ARS ayant une incidence significative sur le schéma régional de santé (préfet de région, éventuellement en lien avec les préfets de département concernés)* » ⁽²⁾. De même, le décret indique « *qu'en matière d'organisation des soins, sauf en cas d'urgence, le préfet de région émettra un avis, après consultation du préfet de département, avant toute décision de retrait par le directeur général de l'ARS d'une autorisation d'activité de soins ou d'un établissement médico-social* » ⁽³⁾. Enfin, il est précisé que si « *le préfet n'a pas vocation à traiter [...] de la gestion des hôpitaux, il a toute légitimité en matière d'organisation spéciale des services, afin de faire valoir un aménagement du territoire cohérent et équilibré* » ⁽⁴⁾.

● Si le rapporteur partage pleinement les constats qui ont justifié ces évolutions, il les estime néanmoins insuffisantes. En effet, aucune réforme des agences ne semble en mesure de mettre un terme à l'ensemble de leurs carences. C'est pourquoi, dans la suite logique de ces constats partagés par le plus grand nombre, il convient tout simplement de **supprimer les agences régionales de santé**, dont les actions sont à la fois non pertinentes à l'échelle territoriale et déconnectées des corps intermédiaires. Les missions qu'elles exercent actuellement pourraient être

(1) Audition de Mme Sophie Martinon, op. cit.

(2) Circulaire 6405/SG du Premier ministre en date du 5 septembre 2025 sur la réforme de l'action territoriale de l'État et la relance de la déconcentration.

(3) Ibid.

(4) Ibid.

soit supprimées, soit à nouveau centralisées, soit demeurer déconcentrées mais placées sous l'autorité du préfet dans chaque département.

À titre d'exemple, les politiques d'accès aux soins devraient être transférées aux préfets, qui ont de longue date montré leur capacité à dialoguer avec les collectivités territoriales dans l'intérêt général. En définitive, **l'initiative des politiques de santé serait partagée entre l'État et les collectivités territoriales, dans un processus décisionnel partenarial avec les acteurs de santé locaux.** L'État doit être maître d'ouvrage car il en est le financeur, les préfets maîtres d'œuvre avec la participation et une codécision avec l'instance unique qui serait issue d'une fusion des nombreuses structures actuelles, mais à l'échelle du bassin de vie à l'image des communautés professionnelles territoriales de santé. Cette instance doit inclure les représentants des organisations de professionnels de santé, les élus locaux concernés et les associations des usagers de la santé.

II. AUJOURD'HUI SIMPLES PALLIATIFS DES CARENCES ÉTATIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ, LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DOIVENT ÊTRE EN PREMIÈRE LIGNE AU NIVEAU DU BASSIN DE VIE EN SYNERGIE AVEC L'ÉTAT

A. SANS COMPÉTENCES SANITAIRES RÉELLES, LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES TENTENT DE PALLIER LES NOMBREUSES CARENCES DE L'ÉTAT

1. Des compétences sanitaires limitées

L'article L. 1411-1 du code de la santé publique disposant que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État* », les collectivités territoriales n'interviennent qu'en **second rang** avec des compétences restreintes parfois partagées, parfois propres à leur échelon.

• S'agissant des **compétences partagées**, en application de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides financières destinées à **favoriser l'installation** ou le maintien de professionnels de santé en complément des aides nationales. Ces incitations peuvent également s'adresser aux étudiants en contrepartie de leur engagement à exercer, une fois diplômés, dans une zone caractérisée par une offre de soins déficiente.

Conformément aux articles L. 1422-3, L. 1423-3 et L. 1424-2 du code de la santé publique, les collectivités territoriales peuvent également concourir au **financement du programme d'investissement** des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés sans remettre en cause, néanmoins, la prééminence de l'État. Les opérations abondées doivent respecter les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé.

L'article L. 6143-5 du même code permet aux représentants des collectivités territoriales de **siéger au sein du conseil de surveillance des établissements publics de santé**. Cette participation leur permet de s'affirmer comme des acteurs territoriaux directs dans l'organisation des soins.

L'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique permet aux communes et départements de gérer des **centres de santé**. Les régions peuvent soutenir ces centres et recruter du personnel au titre de la participation à un groupement d'intérêt public. Le rapporteur estimant que les régions pouvant être supprimées par ailleurs, il reviendra à des syndicats de coopération interdépartementale d'y participer.

Enfin, aux termes de l'article L. 3111-11 du même code, les communes et départements peuvent intervenir en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'État.

• **Les compétences des communes sont les plus larges.** L'article L. 2212-2 du code général des collectivités territoriales autorise le maire à prendre **toute mesure nécessaire pour assurer la salubrité publique**. Il lui revient notamment de « *prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux [...], tels les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties [...]* ».

Les communes ont également compétence pour gérer les **services communaux d'hygiène et de santé** ⁽¹⁾. Ces services, placés sous l'autorité du maire ou, le cas échéant, du président de l'établissement public de coopération intercommunale, exercent des compétences en matière d'hygiène de l'alimentation et de l'habitat. Ils peuvent, par exemple, mettre en œuvre des mesures de vaccination, et ils ont été mobilisés lors de la crise du coronavirus pour conduire des opérations de désinfection.

• **La clause de compétence générale des départements** qui leur permettait, sous réserve de la justification d'un intérêt public local, de proposer des actions spécifiques de prévention en santé ou visant à renforcer l'accès aux soins des publics précaires **a été supprimée** par la loi précitée du 7 août 2015. Les départements n'interviennent plus dans le champ sanitaire qu'à travers la protection maternelle et infantile d'une part, et la sécurité sanitaire d'autre part.

Le **service de protection maternelle et infantile** (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental, chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il joue un rôle clef en matière de suivi de grossesse, de dépistage précoce et de soutien à la parentalité. L'intervention du département implique également l'application des vaccinations obligatoires pour les enfants de moins de 6 ans.

(1) Article L. 1422-1 du code de la santé publique.

Les départements participent à la **politique de sécurité sanitaire**, notamment à travers leurs laboratoires d'analyses, les organismes sanitaires et vétérinaires départementaux, ainsi que les structures de lutte contre les zoonoses. Leur rôle est encadré par l'article L. 201-10-1 du code rural et de la pêche maritime.

- Les compétences des régions sont concentrées sur la formation et sur la promotion du développement sanitaire pour l'essentiel. Elles sont compétentes pour définir et mettre en œuvre, depuis 2005, la politique de formation du secteur sanitaire et social. Elles ont ainsi la charge d'élaborer avec l'État et les partenaires sociaux un schéma définissant les orientations quinquennales pour anticiper et répondre au mieux aux besoins en compétences des territoires.

L'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux régions la **liste exhaustive des 21 professions paramédicales ou sanitaires** entrant dans le champ de la décentralisation ⁽¹⁾. L'État conserve néanmoins des compétences importantes en matière de formation des professionnels paramédicaux et des sages-femmes. Il garde également un droit de regard sur la création des établissements de formation et l'agrément de leurs directeurs à travers l'avis du représentant de l'État dans la région.

L'article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales attribue aux régions la promotion du développement « *économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région [...]* », qui se traduit généralement par des actions d'information et de prévention.

En définitive, pour reprendre les mots de l'Union régionale des professionnels de santé lors de leur audition, les collectivités territoriales **essaient de s'approprier des compétences dont elles ne disposent pas toujours légalement**. Parce qu'elles sont au plus près du terrain et des besoins de la population, leurs initiatives sont pourtant souvent fructueuses. Le rétablissement de la clause de compétence générale des conseils départementaux apparaît comme une voie de clarification pour légitimer voire renforcer l'action sanitaire de l'échelon départemental.

2. Des actions nombreuses aux résultats concrets

- Dans son rapport de mars 2025 sur les initiatives des communes en matière d'action sociale et sanitaire, l'Inspection générale des affaires sociales relève que les communes « *pour nombre d'entre elles se sont engagées dans le renouvellement de la manière de répondre aux besoins sociaux. Généralement, les communes n'ont pas*

(1) Cette liste comprend les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale, sages-femmes, puériculteurs, infirmiers anesthésistes et de bloc opératoire, cadres de santé et préparateurs en pharmacie hospitalière.

attendu l'État et s'appuient sur des savoir-faire acquis de longue date »⁽¹⁾. Ce rapport souligne combien **les communes se mobilisent pour que les politiques sanitaires franchissent « le dernier kilomètre »**⁽²⁾, ce que leur permettent les étroites relations qu'elles entretiennent avec la population.

Ainsi, de nombreuses initiatives communales s'avèrent particulièrement efficaces dans **l'accueil de proximité**, grâce notamment aux guichets des mairies et aux centres communaux d'action sociale, à leur engagement dans les maisons France services ou encore au développement de dispositifs mobiles et de démarches « d'aller vers ». Interrogée par le rapporteur, la direction générale de l'offre de soins a, par exemple, évoqué l'initiative des « médicobus » dont les communes sont parties prenantes. Instauré dans le cadre du plan « France ruralités », ce dispositif itinérant facilite les consultations de médecine générale ou de spécialités pour les personnes éloignées des soins ou sans médecin traitant dans les déserts médicaux.

Les communes disposent aussi du **levier de la prévention** en développant par exemple les offres bio dans les cantines scolaires qui limitent les perturbateurs endocriniens cancérigènes ou le sport-santé au moyen d'un aménagement urbain adapté.

• Les départements ne sont pas en reste comme l'a indiqué Départements de France, relevant que seuls trois départements avaient mis en place une politique d'accès aux soins en juillet 2021 tandis qu'ils sont désormais soixante aujourd'hui⁽³⁾. Ces collectivités interviennent également dans le financement de matériel pour les hôpitaux, comme par exemple des robots pour les services de maternité et de gynécologie. Dans le Loir-et-Cher, le département est **co-investisseur d'un campus santé** qui accueille une nouvelle école d'infirmiers pouvant servir de base à une première année de médecine décentralisée⁽⁴⁾. Une réforme *ad hoc* sur la décentralisation des formations en santé apparaît également indispensable afin de susciter de nouvelles vocations chez les jeunes, en particulier en zones rurales et départements dépourvus de centres hospitaliers universitaires.

Malgré cet activisme fructueux, l'intervention des collectivités territoriales **manque parfois de cohésion** puisque si elles disposent souvent des moyens financiers nécessaires, elles n'ont finalement pas les compétences pour mettre réellement en œuvre leurs projets. En outre, comme a pu le remarquer le syndicat des jeunes médecins généralistes ReAGJIR, la politique locale repose sur le volontariat et l'appétence des élus pour les sujets de santé.

(1) *Inspection générale des affaires sociales*, « Action sociale et sanitaire : les initiatives des communes », tome 1, mars 2025, p. 35.

(2) Le concept de « dernier kilomètre » est né dans le domaine de la logistique pour désigner la capacité d'une organisation à acheminer un produit ou un service jusqu'à un « client final ». Appliqué aux politiques publiques et aux services publics, il revient à rechercher si l'action publique atteint effectivement le public qu'elle vise et les objectifs qu'elle s'est fixés.

(3) Voir également le rapport de Départements de France, « Santé et territoire : la place et le rôle des Départements de France », sous la supervision technique du professeur Samir Henni, juin 2024.

(4) Audition de Départements de France.

3. Les politiques publiques locales pourraient toutefois être mieux structurées et ciblées

Le système de santé français souffre d'initiatives désordonnées qu'il faut rationaliser afin d'améliorer la performance de chaque euro investi dans les services publics de proximité.

À ce titre, **l'enchevêtrement des différentes aides à l'installation est symptomatique**. Le rapporteur reprend à son compte le constat du rapport d'enquête précité sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins quand il considère que « *le développement d'aides à l'installation à l'échelle des territoires relève d'une forme de concurrence déloyale susceptible d'alimenter – au frais des contribuables locaux – d'importantes rivalités entre des collectivités qui n'ont pas toutes les mêmes potentiels financiers* »⁽¹⁾. Au-delà de la concurrence entre collectivités, ces aides à la mobilité viennent, en outre, se superposer aux dispositifs de la sécurité sociale, qui pèsent déjà significativement sur les finances publiques. D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ce sont près de **226 millions d'euros** qui sont dépensés au cours de la période courant de 2017 à 2022 pour l'ensemble des « contrats démographiques » d'aide à l'installation⁽²⁾.

L'Assemblée des départements de France dresse un constat similaire de **doublons** dans les dossiers et de **perte de temps** lorsque les communes ou leurs groupements s'emparent d'un projet de santé et sollicitent des financements auprès du département déjà lui-même engagé.

(1) Rapport d'enquête de M. Christophe Naegelen, op. cit., p. 56.

(2) Ibid, p. 54.

Le contrat local de santé (CLS), un outil souple pouvant générer des chevauchements

Outil pivot des politiques de santé à l'échelon communal et intercommunal, le contrat local de santé est généralement porté de façon commune avec les services de l'État.

Le fonctionnement du contrat local de santé est régi par l'article L. 1434-10 du code de la santé publique (IV). Il est conclu, en cohérence avec le projet régional de santé, entre l'agence régionale de santé et les collectivités ou groupements de collectivités afin d'assurer :

- la promotion de la santé ;
- les actions de prévention ;
- les politiques de soins et d'accompagnement social et médico-social.

Le contrat local de santé sert de cadre d'orientation à l'action des communautés professionnelles territoriales en santé.

Si les contrats locaux de santé visent à fédérer les acteurs locaux, leur mise en œuvre peut révéler des chevauchements entre les interventions des collectivités, des agences régionales de santé ou des associations, chacun des partenaires agissant selon ses propres priorités. Or, ces doublons entraînent une dilution des moyens et une perte d'efficacité. Par exemple, plusieurs collectivités d'un même territoire peuvent financer des actions de prévention identiques, sans qu'elles ne se traduisent par un gain réel pour la population.

B. OCTROYER AUX COLLECTIVITÉS TERRITORIALES L'ESSENTIEL DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ

1. La distribution des compétences sanitaires entre les différents échelons de collectivités territoriales est nécessaire

Au vu de leur proximité avec la population et les territoires, les collectivités doivent disposer de davantage de capacités en matière sanitaire. Une démocratie sanitaire digne de ce nom implique un nécessaire **transfert de compétences**.

Ainsi la Fédération hospitalière de France a-t-elle plaidé, lors de son audition, pour un renforcement des échelons territoriaux afin de diligenter un travail au plus près des spécificités des territoires qui permette d'établir des **diagnostics partagés** (cartographie du territoire, évolution de l'activité, indicateurs médicaux, etc.) Lors du même échange, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires a rappelé combien les collectivités territoriales sont en première ligne, proposant de créer un statut de **centre de santé d'intérêt général** qui soit reconnu comme un acteur du service public à part entière.

Pour nombre de parties prenantes du monde de la santé, c'est singulièrement **l'échelon départemental qui devrait être revalorisé**. Comme le rappelle le rapport d'enquête précité sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins, « *de façon historique, l'échelon départemental a été tenu à l'écart de la définition et de l'organisation des politiques de santé, au sens strict. Néanmoins,*

l'intensification des problématiques d'accès aux soins, au fil des années, a incité les départements à investir, bien que de façon indirecte, le champ sanitaire. Dans une perspective similaire, la dévolution des compétences en matière de protection de l'enfance a contribué à asseoir la légitimité de l'échelon départemental pour mettre en œuvre une action en santé, notamment dans le domaine périnatal. »⁽¹⁾

C'est pourquoi la loi précitée dite « 3DS » a donné aux départements la compétence nécessaire à la promotion de « *l'accès aux soins de proximité sur le territoire départemental* ».

Si le rapporteur soutient le renforcement des départements qui devraient, plus largement, **retrouver une clause de compétence générale**, il n'est en revanche pas favorable à un interventionnisme plus large des régions. De la même manière que les agences régionales de santé doivent être supprimées, **l'échelon régional semble le moins pertinent** et ne devrait donc acquérir un poids accru dans cette nouvelle architecture. Intervenant aujourd'hui essentiellement sur les volets de formation ou dans des organismes uniquement consultatifs comme la conférence régionale de la santé et l'autonomie créée par la loi précitée dite « HPST », la région ne concourt pas à une réelle démocratie sanitaire.

2. Le bassin de vie doit devenir l'échelle de référence pour adapter les politiques sanitaires aux besoins locaux

Dans une approche plus fine encore, le rapporteur est favorable à ce que le « bassin de vie » devienne la véritable échelle de référence⁽²⁾.

Partant du constat de l'illisibilité du système actuel, notamment avec la coexistence des communautés professionnelles territoriales en santé (CPTS) et des groupements hospitaliers de territoire (GHT), l'échelon du bassin de vie aurait le mérite de la clarté et semble être la **bonne maille territoriale**.

CPTS et GHT : Une organisation territoriale déconnectée des besoins locaux

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est composée de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux, afin de réaliser les objectifs d'un **projet régional de santé** qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (art. L. 1434-12 du code de la santé publique).

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la

(1) Ibid, p. 56.

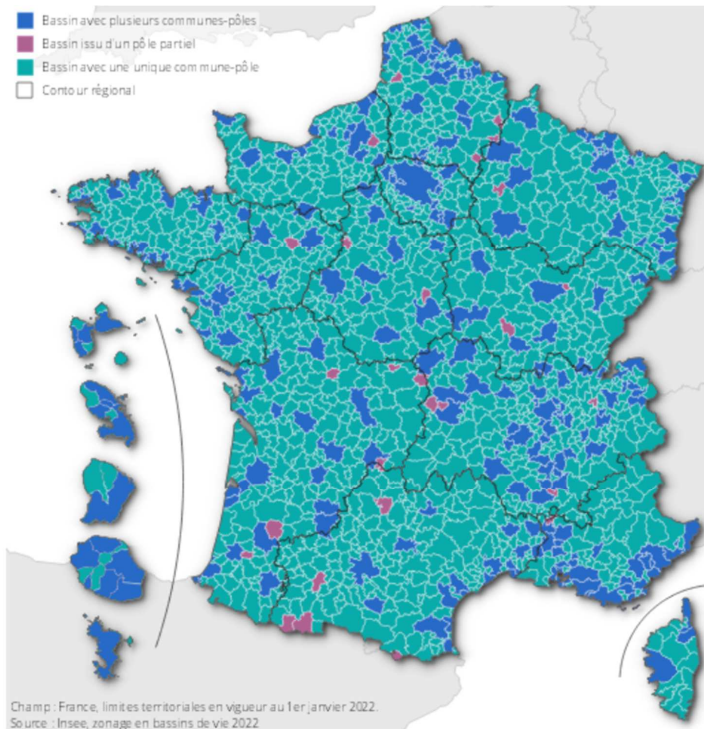
(2) *L'Institut national de la statistique et des études économiques définit le bassin de vie comme « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants dans sept domaines : services aux particuliers, commerces, enseignement, santé-social, transports-déplacements, sports-loisirs-culture et tourisme ».*

rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un **projet médical partagé** garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours (art. L. 6132-1 du code de la santé publique).

Ces structures incarnent, par bien des aspects, une **approche technocratique** de la santé, déconnectée des réalités locales. Visant à rationaliser l'offre de soins sous couvert d'efficacité, elles se traduisent souvent par une perte d'autonomie des acteurs de terrain et une uniformisation des pratiques. Les CPTS, en regroupant des professionnels de santé autour de projets standardisés, peuvent marginaliser les initiatives locales et soumettre les praticiens à des logiques administratives éloignées des besoins concrets des patients. Quant aux GHT, le regroupement des établissements hospitaliers sous une gouvernance centralisée affaiblit la proximité et la réactivité des hôpitaux, au profit d'une gestion comptable et bureaucratique.

En effet, le bassin de vie permet une proximité inégalée avec la population et une connaissance fine des besoins et des vulnérabilités.

BASSINS DE VIE RÉPARTIS PAR NATURE DE PÔLE EN 2022



3. Une telle réforme des compétences de l'État et des collectivités territoriales permettra une symbiose de l'ensemble des acteurs

En définitive, l'un des principaux obstacles à l'efficacité du système de santé est son **fonctionnement en silo**, dénoncé par exemple par l'Assemblée des départements de France qui plaide pour davantage de coopération et de mutualisation des financements afin de donner plus de visibilité aux professionnels et aux citoyens. Dans leur rapport d'information sur les collectivités territoriales comme intervenant de santé publique à part entière, les sénateurs Jean-Michel Arnaud et Roger Karoutchi parvenaient à la même conclusion : « *il est indispensable de mieux organiser l'intervention des différents acteurs, notamment en période de crise et de prévoir différents niveaux de coordination, permettant d'associer les collectivités territoriales compétentes en fonction des thèmes abordés* » ⁽¹⁾.

Une nouvelle architecture du système de santé, qui recentralise lorsqu'il le faut mais sait aussi décentraliser pour être au plus près des territoires, sera plus efficace, d'autant plus qu'elle **associera mieux les organisations de professionnels de santé et les associations d'usagers**, à une échelle cohérente.

En effet, le rapporteur est particulièrement attaché à une meilleure implication des usagers de la santé dans l'élaboration des politiques locales qui ne sont aujourd'hui pas suffisamment au cœur des décisions. Cette mise à distance engendre des incompréhensions entre les différentes parties prenantes qui, finalement, ne parlent pas le même langage.

Le **projet de restructuration de l'offre de soins et de la réorganisation hospitalière du Centre et Sud Haute-Marne** est, à ce titre, particulièrement révélateur. Ce projet débuté en décembre 2022, piloté par l'agence régionale de santé du Grand Est, est le symptôme du dysfonctionnement et de la déconnexion de certains acteurs dans le processus de décision. Si les usagers et les personnels soignants ont, dans un premier temps, été associés au projet médical établi par le comité de pilotage Égalité-Santé, leur avis a ensuite été bafoué par l'agence régionale de santé Grand Est. Lors de la table-ronde organisée par le rapporteur sur ce sujet précis, à laquelle l'agence régionale de santé a refusé de participer, le président d'Avenir Santé Sud Haute-Marne a dénoncé la faible concertation avec les pouvoirs publics et la mise à l'écart progressive des usagers qui, aujourd'hui, ne se retrouvent pas dans le projet de l'agence régionale de santé cofinancé par le conseil départemental, le GIP Haute-Marne et le conseil régional, mobilisant ensemble une enveloppe de 140 millions d'euros dans le cadre du Ségur de la santé. Cette décision connaît une très forte contestation de la part de la majorité de la population (dont les associations d'usagers des services de santé), des élus locaux et de l'ensemble des organisations représentant les professionnels de santé directement concernés. Une réforme du processus de décision développé dans ce rapport aurait permis d'éviter les lourdes conséquences inéluctables à venir qui découlent de ce projet issu de

(1) Rapport d'information n° 712 (2020-2021) de MM. Jean-Michel Arnaud et Roger Karoutchi, 24 juin 2021, p. 12.

l'agence régionale de santé, sur un territoire qui souffre déjà de graves problématiques d'accès aux soins pour les habitants du Centre et Sud Haute-Marne.

*

* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DES MINISTRES

Lors de sa réunion du lundi 3 novembre 2025, la commission entend M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités, Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, et Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées ⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. Après cinquante heures consacrées au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) la semaine dernière, nous abordons maintenant le projet de loi de finances (PLF). Contrairement aux années précédentes, nous avons, pour des raisons de calendrier, regroupé l'audition des ministres ce soir et adapté les temps de parole, qui seront de six minutes pour les ministres, pour les rapporteurs et pour les orateurs des groupes politiques, temps pouvant être partagé entre plusieurs intervenants, et d'une minute pour les questions des autres députés.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités. Mon ministère gère deux missions budgétaires : la mission *Travail, emploi et administration des ministères sociaux* finançant l'insertion et la formation professionnelles, l'amélioration de la qualité de l'emploi et les dépenses de fonctionnement et de personnel des ministères sociaux ; le programme 304 de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, qui finance la prévention et la lutte contre la pauvreté, l'inclusion sociale et la protection des personnes vulnérables, partiellement partagé avec ma collègue Stéphanie Rist.

Notre proposition budgétaire répond à l'urgence de redresser les finances publiques. Cet effort collectif doit impliquer l'État, les collectivités, les entreprises et tous les Français selon leurs capacités contributives. Mon ministère y participe en réduisant ses crédits de 7 % pour le programme 304 et de 15 % en autorisations d'engagement et 12 % en crédits de paiement sur ses missions, sans renoncer à ses politiques essentielles.

Malgré ces baisses, le budget 2026 du programme 304 reste supérieur à la moyenne 2017-2025 avec 13,1 milliards d'euros contre 11,5 milliards. Pour rappel, ce budget a considérablement augmenté depuis 2017, où il atteignait seulement 5,7 milliards d'euros. L'effort de l'État demeure donc substantiel.

(1) <https://assnat.fr/m36GOy>

Le budget préserve le financement du pacte des solidarités lancé en 2023, pour déployer des dispositifs comme le dédoublement des classes en réseaux d'éducation prioritaire, les cantines à 1 euro pour 200 000 élèves et les petits déjeuners pour 255 000 élèves. L'État honorera ses engagements auprès des départements – 90 millions d'euros – et des métropoles – 12,5 millions d'euros. Le programme « Mieux manger pour tous » conserve 80 millions d'euros, répartis entre l'amélioration de l'aide alimentaire au niveau national – 40 millions d'euros – et les initiatives locales innovantes – 40 millions.

Pour le travail et l'emploi, le budget 2026 s'élève à 16 milliards d'euros et dépasse la moyenne 2015-2024, qui était de 15 milliards d'euros, hors crédits de fonctionnement communs. Comparé à 2017, le budget 2026 pour l'insertion par l'activité économique augmente de 60 % et celui des entreprises adaptées de 30 %. Les contrats d'engagement jeune sont presque trois fois plus nombreux qu'en 2020.

Le budget pour le travail et l'emploi entre dans une phase de réajustement après les fortes hausses post-covid qui l'avaient porté à 21 milliards d'euros en 2023 et 23 milliards d'euros en 2024, contre seulement 12 milliards d'euros en 2019 et une moyenne de 13 milliards d'euros durant la période 2015-2019. Si ces hausses exceptionnelles étaient justifiées pour soutenir l'économie pendant la crise, leur maintien n'est plus soutenable pour nos finances publiques.

Le débat budgétaire actuel s'avère difficile, augmenter les recettes étant toujours plus simple que réduire les dépenses. Je m'engage donc à privilégier l'écoute et le dialogue. Notre situation budgétaire exige une approche différente, axée sur le ciblage et l'efficacité, ainsi que sur la lutte contre la fraude, qui fera l'objet d'un projet de loi. Nous proposons des économies tout en maintenant des politiques publiques efficaces en matière d'emploi et de solidarité, et répondant aux préoccupations des Français.

L'apprentissage illustre parfaitement cette approche. Depuis 2017, cette filière a connu des résultats spectaculaires, le nombre d'apprentis ayant presque triplé, avec 305 000 nouveaux entrants en 2017 contre près de 880 000 en 2024. En stock annuel, la France compte désormais 1 million d'apprentis. Ce succès a nécessité un financement public considérable, atteignant 16 milliards d'euros en 2024. Si cet investissement était justifié pour lancer la réforme, il doit maintenant se stabiliser. Nous poursuivrons notre soutien à l'emploi des jeunes et aux entreprises créatrices d'emploi, mais selon une logique d'efficacité et d'efficience qui s'appliquera également à l'apprentissage.

Je souhaite progresser rapidement sur trois chantiers prioritaires. Le premier concerne l'allocation sociale unifiée (ASU), projet que nous devons accélérer. Notre système de solidarité, bien que remarquable, manque en effet de lisibilité pour combattre efficacement la pauvreté. Il s'est complexifié par l'accumulation de dispositifs aux règles et objectifs différents, insuffisamment coordonnés. Par ailleurs, le travail doit être systématiquement valorisé, et il doit payer. Nous disposons déjà d'une base solide grâce aux nombreux travaux menés ces dernières années. Le

Gouvernement présentera très prochainement une méthodologie pour avancer collectivement sur cette réforme.

Le soutien au dialogue social, à l'amélioration des conditions de travail et à la prévention des accidents sera aussi au cœur de mon action. Sur ce dernier point, la France doit progresser au vu des comparaisons européennes – c'est un enjeu moral, économique et pénal pour les dirigeants. Issu du monde de l'entreprise, je mesure l'importance du dialogue social. L'augmentation en 2026 de la subvention à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail démontre notre engagement à soutenir les petites et moyennes entreprises ainsi que les très petites entreprises dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. Les crédits destinés au paritarisme et aux acteurs du dialogue social sont maintenus, confirmant notre soutien à la démocratie sociale.

Enfin, je souhaite renforcer la promotion interne en entreprise. Valoriser le travail et le mérite, ouvrir de nouveaux horizons et refuser l'assignation professionnelle doivent guider notre action pour dynamiser les parcours professionnels. Dans le monde du travail comme ailleurs, chacun a besoin de sens, de perspectives et à d'espoirs de progrès.

La question du travail doit se placer au cœur de nos réflexions futures, car elle constitue la solution à de nombreux défis. Demain, je réunirai officiellement les partenaires sociaux pour lancer la conférence sur le travail et les retraites. Nous devons repenser le rapport au travail en France en 2025, à l'heure de la transition écologique et de l'intelligence artificielle et alors qu'il nous faut choisir la réindustrialisation, la souveraineté énergétique et l'innovation.

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. La mission *Santé* du PLF 2026 comprend trois programmes : le 204, le 183 et le 379. Ses crédits augmentent de 12 % par rapport à 2025, atteignant 1,67 milliard d'euros.

Le programme 379, temporaire, reverse à la sécurité sociale les crédits européens issus de la facilité pour la relance et la résilience. Ces 6 milliards d'euros investis sur cinquante ans financent les projets dans les établissements de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et soutiennent l'amélioration des outils numériques en santé.

Les crédits de paiement du programme 204, consacré à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, atteignant près de 214 millions d'euros. Il vise à coordonner nos opérateurs pour renforcer l'efficacité préventive et sanitaire, notamment l'Institut national du cancer (Inca), engagé dans la stratégie 2021-2030, et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, porteuse de l'approche « Une seule santé ». Ce programme soutient également la recherche, renforce la gestion des crises sanitaires et porte une attention particulière aux outre-mer, avec notamment la construction de l'hôpital de Wallis et Futuna, symbole d'équité territoriale.

Le programme 183 *Protection maladie* finance l'accès aux soins des plus vulnérables avec 1,2 milliard d'euros, couvrant le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et l'aide médicale de l'État (AME). Cette dernière poursuit trois objectifs : humanitaire en garantissant l'accès aux soins essentiels pour les personnes précaires ; sanitaire en prévenant la propagation de maladies contagieuses ; budgétaire en évitant des hospitalisations tardives plus lourdes pour les patients et plus coûteuses pour la collectivité.

Suite aux recommandations de Claude Évin et Patrick Stefanini pour renforcer la confiance dans l'AME et prévenir les abus, deux décrets seront promulgués : le premier imposera des justificatifs d'identité avec photographie, alignant le niveau de contrôle sur celui du ministère de l'intérieur ; le second permettra aux consulats d'accéder à la base des bénéficiaires pour détecter les demandes motivées par un projet de soins en France et éviter l'octroi de visas à des touristes médicaux. Notre objectif est de garantir la légitimité du dispositif tout en préservant son esprit de protection sanitaire.

Concernant l'enfance, l'action 17 du programme 204 amorce la refondation de la politique de protection de l'enfance. Cette refonte s'appuiera sur un partenariat entre mon ministère, celui de la justice et Départements de France. Malgré l'engagement des professionnels et les 10 milliards d'euros qu'apportent les départements, cette politique est en difficulté, avec une hausse de 50 % des mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) ces vingt dernières années malgré la baisse des naissances. Les crédits augmenteront de 55 millions d'euros, répartis entre 34,7 millions pour améliorer l'encadrement dans les pouponnières, 5 millions pour les expérimentations dans le Var et la Gironde, 10 millions pour renforcer la contractualisation avec les départements et 5 millions pour soutenir les prêts de rénovation des bâtiments *via* la Banque des territoires.

L'action 17 financera également la contribution de l'État aux nouvelles compétences communales pour l'accueil du jeune enfant, à hauteur de 87 millions d'euros. En collaboration avec les communes, nous relancerons le service public de la petite enfance, levier essentiel pour la natalité, le développement optimal des enfants et l'égalité femmes-hommes.

Les moyens du programme des 1 000 premiers jours de l'enfant augmenteront de 50 % pour atteindre 4 millions d'euros, en préparation de la feuille de route 2025-2027, qui intégrera le congé de naissance. Ce congé, actuellement débattu dans le cadre de l'examen du PLFSS, devra s'accompagner d'un soutien substantiel à la parentalité, particulièrement à la coparentalité concernant les pères.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. Ce budget s'inscrit dans un contexte contraignant, avec une dette dépassant 115 % du produit intérieur brut en 2025 et des intérêts considérables. Conçu dans un esprit de responsabilité, il constitue, comme l'a souligné le Premier ministre dans sa déclaration du 14 octobre

dernier, une proposition ouverte au débat parlementaire. Le Premier ministre ayant renoncé à user de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Parlement a donc pleinement la main sur ce budget.

La progression du programme 157 *Handicap et dépendance* résulte principalement de l'augmentation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui représente 80 % de cette mission et a connu une hausse de plus de 60 % depuis 2017. Son montant actuel de 1 033 euros mensuels, en augmentation de 220 euros depuis 2017, bénéficie à 1,3 million de personnes. Rappelons que la déconjugalisation de cette allocation, votée il y a deux ans, a été mise en œuvre sans perte de revenus pour les foyers concernés.

Le Premier ministre a annoncé la levée du gel des prestations sociales initialement prévu dans ce projet de budget, mesure qui concerne notamment l'AAH.

Le programme 157 inclut également des crédits pour l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées, notamment le financement et l'accompagnement des travailleurs en établissements et services d'aide par le travail (Esat). Depuis janvier 2023, les bénéficiaires de l'AAH peuvent travailler simultanément à temps partiel en Esat, améliorant ainsi leur rémunération. Nous observons une baisse du taux de chômage des personnes handicapées, désormais à 12 %, chiffre qui reste néanmoins supérieur à la moyenne nationale.

La vingt-neuvième semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées se tiendra du 17 au 23 novembre, incluant le Duoday. Je sais que nombreux d'entre vous sont attachés à cet événement et y participeront pour valoriser l'initiative des personnes handicapées et leur inclusion professionnelle.

Dans le programme 157, le financement de l'aide au poste est maintenu malgré l'apparente baisse budgétaire. L'évolution salariale liée notamment au smic sera en effet financée par un prélèvement sur la trésorerie de l'Agence de services et de paiement (ASP), garantissant ainsi la stabilité du financement pour les Esat et leurs travailleurs.

Ce programme finance également la stratégie nationale contre les maltraitances dans les établissements sociaux et médico-sociaux. En 2026, un numéro d'appel national sera déployé, accessible 7 jours sur 7, y compris pour les personnes sourdes et malentendantes, ainsi que des cellules territoriales de traitement des signalements.

La protection des majeurs demeure également prioritaire, avec une attention particulière portée en 2026 aux professionnels des services mandataires. Les crédits du programme compenseront durablement les extensions du Ségur.

Au-delà du PLF, le financement des politiques du handicap et de l'autonomie figure substantiellement dans le PLFSS. Ce budget augmentera de 1,5 milliard

d'euros, permettant notamment de financer 50 000 solutions d'accompagnement et d'investir 100 millions supplémentaires dans l'habitat intermédiaire.

Mme Christine Le Nabour, rapporteure pour avis (*Solidarité, insertion et égalité des changes*), suppléant M. Didier Le Gac, rapporteur pour avis (*Travail, emploi et administration des ministères sociaux*). La mission *Solidarité, insertion et égalité des changes*, dotée de 29,5 milliards d'euros, comprend principalement 14,6 milliards pour l'AAH et 9,3 milliards pour la prime d'activité, représentant plus de 80 % des crédits. Pour la première fois depuis 2017, les crédits de la mission diminuent d'environ 1 milliard d'euros, en raison de la stabilisation de la prime d'activité après plusieurs années de forte croissance. Les crédits de l'AAH continuent néanmoins d'augmenter de 1,7 %, confirmant la priorité accordée aux personnes en situation de handicap.

Le pacte des solidarités, en hausse de 2 % à 259 millions d'euros pour 2026, prolonge la dynamique partenariale entre État, régions et départements engagée en 2018. Il confirme l'approche interministérielle de lutte contre la pauvreté jusqu'en 2027. Je salue le maintien des crédits d'aide alimentaire, alors que la précarité financière persiste pour de nombreuses familles.

Les moyens pour l'égalité femmes-hommes progressent de 1,7 %, renforçant l'aide universelle d'urgence pour les victimes de violences conjugales. La généralisation du pack nouveau départ doit rester prioritaire.

Les crédits de l'action 17 du programme 304 pour la protection de l'enfance atteignent 421,6 millions d'euros, en légère hausse. Ils financent la stratégie nationale de protection de l'enfance, le soutien aux communes pour l'accueil du jeune enfant et la refonte réglementaire des pouponnières à caractère social.

Au-delà des retards de versement et de la diminution des aides au poste en Esat, l'article 79 du PLF m'inquiète particulièrement. Il supprime la prise en compte de l'AAH comme revenu professionnel dans le calcul de la prime d'activité, privant ainsi 90 % des bénéficiaires actuels, dont 95 % des travailleurs en Esat. Un travailleur handicapé perdrait 150 à 170 euros mensuels. Le Gouvernement évoque une économie de 90 millions d'euros, mesure contradictoire avec le discours sur l'incitation à l'emploi des personnes handicapées.

Je recommande d'agir plus efficacement sur la reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), comme préconisé dans le rapport que j'ai présenté avec Sébastien Peytavie sur l'évaluation de la loi de 2005. Les critères actuels de la RSDAE enferment trop de bénéficiaires dans des temps partiels subis et freinent leur retour à l'activité. Madame la ministre, quel est votre avis sur ce point ?

Concernant la mission *Travail, emploi et administration des ministères sociaux*, les crédits, soit 17,4 milliards d'euros, reculent de près de 12 % par rapport à 2025, inquiétant fortement les acteurs du secteur. Les crédits des programmes

Accès et retour à l'emploi, en baisse de 11,3 %, et *Accompagnement des mutations économiques*, en baisse de 21,2 %, sont particulièrement affectés, malgré la priorité affichée du plein emploi. Les acteurs de terrain alertent : leurs missions s'élargissent, l'accompagnement s'intensifie, les situations individuelles se complexifient et les exigences d'efficacité augmentent, alors même que leurs moyens diminuent drastiquement.

La suppression de 515 équivalents temps plein (ETP) à France Travail et la baisse de 13 % des financements pour les entreprises adaptées contraignent 51 % d'entre elles à envisager un gel des embauches. La réduction de 14 % des aides au poste prive 60 000 personnes d'accompagnement dans l'insertion par l'activité économique. Les baisses affectent également l'apprentissage, en baisse de 31 %, et les missions locales, en baisse de 19 % en deux ans, réduisant le nombre de jeunes accompagnés dans le cadre du contrat d'engagement jeune.

Ces réductions ne se limitent pas aux financements d'État mais touchent aussi les subventions des collectivités. Les inquiétudes sont vives : des postes menacés, des portefeuilles d'accompagnement alourdis, des structures fragilisées. Sans maintien des crédits, nous risquons de briser la dynamique engagée depuis 2018.

Ce projet de budget entend réaliser des économies sur les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi qui, précisément, permettent d'augmenter le taux d'emploi et donc les recettes fiscales. Cette approche contredit totalement les objectifs de la loi pour le plein emploi que j'ai portée avec Paul Christophe. L'emploi et la formation constituent des priorités de notre action depuis huit ans. Si le contexte économique exige davantage d'efficacité, nous nous étonnons des coupes opérées dans des dispositifs qui ont fait leurs preuves.

Les acteurs de l'emploi et de l'insertion réclament une stabilité des crédits pour leurs dispositifs et structures d'accompagnement, assortie d'une vision pluriannuelle. Davantage de personnes en emploi génère plus de cotisations et de recettes nationales. Ces financements représentent non des dépenses mais un investissement d'avenir, sans lequel davantage de personnes resteraient exclues du marché du travail.

M. Christophe Bentz, rapporteur pour avis (Santé). Vu le contexte dans lequel les recettes sont actuellement débattues, l'examen des dépenses du PLF se fera probablement uniquement en commission, et non dans l'hémicycle.

Les positions de chaque groupe politique sur l'AME sont connues. Le nôtre soutient l'esprit initial de ce dispositif, incarnant le devoir de protection nationale envers les Français, les étrangers en situation régulière mais aussi irrégulière. Nous estimons néanmoins que l'utilisation du panier de soins proposé, dont le coût est de 1,2 milliard d'euros, connaît des dérives.

Nous déposerons des amendements, car de nombreux Français jugent certaines dépenses du panier de soins excessives, celui-ci s'étant trop élargi au fil des ans. Ma collègue Anhya Bamana, députée de Mayotte, avait déjà proposé des amendements similaires, malheureusement rejetés par le Gouvernement.

Madame la ministre, adopterez-vous une position constructive envers vos oppositions, notamment le Rassemblement national ? Êtes-vous prête à reconsidérer cette question, voire à infléchir votre position pour trouver une solution budgétaire consensuelle ?

Dans ce contexte budgétaire contraint, l'optimisation de chaque euro public est essentielle pour maximiser l'efficacité des soins aux patients. Or nos nombreuses auditions auprès d'acteurs variés ont révélé d'importantes défaillances de gestion, tant à l'échelon central qu'à celui des agences régionales de santé (ARS), qui ne sont pas véritablement des services déconcentrés, ainsi que dans les établissements de santé.

Nous proposerons plusieurs solutions contre la suradministration sanitaire, combat que nous menons à chaque PLFSS par des amendements visant à réduire les dépenses administratives. Nous préconisons la suppression des ARS et la redistribution de leurs compétences aux préfets départementaux, comme auparavant. Cette réorganisation offrirait un service de proximité départemental plutôt que régional, l'échelon régional étant inadapté car trop éloigné des réalités. Les ARS sont devenues des instances technocratiques déconnectées des besoins réels des patients.

Madame la ministre, êtes-vous disposée à collaborer constructivement avec vos oppositions, particulièrement le RN, pour lutter contre la suradministration du domaine sanitaire ?

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. Notre action s'inscrit dans un cadre contraint par la nécessité de maîtriser le déficit public, imposant des ajustements budgétaires qui, j'espère vous en convaincre, ne compromettent pas les politiques fondamentales.

Concernant la suppression de la prise en compte de l'AAH comme revenu professionnel dans le calcul de la prime d'activité, rappelons le système actuel : lorsqu'un bénéficiaire de l'AAH perçoit un revenu d'activité mensuel supérieur à 25 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic), son allocation est intégralement assimilée à un revenu d'activité pour calculer sa prime. Cette dérogation très favorable, que nous souhaitons reconsidérer, traite comme un revenu d'activité ce qui devrait être considéré comme une prestation sociale. Cette assimilation de l'AAH à un revenu d'activité manque de cohérence, les autres prestations sociales étant intégralement comptabilisées dans les ressources. Par souci d'équité, cette exception a déjà été supprimée pour d'autres prestations –pensions d'invalidité, rentes accidents du travail – par la loi de finances pour 2018. De plus, le barème de l'AAH intègre déjà des abattements spécifiques favorisant l'emploi, créant ainsi un double avantage avec la prime d'activité. Notre proposition garantira

l'absence de dégressivité des ressources quand les revenus d'activité augmentent. Nous restons néanmoins ouverts au débat parlementaire.

S'agissant de l'insertion professionnelle, nous poursuivons une politique fortement soutenue, avec un budget 2026 de 1 milliard d'euros, en hausse de 60 % par rapport à 2017, où il s'élevait à 800 millions d'euros. Dans ce contexte d'économies nécessaires, nous procédons à un ajustement tout en maintenant un effort considérable.

L'enveloppe 2026 pour les entreprises adaptées reste supérieure de 30 % à celle de 2017, tandis que celle des missions locales augmente de 14 %. L'effort financier demeure substantiel, avec 2,5 milliards d'euros en 2026 pour les politiques d'insertion, hors France Travail, soit une augmentation de 60 %.

Pour optimiser l'ajustement budgétaire, nous proposons d'améliorer l'efficacité des politiques d'insertion en renforçant la qualité de l'accompagnement, en intensifiant la collaboration avec les employeurs, par des immersions, visites d'entreprises et contrats courts, en simplifiant les procédures administratives et en consolidant l'approche territoriale grâce à la fongibilité totale entre dispositifs prévue pour 2025, offrant ainsi la flexibilité nécessaire aux besoins locaux spécifiques.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. L'articulation actuelle entre AAH, prime d'activité et revenu d'activité présente un défaut structurel. En considérant l'AAH comme un revenu professionnel, nous activons la prime d'activité de façon inadaptée à son objectif initial de complément à des revenus du travail insuffisants. Cette construction crée un effet pervers : au-delà d'un certain seuil d'activité, le revenu global stagne malgré l'augmentation du temps de travail, limitant la reconnaissance des efforts professionnels. Cette situation soulève la question de la RSDAE.

Cette problématique mérite le débat ouvert par la proposition inscrite dans le projet de loi de finances, conçue comme point de départ pour nourrir la discussion parlementaire. Nous devons concevoir un système garantissant simultanément un revenu digne aux personnes handicapées tout en valorisant réellement leur progression professionnelle. La complexité s'accroît avec les fluctuations d'activité liées à leur état de santé, nécessitant des mécanismes novateurs pour atteindre cet équilibre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. En tant que ministres, nous accompagnerons les débats et votes parlementaires relatifs au PLF et au PLFSS, en émettant un avis sur tous les amendements déposés.

Le rapport Évin-Stefanini confirme que l'AME constitue un dispositif sanitaire utile et globalement maîtrisé, tout en permettant des adaptations. Nous publierons deux décrets renforçant les exigences relatives aux pièces d'identité pour les demandes d'AME.

La transparence concernant le panier de soins de l'AME, dont nous devons parler sans tabou, s'impose d'autant plus que celui-ci évolue régulièrement :

privilège aux génériques depuis 2008, exclusion des médicaments à faible service médical rendu depuis 2015 et, depuis 2020, délai d'ancienneté de neuf mois pour les prestations non urgentes destinées aux majeurs, y compris pour l'obtention d'un bon de transport pour hospitalisation. Ces informations sont essentielles pour nos concitoyens et démontrent notre engagement envers la transparence.

Sur la prétendue suradministration, le rôle des ARS et l'efficacité du ministère, j'appelle à la prudence. Considérez-vous les secrétaires médicaux comme du personnel superflu dans les établissements de santé ? Estimez-vous que le contrôle de la qualité de l'eau par les ARS, politique sanitaire majeure, est de trop ?

L'État doit se réformer en permanence, d'où les missions d'inspection régulières adaptant l'action publique. Nous devons viser un État plus efficace et lisible, objectif de la mission « État efficace » lancée par le Premier ministre. Privilégions l'efficacité finale pour nos concitoyens plutôt que la suppression de services sans alternatives. Ce travail concerne l'organisation ministérielle, l'efficacité des services, puis la déconcentration et la décentralisation. Définissons précisément la « suradministration » sans y inclure indûment des fonctions essentielles comme les secrétariats médicaux.

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

Mme Christine Loir (RN). Je salue la présence de mesdames Rist et Parmentier-Lecocq. Votre expérience parlementaire et votre connaissance du terrain rendent cet échange particulièrement utile. Malgré nos divergences, j'apprécie votre engagement envers cette mission.

Je dois néanmoins formuler un bémol. La mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* subit une réduction budgétaire de près de 800 millions d'euros, avec notamment une baisse de 7 % des moyens pour l'inclusion et la lutte contre la pauvreté. Parallèlement, les crédits pour l'égalité hommes-femmes, la protection de l'enfance et le handicap stagnent ou progressent modestement, souvent sous l'inflation.

Il faut rappeler l'intervention récente du Premier ministre évoquant un possible dégel des prestations sociales. La décision initiale de geler l'ensemble des prestations sociales constitue un marqueur préoccupant du projet gouvernemental, rompant avec le principe d'indexation sur l'inflation qui protégeait minimalement le pouvoir d'achat des plus vulnérables. Le gel de l'AAH, en particulier, franchit une ligne rouge sociale et morale, contredisant vos engagements antérieurs. Si nous saluons le revirement annoncé par le Premier ministre, les arbitrages sont-ils définitivement tranchés ? Quelles économies envisagez-vous pour financer ces dispositions ?

Le programme *Inclusion sociale et protection des personnes* subit les plus fortes réductions de la mission, avec une baisse de 7,3 %, soit un montant de près d'un milliard d'euros. Cette diminution affecte directement la prime d'activité, désormais recentrée et non revalorisée, ainsi que la prime de Noël, limitée aux seuls

foyers avec enfants. Ces dispositifs soutiennent pourtant des millions de foyers modestes, alors que l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) recense déjà 10 millions de personnes en situation de pauvreté. Comment justifiez-vous que ces économies ciblent prioritairement les actifs modestes et les personnes isolées ? Combien de bénéficiaires perdront leur accès à ces deux prestations en 2026 ?

Le programme 157 *Handicap et dépendance* est maintenu presque à l'identique, principalement pour financer la déconjugalisation de l'AAH, mesure que notre groupe a soutenue et inscrite dans le programme présidentiel de Marine Le Pen. Des problèmes persistent néanmoins dans l'accès aux droits. Dans l'Eure, les délais de traitement de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) atteignent un an pour un nouveau dossier et neuf mois pour un renouvellement. Quelles mesures concrètes prévoyez-vous pour renforcer ces structures dès 2026 ? Le transfert de dispositifs comme l'emploi accompagné hors de ce programme ne risque-t-il pas d'affaiblir sa cohérence globale ?

Le rapport de la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance publié en avril dernier décrit un système exsangue : moyens insuffisants, inégalités territoriales et milliers d'enfants sans solution adaptée. Sur 400 000 mineurs sous mesure de protection, plus de la moitié sont placés dans des structures saturées. Les professionnels signalent des placements non exécutés faute de places, une pénurie de familles d'accueil et l'épuisement du personnel. Face à ce délabrement, le PLF 2026 n'alloue que 40 millions d'euros pour améliorer l'encadrement en pouponnières et 10 millions pour la contractualisation avec les départements, bien en deçà des besoins identifiés. Le Gouvernement envisage-t-il un plan d'urgence pour garantir qu'aucun enfant ne reste sans solution appropriée dès 2026 ?

Mme Christine Le Nabour (EPR). Les enveloppes nationales ne reflètent pas les financements réellement perçus par les structures locales, car les critères d'attribution varient considérablement selon les régions. Une mission locale en Bretagne, par exemple, se voit appliquer des critères spécifiques à cette région. Nous observons également un effet d'accumulation inquiétant : les collectivités locales, elles-mêmes soumises à des contraintes budgétaires croissantes, réduisent parallèlement leur soutien aux structures d'insertion.

Je plaide depuis longtemps pour une refonte complète du secteur de l'insertion, actuellement fragmenté entre trop d'acteurs et de dispositifs. Chaque structure applique ses propres règles d'entrée et de sortie, ses modalités de financement et ses critères d'évaluation. Ainsi, une sortie jugée positive dans une mission locale ne correspond pas à celle d'une structure d'insertion par l'activité économique. Cette réforme favoriserait la coopération entre structures plutôt que leur mise en concurrence.

Les acteurs du secteur reconnaissent la nécessité d'efforts collectifs, mais dénoncent le caractère brutal et précipité des restrictions actuelles. Pour cette raison,

ils réclament une programmation pluriannuelle qui leur permettrait d'absorber plus efficacement les éventuelles baisses budgétaires.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Après *L'Étrange Noël de Monsieur Jack*, voici *L'Affreux Noël des macronistes*. Vous avez dissimulé jusqu'au dernier moment une mesure particulièrement sévère : la réduction de moitié de la prime de Noël destinée aux chômeurs de longue durée en allocation de solidarité spécifique, aux chômeurs proches de la retraite et aux allocataires du revenu de solidarité active (RSA).

Réduire cette prime de Noël relève du cynisme. Vous aviez prévu 467 millions d'euros pour cette prime en 2025, mais n'accordez plus que 261 millions cette année, divisant l'enveloppe par deux. Cela implique automatiquement une baisse du montant versé à chaque bénéficiaire. Cette économie de 200 millions représente seulement deux jours du rendement potentiel d'une « taxe Zucman » ou une semaine de recettes d'un impôt sur la fortune, mais vous choisissez délibérément de prélever ces sommes dans les poches des plus vulnérables.

Vous annoncez un « *recentrage de la prime de Noël sur les seuls foyers éligibles ayant un ou plusieurs enfants à charge* ». En termes clairs, vous la supprimez pour tous les foyers sans enfant, seul moyen d'atteindre les 200 millions d'euros d'économies prévues. Quel est votre objectif réel ? Humilier les bénéficiaires ? Les dissuader d'accueillir leur famille pendant les fêtes ou d'acheter un billet de train pour visiter leurs proches ? Les empêcher d'offrir des cadeaux ? Ou pire, les contraindre à décliner des invitations par honte de se présenter les mains vides ?

Cet exemple, loin d'être isolé, illustre l'orientation actuelle du Gouvernement : votre projet prive littéralement les familles précaires de la moitié, voire plus, de leurs cadeaux de Noël. Tel le Grinch au service de la grande bourgeoisie, vous semblez prêts à supprimer la prime de Noël pour 1 500 000 personnes. Confirmez-vous cette intention ? Si non, comment expliquer les 200 millions d'euros d'économies prévues sur cette prime ?

L'article 80 supprime également l'aide de 500 euros au permis de conduire pour les apprentis, équivalant aux trois quarts du salaire mensuel des plus jeunes. Avec un coût réel d'environ 1 Smic pour vingt heures de conduite, et une rémunération débutant à 775 euros, ces jeunes devront désormais consacrer deux mois de salaire à leur permis. Paradoxalement, le même Gouvernement qui verse 2 000 euros aux employeurs pour l'embauche d'apprentis reprend 500 euros à ces jeunes, les contraignant à financer indirectement les avantages accordés au patronat. Quant à l'alternative du compte personnel de formation (CPF), l'article 81 en limite justement l'utilisation pour le financement du permis.

Pour essayer de noyer le poisson, certains ministres évoquent des hausses sectorielles de crédits. Regardons la réalité : France Travail perd 515 postes. Y a-t-il trop de conseillers gérant les droits ? Trop d'agents répondant au 3949 ? Trop de

personnel d'accueil accompagnant la dématérialisation ? Trop d'intervenants conduisant les entretiens ? Où précisément ces suppressions vont-elles s'appliquer ?

Parallèlement, l'Agence pour la formation professionnelle des adultes (Afp) perd 506 postes. Qu'estimez-vous superflu ? Le personnel, alors que le nombre de stagiaires a diminué de moitié en quinze ans ? Les formations, alors que vous réduisez les heures par stagiaire ? Les qualifications, remplacées par de l'accompagnement certifiant ? L'accessibilité, alors que vous supprimez les subventions de restauration, forçant des stagiaires à choisir entre manger ou dormir dans leur véhicule ? Les programmes d'intégration pour réfugiés et détenus ? Les sites, après en avoir déjà fermé trente-huit ? Le bien-être au travail, malgré les hospitalisations récurrentes d'agents pour stress professionnel ?

Ces exemples révèlent le caractère purement idéologique de votre approche. Vous annoncez des coupes budgétaires sans jamais préciser leurs implications concrètes, supprimant 500 postes ici et là sans définir lesquels ni pourquoi. Nous exigeons de comprendre précisément comment et où s'appliqueront ces milliers de suppressions annoncées aujourd'hui.

Mme Océane Godard (SOC). L'examen de la mission *Travail, emploi et administration des ministères sociaux* du PLF 2026 révèle une attaque sans précédent contre les politiques de l'emploi. Cette mission, amputée de près de 3 milliards d'euros, devient la grande sacrifiée du PLF, choix particulièrement inquiétant dans un contexte social et économique déjà tendu.

Depuis des décennies, l'emploi est au cœur du discours politique, mais les approches restent essentiellement comptables. Dès que le taux de chômage diminue ou que les inscriptions à France Travail reculent, la conclusion politique invariable consiste à réduire les crédits. Or un marché de l'emploi performant ne se mesure pas uniquement à ces indicateurs, mais à sa capacité d'intégration. Le sous-emploi, comme l'a souligné le Conseil d'analyse économique, rattaché au Premier ministre, constitue le principal obstacle au plein emploi. Cette réalité affecte particulièrement les jeunes, les femmes, les seniors et les personnes peu qualifiées, à la marge du marché du travail.

La qualité des emplois proposés représente un critère fondamental et un pilier du pacte républicain. Le travail structure notre société et notre système social, mais quand il ne garantit plus la sécurité, ne rémunère pas décemment et génère du rejet, c'est que les politiques publiques ont failli. Selon vos propres termes, elles ne sont plus efficaces.

Le bon fonctionnement du marché de l'emploi se mesure également à la qualité du dialogue social dans les entreprises, les branches et au niveau national. Sur ce plan, la démocratie sociale s'est considérablement dégradée depuis 2017. Il s'évalue également au sentiment de sécurité qu'éprouvent nos concitoyens, qu'ils soient en activité ou au chômage. Or le travail suscite aujourd'hui l'inquiétude, comme l'a dramatiquement illustré la réforme des retraites de 2023.

Nous partageons votre attachement à l'efficacité et l'efficacités, mais ces principes ne consistent pas à considérer les opérateurs financés par l'État seuls comptables de l'accès et du maintien dans l'emploi. Les entreprises en sont l'acteur essentiel. Quand la législation et les dispositifs fiscaux les incitent à maximiser la flexibilité de leur gestion des ressources humaines et à maintenir des salaires bas, ne nous étonnons pas que notre marché de l'emploi soit défaillant. N'attendons pas des opérateurs qu'ils remédient aux causes structurelles et culturelles du chômage et du sous-emploi persistants en France.

Pour cette mission, notre boussole doit être : la qualité de l'accompagnement telle que ressentie par ses bénéficiaires ; la qualité de service perçue par les entreprises ; la capacité à prévenir les sorties durables du marché du travail et à enrayer l'appauvrissement croissant, marqué par l'augmentation d'un point du taux de pauvreté ; et l'aptitude à proposer des solutions globales intégrant l'emploi mais pas uniquement. Tous les élus locaux peuvent témoigner que logement, mobilité et garde d'enfants constituent les principaux obstacles à l'insertion professionnelle.

Votre budget fragilise tous les filets de sécurité avec une réduction de 500 ETP à France Travail. Bien que représentant seulement 1 % des effectifs, cette baisse survient alors que l'opérateur peine déjà à gérer l'inscription obligatoire des allocataires du RSA depuis janvier et à déployer la loi pour le plein emploi, pourtant prioritaire dans les engagements présidentiels de 2022.

Nous déplorons également la suppression de 1 000 ETP dans les missions locales, victimes du plan social affectant le secteur associatif. S'y ajoutent 20 000 ETP supprimés dans l'insertion par l'activité économique, soit 60 000 places d'insertion en moins pour les personnes vulnérables. Les crédits pour l'emploi des personnes handicapées chutent de 25 %, tandis que le dispositif Territoires zéro chômeur de longue durée manque cruciallement de financement.

Ces choix politiques peuvent-ils réellement renforcer l'efficacité des acteurs de l'emploi et de l'insertion ? Le groupe socialiste en doute fortement et se tient prêt à réviser avec vous les indicateurs d'efficacité permettant un pilotage plus juste des opérateurs de nos politiques publiques.

Plusieurs mesures s'avèrent particulièrement préoccupantes : suppression de la prise en charge des cotisations salariales des apprentis du secteur public, fin de l'aide au permis de 500 euros pour les apprentis majeurs, plafonnement des dépenses du CPF et disparition des bilans de compétences. Ces restrictions budgétaires compromettront directement la dynamique de l'apprentissage.

Sur le CPF et le bilan de compétences, nous avons régulièrement critiqué la loi de 2018 censée garantir la liberté de choisir son avenir professionnel. Après renoncement sur renoncement, que subsiste-t-il réellement de cette ambition ?

Selon la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, le nombre des bénéficiaires de l'activité partielle, dispositif essentiel

pendant la crise du covid, a baissé de 33 % en un an. Cette diminution libère potentiellement des ressources budgétaires. Avez-vous identifié ces crédits non consommés et envisagez-vous de les réorienter vers la formation, la reconversion ou l'insertion professionnelle ?

M. Thibault Bazin (DR). Redresser nos comptes sociaux exige de lutter contre les fraudes plutôt que d'augmenter taxes et cotisations. Pour pérenniser notre protection sociale, nous devons améliorer notre taux d'emploi et assurer le renouvellement des générations. Comme la Droite Républicaine le propose depuis des années, nous voulons créer un véritable écart entre revenus du travail et prestations sociales. L'actuel millefeuille de trente-deux prestations nécessite simplification et harmonisation avant tout plafonnement. Je propose un amendement pour expérimenter rapidement un revenu social de référence.

Monsieur le ministre, comment comptez-vous éliminer les trappes à inactivité qui dissuadent certains citoyens de passer à temps complet ou d'effectuer des heures supplémentaires par crainte de perdre un montant équivalent d'aides ? Quelles mesures concrètes prévoyez-vous pour améliorer l'emploi des jeunes, des personnes expérimentées et des parents de jeunes enfants ?

Madame la ministre de la santé et des familles, une mesure sous-jacente du PLFSS 2026 consiste, par la voie réglementaire, dans le décalage à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales, pénalisant principalement les familles nombreuses à revenus modestes. Par ailleurs, la réforme du complément de libre choix du mode de garde (CMG) a créé des perdants chez la moitié des bénéficiaires, notamment les foyers où chaque parent gagne plus de 2 000 euros mensuels, des familles de classe moyenne et non des riches. Quelles corrections envisagez-vous pour mieux soutenir le pouvoir d'achat des familles actives avec enfants ?

Madame la ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, le partenariat État-départements est fondamental pour répondre aux besoins réels d'autonomie. La branche autonomie sera déficitaire d'ici 2026 malgré l'affectation de nouvelles recettes. Ne serait-il pas préférable de privilégier les compensations directes par l'État *via* le PLF pour les compétences transférées aux départements, plutôt que de ponctionner les ressources de la sécurité sociale ?

M. Fabien Di Filippo (DR). L'AME représente 1,2 milliard d'euros de crédits, approchant probablement 1,3 milliard aujourd'hui, sans compter les bénéficiaires passant à la couverture maladie universelle qui n'y reviennent pas après basculement dans la clandestinité. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 40 % en dix ans, tandis que l'enveloppe a presque doublé. Nous y voyons une prime à la clandestinité, car le panier de soins dépasse largement l'urgence. Vos ajustements restent symboliques sans remettre en question le dispositif. Actuellement, après neuf mois de présence irrégulière, sont accessibles gratuitement des prothèses articulaires, des gastroplasties contre l'obésité ou des opérations pour oreilles décollées. La pertinence de ces prises en charge intégrales par le contribuable français mérite d'être questionnée.

Envisagez-vous de modifier par décret le panier de soins pour transformer l'AME en véritable aide médicale d'urgence ? Comptez-vous instaurer une franchise médicale, même symbolique, pour responsabiliser les bénéficiaires et mettre fin à la gratuité totale ? Les témoignages de nos hôpitaux sont éloquentes, au-delà des postures idéologiques. Comment justifier l'augmentation continue de ces coûts alors que notre système de santé doit financer des traitements toujours plus onéreux pour une population vieillissante ? Ces efforts devraient s'imposer à tous, excepté aux plus vulnérables, mais certainement pas favoriser ceux qui séjournent irrégulièrement en France.

M. François Ruffin (EcoS). Dans l'hémicycle, on refuse de prélever des milliards sur les grandes fortunes tandis que vous exigez des « ajustements » au nom du déficit public. Qui en fait les frais ? Les travailleurs les plus précaires. Les personnes en situation de handicap en Esat – 95 % des effectifs – perdront 150 à 170 euros mensuels de prime d'activité. Les structures d'insertion par l'activité économique subissent une baisse de 14 %, menaçant 20 000 postes et privant 60 000 personnes d'accompagnement. Parallèlement, les entreprises adaptées voient leurs moyens réduits de 13 %, les missions locales de 19 %, et l'AFPA supprime 506 postes.

Cette politique frappe un marché du travail déjà difficile pour certaines catégories : personnes maîtrisant mal le français, jeunes sans diplômes ni confiance, travailleurs licenciés après 50 ans, 100 000 personnes sortant annuellement du marché par inaptitude, victimes de troubles musculosquelettiques ou d'épuisement professionnel. Toutes ces personnes ont besoin d'avoir un travail alternatif offrant une passerelle vers l'emploi classique.

Or votre politique menace précisément cette passerelle essentielle. Je vous invite à écouter l'alerte lancée par une députée macroniste : la contradiction est flagrante entre votre discours prônant le travail et vos actions qui, paradoxalement, découragent l'emploi en supprimant les dispositifs d'insertion professionnelle comme les Territoires zéro chômeur, les Esat et les entreprises adaptées.

Je m'inquiète également du manque de mesures pour l'enfance. La légère hausse budgétaire annoncée répond-elle vraiment à l'urgence ? Édouard Philippe lui-même écrivait que « *la protection des enfants, leur épanouissement, leur éducation, leur santé psychique et l'accompagnement parental devraient devenir une grande cause nationale* ». Nous en sommes loin. L'ASE, départementalisée dans un contexte d'appauvrissement des ressources, fonctionne mal. Une nationalisation s'impose face aux dégâts du système actuel. De même, alors que dix enfants par classe seraient victimes de violences sexuelles, nous manquons d'un plan national efficace pour les repérer au sein de l'éducation nationale.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Nous concluons ce soir les débats sur le volet recettes du PLF avant d'aborder demain le PLFSS, pendant que l'hôpital traverse une crise majeure. Malgré l'augmentation de 1,6 % des dépenses, la Fédération hospitalière de France dénonce la pire cure d'austérité jamais imposée à l'hôpital public. Notre système de santé se détériore : l'accès aux soins recule, la

désertification médicale s'étend et l'inquiétude grandit parmi nos concitoyens. Cette situation s'aggrave avec la montée de la précarité et la concentration des ressources dans de grands pôles hyperspécialisés au détriment des structures de proximité.

Les centres de santé, trop peu évoqués dans nos débats, pourraient garantir l'accès aux soins sur tout le territoire mais restent structurellement déficitaires. Quelles mesures prévoyez-vous pour assurer leur viabilité ? Qu'entreprendrez-vous également pour les centres de contraception et d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) ? Nous avons constitutionnalisé le droit à l'avortement, mais ces centres figurent parmi les premières victimes du manque de moyens hospitaliers.

La France détient le record du nombre de cancers. Or nous savons que les pesticides, réintroduits par la loi Duplomb, jouent un rôle majeur dans cette épidémie. La pollution atmosphérique, les perturbateurs endocriniens et la malbouffe aggravent également considérablement les problèmes de santé publique. Quelles politiques de prévention, particulièrement en santé environnementale, comptez-vous mettre en œuvre ?

Concernant l'AME, vous êtes revenue sur vos projets de décrets : c'est fondamentalement une question de santé publique. Garantir l'accès aux soins pour tous prévient des hospitalisations plus graves et limite les risques pandémiques. Comment les restrictions envisagées préserveront-elles cette fonction essentielle ? Médecins du Monde signale qu'au moins un tiers des personnes accompagnées relèveraient de ce dispositif.

Nous pourrions mettre fin à l'épidémie de VIH, mais les associations alertent sur le non-recours aux soins qui entraîne des diagnostics tardifs et des traitements inadaptés, favorisant l'évolution vers le sida. Quelles actions prévoyez-vous face à cette urgence sanitaire ?

M. Nicolas Turquois (Dem). Je tiens tout d'abord à dénoncer le show de notre collègue Clouet, dont l'idéologie et la démagogie sont insupportables. Notre sécurité sociale et notre État frôlent l'effondrement financier. Sans approche pragmatique et raisonnable, malgré toutes les figures de style possibles, nous constaterons demain l'effondrement de notre système de protection sociale. La situation est d'une extrême gravité, comme le confirme le rapport de la Cour des comptes qui nous a été communiqué ce matin.

Je formulerai plusieurs critiques sur le projet qui nous est présenté. Notre économie manque de richesse et pour en avoir davantage, il faut davantage de travail. Pourtant, les crédits diminuent significativement : - 4,2 % pour l'accès à l'emploi au programme 102, - 19,4 % pour l'accompagnement des mutations économiques au programme 103, - 8 % pour le programme 111, tandis que le programme 155 stagne. France Travail perd 515 postes tout en devant assumer l'accompagnement du RSA avec 17,3 millions d'euros en moins. Le dispositif Territoires zéro chômeur, malgré son coût justifié, subit une coupe de 12 millions. Les missions locales voient leurs contrats d'engagement jeune réduits. Comment accompagner efficacement vers

l'emploi les personnes qui en sont éloignées alors qu'elles représentent un potentiel de création de richesse et de recettes ? J'attends vos éclaircissements, car nous devons allier rigueur budgétaire et investissement résolu dans l'emploi.

Je m'associe également à la question sur la rémunération dans les Esat et l'AAH. Actuellement, les travailleurs en Esat bénéficient de la solidarité nationale sans percevoir véritablement le fruit de leur travail, ce qui dévalorise leur contribution. Dans certains établissements, l'écart financier entre activité et inactivité est si minime qu'il n'incite nullement les personnes handicapées à s'engager professionnellement.

Concernant la santé, comment envisager l'avenir de notre système sanitaire et de la sécurité sociale sans une loi pluriannuelle de santé ? Seuls des objectifs à moyen et long terme permettront d'élaborer des politiques générant des économies progressives grâce à la prévention. Quelle est votre position sur ce point ?

La stratégie décennale contre le cancer évoque le dépistage précoce, mais quelles mesures concrètes sont prévues ? Par ailleurs, concernant le virus respiratoire syncytial (VRS) causant la bronchiolite chez les nourrissons et plus de 20 000 hospitalisations chez les personnes âgées de plus de 65 ans, une politique vaccinale efficace permettrait d'importantes économies. Ces hospitalisations laissent souvent des séquelles irréversibles chez les seniors. Pour le groupe Les Démocrates, cet exemple illustre qu'une prévention ambitieuse, associée à une stratégie industrielle pour des soins plus efficaces, peut parfaitement s'articuler avec une gestion budgétaire rigoureuse.

Enfin, quelle est votre stratégie pour valoriser les données de santé ? Nous disposons d'un volume considérable d'informations, notamment grâce à la carte Vitale, mais de nombreux rapports démontrent que ce potentiel reste largement sous-exploité pour optimiser l'efficacité de notre système.

M. François Gernigon (HOR). La mission *Travail, emploi et administration des ministères sociaux* comprend plusieurs dispositifs d'accompagnement : fonds d'inclusion professionnelle, insertion par l'activité économique, entreprises adaptées, programme Territoires zéro chômeur et comités locaux pour l'emploi. Le fonds d'inclusion professionnelle regroupe les ressources pour contrats aidés, insertion par l'activité économique et entreprises adaptées. Ce dispositif privilégie l'amélioration qualitative de l'accompagnement socioprofessionnel et renforce les liens avec les employeurs, incitant les structures d'insertion à professionnaliser leur organisation et mutualiser certaines fonctions.

Pour les personnes handicapées, le programme vise à sécuriser les transitions entre entreprises adaptées et emploi ordinaire *via* les plans régionaux d'insertion et l'outil décisionnel relatif à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Il devient impératif d'intégrer tous ces dispositifs dans un pilotage territorial unifié, car chaque personne sans emploi présente une situation singulière qui évolue. Elle doit bénéficier d'évaluations régulières et pouvoir changer de dispositif si nécessaire,

évitant toute rupture de parcours et favorisant son intégration en milieu ordinaire. L'accès au travail constitue avant tout une nécessité individuelle fondamentale.

Chaque territoire doit mettre en place un arbitrage annuel des fonds alloués à chaque dispositif, nécessitant un bilan précis des résultats. Cette évaluation doit mesurer tant les retours vers l'emploi que la situation comptable des 6 600 entreprises engagées contre la privation d'emploi. L'analyse doit intégrer non seulement le coût pour l'État, mais aussi les recettes indirectes générées : TVA issue du travail et de la consommation, économies sur les allocations, telles que le RSA ou les allocations de logement, et cotisations sur les salaires. Cette approche globale démontre que l'emploi aidé ne représente pas une charge nette pour les finances publiques.

Que pensez-vous d'un pilotage territorial des dispositifs pour répondre précisément aux besoins des personnes sans emploi ? Je m'appête à déposer une proposition de loi sur ce sujet. La question fondamentale est claire : voulons-nous financer l'exclusion ou investir dans l'inclusion ? Concrètement, cela implique de maintenir les crédits de 2025 dans le PLF 2026.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Je salue l'accélération annoncée concernant l'ASU. En tant que corapporteuse de la mission « flash » sur cette réforme, je la considère essentielle pour garantir que le travail soit toujours plus rémunérateur que l'inactivité et pour renforcer notre lutte contre la pauvreté.

L'apprentissage reste un levier majeur vers le plein emploi. Pourtant, il est prévu dans la mission *Travail* de supprimer l'aide de 500 euros au permis de conduire des apprentis. Cette aide est cruciale dans les zones rurales et périurbaines où, sans véhicule, aucun contrat n'est possible. Un jeune incapable de rejoindre son centre de formation des apprentis (CFA) ou son entreprise représente une alternance échouée et une offre d'emploi non pourvue. Pourquoi supprimer cette aide ? À défaut de revenir sur cette décision, envisagez-vous un soutien ciblé pour les jeunes des territoires où l'absence de mobilité bloque l'accès à l'emploi ?

La prévention du diabète de type 1 constitue un enjeu de santé publique insuffisamment visible. Cette maladie, parmi les plus fréquentes chez l'enfant, voit son incidence augmenter de 3 à 4 % par an. Pour quatre enfants sur dix, le diagnostic tardif entraîne des passages en réanimation qui peuvent altérer durablement leurs fonctions cognitives. 80 % des patients sont hospitalisés en urgence lors du diagnostic, causant traumatismes familiaux et coûts élevés pour notre système de santé. Des méthodes existent pourtant pour identifier précocement les personnes à risque *via* le repérage d'auto-anticorps. Plusieurs pays ayant lancé des programmes de dépistage constatent déjà moins de formes graves et une meilleure éducation thérapeutique. Envisagez-vous d'expérimenter ce dépistage nationalement ou sur des territoires pilotes ?

M. Stéphane Viry (LIOT). L'examen des documents budgétaires de la mission *Travail, emploi et administration des ministères sociaux* m'incite à

m'interroger sur votre véritable ambition. Je croyais comprendre – et j'y adhérais – que l'objectif visé était le plein emploi. Cela implique de réduire durablement le chômage, de favoriser l'insertion des personnes éloignées de l'emploi et de fournir aux entreprises confrontées à des pénuries les collaborateurs dont elles ont besoin.

Pendant que nos collègues débattent du redressement des comptes publics dans la salle voisine, rappelons que, pour réduire déficits et dette, nous devons produire davantage de richesse. Cette production passe par le travail – tous, différemment peut-être, mais tous. Sans mobilisation nationale pour accroître le nombre de travailleurs, nous échouons. La réussite collective repose sur la possibilité pour chacun d'apporter sa contribution, même modeste, à la création de valeur et au financement de notre protection sociale.

Or les documents budgétaires de la mission *Travail, emploi et administration des ministères sociaux* révèlent une réduction drastique de tous les dispositifs d'insertion professionnelle. Sans détailler chaque mesure déjà évoquée par d'autres intervenants, cette logique d'économies budgétaires suscite une profonde incompréhension quant au projet sociétal que vous proposez.

Je défends une France inclusive où le travail est accessible à tous. Si certains n'éprouvent aucune difficulté à trouver un emploi, six à sept millions de personnes en sont incapables. Allons-nous les laisser en marge, comme si elles ne faisaient pas partie de la communauté nationale ? Comment construire une France unie, une véritable cohésion sociale et républicaine en renonçant à l'insertion comme politique d'emploi prioritaire ? Une véritable politique de l'emploi ne se limite pas à un taux de chômage conjoncturel à 7 %, mais garantit l'égalité des chances dans l'accès au travail.

La lisibilité en matière d'insertion par l'activité économique fait défaut. La réduction de 14 % du budget prive 60 000 personnes d'accès à l'emploi. Plus de fonds de développement, plus de formation, cela a été dit, tandis que les financements des structures d'insertion par l'activité économique et des missions locales accompagnant les jeunes sont drastiquement réduits.

Concernant France Travail, nous avons collectivement choisi de doter cet opérateur des moyens nécessaires à son action. Cette année, vous le fragilisez au moment même où une réforme l'invite à gagner en performance. Comment comptez-vous améliorer l'accès à l'emploi tout en réduisant la capacité opérationnelle de notre opérateur public ?

Plusieurs gouvernements successifs ont développé une véritable culture de l'apprentissage dans notre pays. Pourtant, toutes les mesures actuelles semblent décourager cette voie et marquer un coup d'arrêt à cette dynamique.

Mon engagement pour le dispositif Territoires zéro chômeur de longue durée est connu. Ce programme fonctionne, comme le confirment les évaluations récentes. Avec les choix budgétaires actuels, vous compromettez l'avenir des territoires

expérimentaux performants et bloquez l'extension du dispositif à de nouvelles zones, contredisant ainsi les conclusions des rapports d'évaluation.

Que dire également de la suppression du bilan de compétences dans le CPF, bien que cela ne figure pas directement dans ce budget ? Cet outil clarifie les parcours professionnels et facilite les reconversions. Là encore, le Gouvernement remet en question un dispositif ayant prouvé son efficacité.

Les crédits destinés aux entreprises adaptées et aux entreprises adaptées de travail temporaire, c'est-à-dire pour les personnes en situation de handicap, sont également réduits dans tous les dispositifs cette année. Cette décision va déstabiliser des modèles qui ont nécessité du temps pour être consolidés. Ces structures seront fragilisées et donc moins performantes, au préjudice des plus vulnérables et sans emploi.

Seul le travail résoudra les problèmes de compétitivité et d'endettement de la France. Je déposerai des amendements pour corriger ce PLF qui, au-delà des finances, concerne la cohésion sociale et le pacte républicain. Ce document révèle une politique de l'emploi sous contrainte comptable, au détriment de l'inclusion, de la formation et du lien social.

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

M. Michel Lauzzana (EPR). Concernant les registres des cancers votés à l'unanimité, les décrets sont-ils prêts pour publication d'ici la fin de l'année ? Par ailleurs, l'Inca avait évalué ce dispositif à plus de 6 millions d'euros, mais nous constatons seulement 4,6 millions d'euros de transferts plus 1 ETP, insuffisants pour son déploiement complet en 2026. Comment planifiez-vous sa montée en charge ? Enfin, la gouvernance est-elle suffisamment inclusive pour répondre aux attentes des associations, chercheurs et oncologues ?

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Notre groupe a toujours défendu le travail comme valeur fondamentale, en promouvant l'activité professionnelle de qualité pour tous les âges. Or ce budget néglige la formation continue, nécessaire pour s'adapter aux métiers en mutation et préparer les reconversions, alors même que nous avons instauré un bilan de santé à mi-carrière. Des moyens existent pourtant. Nous devrions également rationaliser les multiples bilans de compétences proposés par des organismes à l'efficacité contestable.

Sur l'inclusion, tous les organismes accompagnent des personnes très éloignées de l'emploi confrontées à des situations de plus en plus complexes. Ne faudrait-il pas analyser ces dispositifs en profondeur pour les regrouper plutôt que de disperser les financements sans contrôle adéquat ?

M. Thomas Ménagé (RN). Je souhaite revenir sur l'insertion professionnelle des jeunes. Je vous remercie, monsieur le ministre, ainsi que vos

services, pour le soutien à l'ouverture d'une école de la deuxième chance à Montargis. Cependant, ce budget fragilise un pilier essentiel de l'insertion : les missions locales, dont les moyens diminuent de 13 % après une première baisse en 2025. En deux ans, c'est près d'un cinquième des ressources étatiques qui disparaît. Votre argument d'une augmentation de 14 % depuis 2017 est invalidé par une inflation de 16 % sur la même période. Vous exigez aujourd'hui que ces structures accompagnent davantage de jeunes avec moins de ressources, alors que le chômage des 16-25 ans avoisine 17 %. Ces réductions entraîneront des fermetures et des attentes prolongées. Comment permettrez-vous aux missions locales de poursuivre efficacement leur travail d'accompagnement ?

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Monsieur Farandou, vous disposez d'un an pour transposer la directive européenne de présomption de salariat, permettant d'augmenter les recettes des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) en reconnaissant aux travailleurs des plateformes le statut de salariés. Prévoyez-vous de recruter des inspecteurs du travail supplémentaires pour accompagner cette mesure ?

Madame Rist, la santé mentale, déclarée grande cause nationale, touche particulièrement les jeunes dont plus d'un quart souffre de troubles psychologiques importants. Les délais d'attente en centre médico-psychologique (CMP) atteignent près d'un an, le nombre de psychologues dans les trois fonctions publiques est insuffisant, et la psychiatrie hospitalière est exsangue. Quelles mesures comptez-vous prendre face à ces urgences ?

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. Nous assumons pleinement l'ajustement des moyens alloués aux politiques publiques, convaincus que des gains d'efficacité sont possibles. Certaines de vos propositions, d'ailleurs pertinentes, seront reprises. L'évaluation de l'efficacité des politiques publiques relève d'une bonne gouvernance, particulièrement nécessaire dans notre contexte de maîtrise des déficits.

Concernant la prime d'activité, notre enjeu est d'assurer sa soutenabilité financière. Son budget a pratiquement doublé, passant de 5,4 milliards d'euros en 2018 à 10,2 milliards en prévision pour 2025. Cette progression ne peut continuer indéfiniment. Notre réflexion explore diverses pistes paramétriques tout en préservant les effets positifs de cette prime sur la revalorisation salariale. Ces éléments seront discutés avec les branches professionnelles.

Nous proposons en effet de recentrer la prime de fin d'année sur les familles avec enfants. Cette orientation nous permet de maintenir cette aide exceptionnelle pour ces foyers malgré un budget réduit. Cette proposition fait actuellement l'objet de discussions.

Je suis particulièrement attentif aux remarques sur les dispositifs destinés aux publics éloignés de l'emploi et leur déploiement territorial. Je constate effectivement une prolifération de dispositifs nécessitant une meilleure coordination locale. Vos

suggestions s'inscrivent précisément dans cette recherche d'efficience, et je suis tout à fait disposé à collaborer avec les députés intéressés pour améliorer cette situation.

France Travail représente un outil performant qui démontre la priorité accordée à l'emploi. Avec ses 55 000 salariés, cette agence innovante fonctionne efficacement. La réduction budgétaire de 1 % n'affectera pas le personnel en contact avec le public, mais permettra d'optimiser les fonctions support grâce à la digitalisation. Nous renforcerons les ressources dédiées à l'accompagnement direct tout en soutenant cette agence performante dont les déclinaisons locales participeront à l'effort d'optimisation.

Pour le permis de conduire des apprentis, plusieurs dispositifs existent déjà pour en réduire le coût, notamment le permis à 1 euro déployé dans plusieurs territoires.

Concernant l'apprentissage, nous préservons prioritairement la formation et les aides aux entreprises. Après un pic à 16 milliards d'euros en 2024, nous ajustons le budget entre 12 et 13 milliards tout en maintenant l'efficacité du dispositif. L'équilibre offre-demande reste essentiel : les aides aux entreprises – 1 000 euros pour les petites et 2 000 euros pour celles dépassant 250 salariés – sont maintenues. Après l'ajustement de 2025, aucune réduction supplémentaire n'est envisagée.

Quant à la formation, nos ajustements visent une meilleure efficience. Nous avons retiré des autorisations à certains CFA aux pratiques inadéquates, car l'allocation massive de moyens a parfois engendré des problèmes de qualité. Nos services agiront pour identifier les organismes exploitant abusivement le système, permettant ainsi une utilisation plus efficace des ressources.

La suppression du financement du permis pour les apprentis vise à préserver le budget global de l'apprentissage, en priorisant la qualité de formation et le maintien des aides aux entreprises.

Concernant France Travail, une discussion directe et responsable entre son directeur et moi-même, en tant que ministre de tutelle, constitue l'approche la plus efficace, sans besoin d'intermédiaires.

Nous reconnaissons l'importance des missions locales, financées conjointement par l'État et les collectivités territoriales. Vous avez justement souligné que ces deux sources subissent des tensions budgétaires simultanées. Vos propositions d'ajustement territorialisé sont pertinentes car elles respectent la diversité des réalités locales. Parmi ces nombreux dispositifs, certains excellent tandis que d'autres nécessitent des ajustements et une vérification approfondie de l'utilisation des moyens alloués.

Sur l'insertion, notre approche reste cohérente. Elle représente la dimension solidarité d'un ministère principalement voué au retour à l'emploi. Notre mission fondamentale est de permettre à chacun de trouver un travail et d'évoluer

professionnellement. Je partage votre conviction que le travail constitue une dignité, une position sociale et un vecteur d'émancipation, tout en contribuant à la création de richesse collective. Cette vision s'inscrit dans un continuum avec notre stratégie industrielle nationale : pour créer du travail, nous avons besoin d'entreprises qui se développent et génèrent des emplois.

Certaines personnes éloignées de l'emploi nécessitent un accompagnement spécifique, mais notre objectif n'est jamais de les maintenir durablement dans l'inactivité. Notre finalité demeure le retour à l'emploi. Ma position est claire : la meilleure utilisation des fonds publics consiste à favoriser ce retour. Face à la prolifération des instruments d'insertion, un inventaire plus exhaustif nous permettrait d'optimiser notre action sans renoncer à cette politique fondamentale. Dans le contexte d'ajustement budgétaire actuel, l'efficacité des dispositifs doit être améliorée.

Concernant l'exonération des cotisations sociales des apprentis, deux considérations s'imposent. La sécurité sociale est financée par les cotisations prélevées sur les rémunérations. Toute forme de salaire devrait logiquement y contribuer. L'apprentissage étant désormais une politique mature, nous proposons d'appliquer des cotisations uniquement aux nouveaux apprentis, sans modifier la situation des actuels. Leur rémunération, comme celle des autres salariés en contrat à durée indéterminée, justifie ces cotisations pour assurer l'équité et financer la protection sociale.

L'ASU est fondamentale. Le Premier ministre s'apprête à prendre clairement position sur ce dossier dont les travaux préparatoires sont achevés. J'ai personnellement examiné de nombreuses études et propositions architecturales pour son déploiement. Cette mesure poursuit deux objectifs complémentaires : lutter contre la pauvreté, priorité absolue, et favoriser le retour vers l'emploi.

Notre système d'aides démontre son efficacité contre la pauvreté, évitant à 3 à 4 millions de personnes d'y basculer. Pour l'optimiser, nous proposons d'unifier d'abord trois allocations fondamentales : RSA, prime d'activité et aides au logement. Cette démarche exigera un travail substantiel sur les systèmes d'information, les bases de données et l'harmonisation des définitions. Une expérimentation territoriale permettrait de préfigurer ce dispositif. Malgré l'ampleur du chantier informatique, nous devons immédiatement le lancer. Une volonté convergente existe pour lancer ce programme par étapes, dont le Parlement sera régulièrement informé.

Nous rencontrons parfois des difficultés à gérer efficacement l'ensemble de ces aides. Pour garantir l'équité, il faudra raisonner par foyer en tenant compte de la composition familiale. Proportionner les aides au travail constitue une approche pertinente. Ce nouvel instrument permettra un pilotage impossible actuellement, où nous sommes parfois démunis face aux effets d'aubaine.

Dans le PLF 2026, 77,6 millions d'euros sont inscrits pour l'activité partielle contre 52 millions en 2025, une amélioration notable du dispositif d'une année sur l'autre.

L'Afpa traverse actuellement une phase de réorganisation, expliquant probablement les problèmes soulevés. Accordons-lui le temps d'achever cette restructuration avant d'évaluer correctement son fonctionnement.

Le dispositif Territoires zéro chômeur reste en phase expérimentale, sans bilan définitif. Une fois celui-ci établi, nous évaluerons son efficacité au regard des fonds publics engagés. Je suis disposé à examiner le rapport mentionné pour en tirer les enseignements nécessaires.

Nous soutenons les propositions d'analyse territoriale approfondie. Monsieur le député, nous sommes prêts à collaborer sur votre projet de loi. Nous partageons votre vision et reconnaissons que ces sujets se traitent plus efficacement à l'échelon local qu'à l'échelon central.

L'emploi des jeunes constitue un enjeu prioritaire, avec le double défi de leur entrée précoce sur le marché du travail et du maintien prolongé des seniors. Nous avons récemment progressé grâce à un accord national interprofessionnel concernant les seniors. Pour les jeunes, je propose de collaborer avec les députés intéressés, dont plusieurs ici présents, afin d'envisager un travail législatif comparable. Cette piste me semble prometteuse.

J'ai été sincèrement troublé d'apprendre que le coût horaire des bilans de compétences est huit fois supérieur à celui de la formation. Ce rapport soulève légitimement des questions sur d'éventuels détournements ou abus. Je tiens à affirmer clairement que je ne cautionnerai pas ces pratiques, position que je crois partagée par plusieurs d'entre nous.

Concernant l'inspection du travail, nous comblons actuellement la diminution des effectifs par de nombreux recrutements. En 2026, nous retrouverons le niveau requis pour ce corps essentiel.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. Pour les Esat, la diminution apparente du budget est compensée par une ponction sur la trésorerie de l'ASP. Le financement des Esat, l'accompagnement des personnes et la rémunération des travailleurs seront intégralement assurés dans la continuité de 2025, incluant la revalorisation du Smic.

Dans notre contexte de maîtrise des dépenses, le financement des entreprises adaptées diminue de 5 % et non de 13 %. Cette réduction, bien que réelle, reste mesurée. Notre objectif est d'éviter toute réserve ultérieure pour préserver le montant attribué par rapport à 2025. Au regard de la trajectoire de réduction de la dette, les impacts demeurent relativement contenus.

L'articulation entre AAH, revenus du travail et prime d'activité présente des incohérences fondamentales. Le système actuel désincite mécaniquement à l'activité et ne valorise pas la progression professionnelle. Toute modification d'un élément, comme l'exclusion de l'AAH du calcul de la prime d'activité puisqu'elle n'est pas un revenu professionnel, entraîne des baisses de revenu. Cette contradiction structurelle se manifeste également dans l'impossibilité de cumuler l'AAH au-delà d'un mi-temps avec un salaire. L'AAH, conçue comme un dispositif lié à une restriction d'emploi, génère des effets contraires à ses objectifs. Nous devons repenser l'articulation de ces aides pour résoudre ces incohérences.

L'intégration des acteurs du handicap aux politiques de l'emploi progresse déjà avec l'incorporation des Cap emploi et du dispositif d'emplois accompagnés au sein de France Travail, fluidifiant ainsi les parcours professionnels. Parallèlement, nous renforçons les partenariats entre France Travail, les Esat, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées et le Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique *via* des conventions qui seront mises en valeur lors de la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées.

Concernant le financement de la branche autonomie, nous n'avons pas encore trouvé de solution pérenne face au mur démographique et au déficit imminent. La question fondamentale reste le choix entre impôt ou cotisation comme source de financement durable. Ce débat essentiel sur l'équilibre intergénérationnel et la contribution des différents acteurs devra être tranché d'ici 2027, dans le cadre d'une réflexion sociétale approfondie, bien que plusieurs options soient déjà à l'étude.

Le PLFSS prévoit 300 millions d'euros pour compenser aux départements l'augmentation de la prestation de compensation du handicap et de l'allocation personnalisée d'autonomie, maintenant ainsi le taux de compensation malgré la hausse des dépenses. Les financements de la sécurité sociale continuent donc de soutenir les départements, pendant que nous poursuivons les discussions sur le niveau de cette aide compte tenu de l'évolution des volumes.

Pour résoudre les difficultés d'accès aux droits et les délais excessifs des MDPH, nous avons mis en œuvre diverses mesures : allongement des durées d'attribution pour éviter les renouvellements inutiles, meilleur séquençage des périodes d'attribution pour limiter les demandes multiples, et application effective de l'attribution définitive des droits lorsque la loi le prévoit. Nous développons également des outils innovants intégrant l'intelligence artificielle, l'ensemble étant structuré dans une feuille de route que je supervise attentivement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Les crédits de l'action 17 s'élèvent à 420 millions d'euros et, malgré la diminution du nombre de mineurs non accompagnés, les moyens spécifiquement dédiés à la protection de l'enfance augmenteront de 55 millions d'euros.

Suite aux recommandations de la commission d'enquête, nous avons renforcé l'encadrement des pouponnières avec 35 millions d'euros inscrits dans ce PLF. J'ai également annoncé la généralisation du parcours de soins coordonnés d'ici 2026, incluant notamment la santé mentale. Notre plan de refondation renforce aussi la prévention et développe l'accueil familial, plus bénéfique pour ces enfants. Ces mesures intégreront un projet de loi dédié, déjà lancé par Catherine Vautrin, que nous porterons conjointement avec le garde des sceaux.

Le report de la majoration des allocations familiales de 14 à 18 ans, prévu dans le cadre du PLFSS, s'appuie sur une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques démontrant que les besoins évoluent plus significativement entre 17 et 18 ans, c'est-à-dire la fin du lycée, qu'entre 13 et 14 ans, justifiant ainsi une majoration plus pertinente à 18 ans.

Concernant la réforme du CMG, certaines situations sont effectivement défavorables, principalement pour les très faibles volumes d'heures. En revanche, les familles monoparentales bénéficient généralement d'une augmentation du complément, passant de 310 à 340 euros. Je remercie Mme Bergantz d'avoir déposé un amendement au PLFSS qui permettra notamment d'éviter les hausses imprévues de reste à charge.

D'un point de vue médical, limiter l'AME aux urgences serait contre-productif. Intervenir en amont s'avère non seulement plus humain mais aussi plus économique pour la société. Je rappelle qu'un Français sur trois parmi les plus fragiles est déjà exonéré des forfaits et franchises, catégorie dont relèvent également les bénéficiaires de l'AME.

Avec la haute commissaire à l'enfance, Sarah El Haïry, nous avons intensifié nos actions contre les violences sexuelles, notamment par la mise en place en octobre d'un système informatique vérifiant l'honorabilité des professionnels, qui a déjà permis d'écarter certaines personnes du secteur de la petite enfance. Nous généraliserons également les unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger dans chaque juridiction afin de recueillir la parole des enfants dans des conditions adaptées, tout en engageant diverses actions en réaction aux problèmes soulevés ces derniers jours par la vente de poupées sexuelles.

Sur les liens entre cancer et environnement, malgré la complexité qu'il y a à établir des relations directes entre expositions environnementales et pathologies, nous finançons dès maintenant des études et analysons les données disponibles.

Concernant l'hôpital, son budget relève du PLFSS et le Premier ministre a annoncé une augmentation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Le Gouvernement proposera prochainement un amendement au PLFSS allouant 130 millions d'euros pour 2026 qui permettront de labelliser « France santé » quinze à vingt maisons de santé par département. Cette initiative garantira l'accès à un médecin en moins de 30 minutes dans un délai de 48 heures. La

labellisation s'appliquera aux maisons et centres de santé, bus médicaux et autres dispositifs améliorant l'accès aux soins de proximité.

Pour la santé mentale, nous maintenons une enveloppe de 65 millions d'euros dans le PLFSS. Notre action interministérielle, lancée en 2021, a déjà déployé cinquante-trois mesures, notamment la création de quinze centres régionaux de psycho-traumatismes. Les maisons des adolescents, désormais présentes dans chaque département avec 125 structures, accompagnent plus de 100 000 jeunes et parents. Par ailleurs, 400 professionnels supplémentaires renforcent les CMP pour enfants depuis 2021. Le dispositif Mon soutien psy a été amélioré par l'accès direct et l'augmentation du forfait de 30 à 50 euros, bénéficiant à 600 000 personnes.

Concernant les CIVG, nous avons revalorisé leur forfait de 25 % l'an dernier. Parallèlement, nous renforçons l'offre médicale de ville en élargissant les compétences des sage-femmes.

Le dépistage du diabète de type 1 constitue un enjeu important, mais la Haute Autorité de santé (HAS) n'a pas recommandé un dépistage organisé. Cette pathologie présente des symptômes caractéristiques, bien identifiés et d'évolution rapide. Je m'interroge donc sur la pertinence d'un dépistage systématique pour une affection aussi aiguë, tout en prenant note de votre préoccupation, sans me substituer à l'expertise de la HAS.

La France bénéficie d'un atout majeur avec le système national des données de santé. Je salue l'initiative du ministre Neuder d'établir des solutions d'hébergement intermédiaires pour le *Health Data Hub*, qui migrera vers un *cloud* de confiance à moyen terme. Le PLFSS prévoit des mesures favorisant le déploiement de logiciels d'aide à la prescription et à la décision médicale, améliorant ainsi notre analyse des données de santé.

Concernant le VRS, la vaccination des nourrissons montre un succès notable avec 450 000 bébés protégés l'année dernière, preuve de l'efficacité de la stratégie que nous poursuivons. Pour les seniors, les gestes barrières restent fondamentaux, leur efficacité étant scientifiquement prouvée. L'arrêté autorisant la vaccination dans les collectivités et établissements de santé a été publié, levant tout obstacle à la vaccination.

Le décret relatif au registre des cancers est rédigé et actuellement soumis à l'examen de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, avant transmission au Conseil d'État. Nous prévoyons son lancement dès janvier 2026. Ce projet est doté de 4,6 millions d'euros dans le PLF actuel, avec une augmentation de 10 millions pour l'Inca.

II. PRÉSENTATION DE L'AVIS DU RAPPORTEUR

Lors de sa réunion du mercredi 5 novembre 2025 ⁽¹⁾, la commission examine l'avis du rapporteur sur la mission Santé du projet de loi de finances pour 2026 (seconde partie) (n° 1906).

M. Christophe Bentz, rapporteur pour avis. Ce débat est d'autant plus important qu'il est peu probable que nous examinions la seconde partie de ce projet de loi de finances dans l'hémicycle.

Il y a trois ans, j'avais consacré la partie thématique de mon avis budgétaire aux difficultés d'accès aux soins liées à la désertification médicale, en me penchant en particulier sur le renoncement aux soins et sur la perte de chance médicale. Pour réduire les effets de cette désertification, j'avais esquissé un certain nombre de solutions, dont la décentralisation de la gestion de la santé. J'y reviens de manière détaillée dans la seconde partie de mon avis cette année.

Mais je vais commencer par présenter les crédits de la mission *Santé*, qui s'élèvent à 1,7 milliard d'euros. Pour l'essentiel, ils sont destinés à l'aide médicale de l'État (AME), qui fait tant parler d'elle, avec un montant de 1,2 milliard. Le nombre de ses bénéficiaires a explosé en dix ans, avec près de 90 % d'augmentation. En décembre 2024, ils étaient 465 000.

S'agissant d'un sujet sensible, il n'est pas inutile de rappeler quel était l'esprit qui a présidé à la fondation de cette aide. Il s'agissait alors de remplir un devoir humanitaire de charité et de protection, afin de venir en aide à des personnes en situation irrégulière sur notre territoire. Le groupe RN recherche un équilibre : il ne propose pas de supprimer l'AME mais souhaite la transformer en aide médicale d'urgence, c'est-à-dire revenir aux fondamentaux.

Bien entendu, nous devons collectivement secourir les personnes en urgence vitale. C'est la raison pour laquelle le panier de soins doit comprendre l'ensemble des soins obstétricaux. Cependant, on a assisté depuis quelques années à un certain nombre de dérives liées à l'utilisation de l'AME et à l'élargissement du panier de soins. À tel point que beaucoup de Français considèrent légitimement, comme nous, qu'il y a une injustice sociale quand de plus en plus de cotisants doivent renoncer aux soins alors que l'on élargit le panier de soins pour les clandestins. On ne peut pas éviter ce sujet.

Fort de ce constat, je proposerai des amendements issus des travaux menés par nos collègues Anchya Bamana et Yoann Gillet, afin de réduire les dépenses liées à l'AME.

J'en viens à la partie thématique de mon avis. Ce travail permet d'étudier un sujet de manière techniquement plus approfondie et d'auditionner un certain nombre

(1) <https://assnat.fr/PFyCI>

d'acteurs, afin de faire émerger des solutions concrètes. Cette année, j'ai choisi d'aborder l'évolution du rôle des collectivités territoriales en matière de santé.

Le moins que l'on puisse dire est que le processus de décision dans le domaine de la santé est marqué par une forme de complexité, avec une multiplication des acteurs et des problèmes de lisibilité. La santé est une compétence partagée entre l'État et les collectivités, mais les auditions ont permis de mettre en évidence des défaillances et des incompréhensions.

Le partenariat entre l'État central, l'État déconcentré et les collectivités territoriales est censé être le principe organisateur des projets de santé. Ces acteurs cherchent, avec une grande sincérité et parfois une grande efficacité, à trouver des solutions pour régler les problèmes d'accès aux soins et de notre système de santé. J'ai auditionné Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), les présidents des fédérations hospitalières, des chefs d'exécutif de collectivités territoriales – avec notamment une audition très éclairante de Départements de France –, le collège des directeurs généraux d'agences régionales de santé (ARS) et des organisations représentatives des professions de santé.

Une table ronde a été consacrée aux problèmes rencontrés dans ma circonscription et à la restructuration de l'offre de soins. Elle a permis d'entendre des représentants d'associations d'usagers et de professionnels de santé, ainsi que des élus locaux. La situation de ce territoire situé au centre et au sud de la Haute-Marne montre que les préoccupations en matière de santé peuvent conduire à des manifestations de plusieurs milliers de Français, inquiets pour leur système de soins et leurs hôpitaux.

J'ai constaté qu'il existe un enchevêtrement des structures et des acteurs. Christophe Naegelen, rapporteur de la commission d'enquête relative à l'organisation du système de santé et aux difficultés d'accès aux soins, était arrivé à la même conclusion en juillet dernier. Dans un contexte de disette financière et de dérapage des déficits, il faut optimiser l'utilisation de chaque euro d'argent public investi dans le domaine de la santé.

Il faut naturellement trouver des recettes et diminuer les dépenses. Je considère qu'il existe des pistes pour réduire ces dernières en s'attaquant à la suradministration de la santé, qui se traduit notamment par la multiplication des acteurs. Nous aurions intérêt à rationaliser le système, à le simplifier et à le rendre plus lisible afin qu'il coûte moins cher et que l'argent qui y est consacré bénéficie aux patients.

La suradministration a un coût. Les ARS concentrent beaucoup de prérogatives mais elles ont atteint leurs limites – c'est le moins que l'on puisse dire. Ce sont des administrations faussement déconcentrées, car elles échappent largement au contrôle de l'État central et aux préfets de département, qui exerçaient dans le passé certaines de leurs prérogatives. On constate aussi une forme de déconnexion

bureaucratique des ARS et des difficultés de communication avec les acteurs locaux, l'expression « problème de langage » étant revenue à de nombreuses reprises lors des auditions.

Je me suis ensuite interrogé sur la pertinence de l'échelon régional, de même qu'on peut le faire pour l'organisation des collectivités territoriales – dont notre groupe souhaite une réforme profonde. On constate que la région est trop éloignée des réalités et des spécificités locales. Il faudrait revenir à un échelon plus adapté, c'est-à-dire le bassin de vie ou, à défaut, le département. Même si la clause de compétence générale a été supprimée pour les départements par la loi portant nouvelle organisation territoriale de la République, ces derniers continuent à être des acteurs de la santé. Il faut redonner au bon échelon toute la capacité d'action et les moyens nécessaires.

En conclusion, j'ai essayé d'identifier un certain nombre de solutions de réorganisation, afin d'optimiser l'utilisation des crédits investis dans la santé et de clarifier le rôle des différents acteurs. Il faut partir d'un processus simple, qui prévoit à qui revient l'initiative d'un projet, sa construction et son financement. L'État a vocation à être maître d'ouvrage des projets en matière de santé – car selon moi il s'agit quasiment d'une compétence régalienne en raison de son importance pour nos compatriotes – et leur maîtrise d'œuvre ne serait plus confiée aux ARS ; les préfets se plaignent de la réforme qui est intervenue. Cette tâche serait rendue aux directions départementales des affaires sociales et sanitaires (Ddass), les préfetures étant bien organisées et bénéficiant d'une légitimité historique. Les projets de santé feraient l'objet d'une validation par les acteurs de terrain – usagers, professionnels de santé et élus locaux – qui seraient réunis dans une seule et même instance de concertation à l'échelle des bassins de vie.

M. Nicolas Turquois, président. Le département est en effet un échelon qui fonctionne – au moins en province –, contrairement à la région, qui est particulièrement éloignée – en particulier dans une grande région comme la Nouvelle-Aquitaine.

Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je vais apporter quelques éclaircissements sur l'AME, tirés du rapport établi par Claude Évin et Patrick Stefanini et de différents rapports de Mme Louwagie.

À la fin de 2023, 466 000 personnes bénéficiaient de l'AME. Alors qu'elles sont en situation irrégulière, tous leurs soins médicaux hospitaliers – sauf les cures thermales et la procréation médicalement assistée – sont pris en charge à 100 % pour un an renouvelable, pour un coût aux alentours de 1,5 milliard d'euros.

Onze dispositifs permettent aux étrangers en situation irrégulière de se faire rembourser.

Cinq relèvent des soins, à savoir les trois branches de l'AME – celle de droit commun, l'aide aux soins urgents et l'AME dite humanitaire –, les soins pris en charge à 100 % à Mayotte, les soins en prison et aux personnes placées en rétention administrative et une partie des admissions pour séjour lorsque les soins ne peuvent pas être prodigués dans le pays d'origine.

Cinq autres dispositifs concernent la solidarité : le maintien des droits à la complémentaire santé solidaire, les missions d'intérêt général liées à la précarité, la permanence d'accès aux soins, les équipes mobiles psychiatrie-précarité et les Samu sociaux.

Enfin, il faut ajouter une dépense fiscale liée aux déductions des dons aux associations qui procurent des soins aux migrants.

Selon nous, il convient de bien distinguer entre ce qui relève des soins et le reste. Et, s'agissant des soins, il faut considérer leur degré d'urgence. Tous ceux qui sont urgents ont naturellement vocation à être couverts par l'aide aux soins urgents. Dans le cas contraire, nous devons nous aligner sur les autres États européens, qui prévoient très peu de droits, semble-t-il.

Si certains étrangers en situation irrégulière dont on connaît le pays d'origine ne sont pas couverts, il convient de s'en remettre aux conventions bilatérales. Mais, pour tous les autres, nous devons faire comme nos homologues européens.

Il faut donc ne plus donner un caractère systématique à l'AME, revoir la convention spécifique avec l'Algérie, ne plus rembourser le tourisme médical et les faux étudiants – en particulier dans le cas de fausse toxicomanie, car celle-ci présente l'avantage pour la personne de devenir inexpulsable –, supprimer les avantages fiscaux en faveur des associations pro-migrants, revoir le budget de l'aide sociale à l'enfance consacré aux mineurs non accompagnés) afin de mieux lutter contre les fraudes, revoir les tarifs hospitaliers libres dans le cadre de l'AME, réexaminer certaines propositions du rapport Évin et, enfin, rattacher l'AME à la mission *Immigration*.

M. Michel Lauzzana (EPR). Les crédits de la mission *Santé* s'élèvent à près de 1,7 milliard d'euros. Ils sont consacrés à trois priorités : la prévention et la sécurité sanitaire, la protection maladie et le soutien aux investissements dans les territoires. Il faut souligner que ces crédits augmentent de 12 %.

Les sujets abordés dans cette mission recourent largement ceux que nous examinons dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Notre groupe donnera bien évidemment un avis favorable à l'adoption de ces crédits.

Je défendrai un amendement qui prévoit le budget nécessaire pour mettre en place le registre national des cancers, sujet qui me tient particulièrement à cœur. Sa création a en effet été adoptée à l'unanimité par le Parlement en juin dernier et il faut

que cette mesure ait dès 2026 une traduction dans les crédits de l'Institut national du cancer.

Le rapporteur pour avis et Mme Mélin ont beaucoup insisté sur l'AME, en utilisant ce sujet de manière un peu politicienne. On doit réaffirmer que cette aide est un outil de santé publique. Quand le mur de Berlin est tombé, on a assisté à une recrudescence de la tuberculose chez des gens qui n'étaient pas solvables. Ils ont heureusement été soignés, ce qui a évité une propagation du bacille de Koch. On voit donc bien l'intérêt de l'AME pour protéger les populations.

La ministre a évoqué une évolution du dispositif s'appuyant sur le rapport Évin-Stefanini, qui fait l'objet d'un consensus. Un décret paraîtra prochainement pour mieux lutter contre les fraudes. C'est très important, peut-être pour réduire le nombre de bénéficiaires mais surtout pour vérifier qu'il n'y a pas d'abus. Les deux orateurs précédents devraient y être favorables, puisque cela va dans le sens de ce qu'ils ont souhaité.

Il faut également souligner que l'AME permet aux hôpitaux, aux cliniques et aux soignants d'être remboursés par la sécurité sociale pour des soins qu'ils sont obligés de dispenser.

Le rapporteur pour avis a également abordé le sujet de la gouvernance sanitaire, dont on parle énormément. Les annonces du Premier ministre concernant les maisons France Santé me paraissent très importantes.

Mme Marianne Maximi (LFI-NFP). Je rappelle que l'AME représente moins de 0,5 % des dépenses de santé. En suivant le discours tenu par le Rassemblement national depuis des années, le rapporteur pour avis a choisi par intérêt politique et par xénophobie de mettre l'accent sur ce dispositif qui ne met pas en danger notre système de santé.

C'est un choix politique grave, parce qu'il vise à affaiblir un système qui n'est déjà pas assez robuste en stigmatisant des étrangers. Notre collègue du bloc central vient en outre d'indiquer que des décrets dangereux vont être publiés. Ils vont réduire l'accès aux soins.

Monsieur le rapporteur pour avis, vous avez regretté que des cotisants renoncent aux soins. Mais qu'en est-il du renoncement des personnes étrangères que vous stigmatisez ? En 2012, l'Espagne a restreint l'accès aux soins pour les personnes migrantes : cela a conduit chez celles-ci à une surmortalité de 15 % en trois ans. Les conséquences de telles mesures sont dramatiques. Ce que vous souhaitez faire ne mettra pas en danger seulement les personnes qui sont sur notre territoire de manière irrégulière, mais bien l'ensemble de la population. C'est grave. Les enjeux en matière de santé sont bien plus vastes que le sujet de l'AME.

On se focalise sur la fraude à l'AME, mais que représente-t-elle ? Son niveau est ridiculement bas. Nous nous battons contre toutes les propositions qui visent à

affaiblir ce dispositif. Le transformer en aide médicale d'urgence est une fausse solution. Il faut conserver l'AME et, surtout, renforcer notre système de soins en prévoyant les budgets adaptés. C'est ce que nous proposerons aussi bien lors des débats sur le PLFSS que sur cette mission.

M. Sacha Houlié (SOC). Je suis particulièrement surpris par la baisse de 61 % des crédits du programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* – soit 12 millions en moins –, alors même que le projet annuel de performances (PAP) fait état de nouveaux risques pandémiques. On comptait 810 cas de chikungunya et de dengue répartis en 91 foyers à la fin du mois d'octobre 2025. On peut donc s'interroger sur les conséquences pour les populations de ce désengagement en matière de santé publique.

Je n'ai pas eu le malheur d'entendre le rapporteur pour avis, mais nous ne cautionnerons pas la réforme déguisée de l'AME que le Gouvernement prépare par décret. Cette réforme est destinée à donner une base légale à des mesures de contrôle des prestations. Or le rapport de Claude Évin et de Patrick Stefanini montre que cette aide est essentielle et que son coût est maîtrisé. Le sénateur Vincent Delahaye arrive aux mêmes conclusions dans son rapport.

On compte 465 000 bénéficiaires de l'AME et le taux de non-recours s'élève à 49 %. On ne peut pas vraiment dire que les gens profitent de cette aide. Seulement 120 cas de fraude ont été détectés, soit 0,026 % des dossiers. Et l'on ne peut pas dire qu'il n'y a pas de contrôles, puisque la cible était de contrôler 14 % des dossiers en 2024 et que le résultat s'établit à 15,5 %. Cette aide est donc surcontrôlée. Il faut arrêter de tenir des propos xénophobes et d'avancer des arguments hasardeux.

Comme l'a dit Mme Maximi, en Espagne la suppression de l'aide médicale pour les sans-papiers s'est traduite par une augmentation de 15 % de leur mortalité. C'est une honte.

Je ne reviens même pas sur l'idée d'aide médicale d'urgence, qui a été écartée dans le rapport de M. Stefanini – dont on ne peut pas dire qu'il soit prompt à excuser les étrangers en la matière.

Dernier commentaire : ce que l'on nous propose dans le programme 379 en ce qui concerne le plan national de relance et de résilience est particulièrement flou. Le PAP indique que 242 millions d'euros sont prévus en tout pour ce plan. Il permettrait notamment d'aider trente établissements pour des projets d'un montant d'au moins 20 millions. Cela conduit à un total qui dépasse les crédits du programme. Il y a manifestement un problème. En outre, on nous promet 32 200 places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pour 2026, alors que 12 290 places avaient été livrées à la mi-2025 sur les 51 000 prévues. Les chiffres qui nous sont présentés sur les suites du Ségur de la santé sont fictifs.

Chacun des trois programmes de la mission *Santé* présente des difficultés qui conduisent à nous interroger. Faute de réponses, nous nous opposerons à l'adoption des crédits de cette mission.

Mme Josiane Corneloup (DR). La mission *Santé* voit ses crédits augmenter et atteint un total de 1,67 milliard d'euros.

On observe des différences importantes au sein du programme 204. Les crédits affectés à la prévention des maladies chroniques et à la qualité de vie des malades augmentent de 22 %. Notre groupe se réjouit que la volonté se traduise dans les chiffres. Miser sur la prévention, c'est investir pour diminuer les soins évitables et préserver la sécurité sociale. La prévention réduit la charge de morbidité et, selon l'Organisation mondiale de la santé, chaque euro ainsi investi permet d'économiser entre 3 et 5 euros de soins.

Le programme 183 est le plus important de la mission, puisqu'il représente 73 % de ses crédits. Il comprend deux actions.

L'une permet d'indemniser les victimes de l'amiante. Le budget de 8 millions du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est stable. Au cours du premier semestre de 2025, 9 350 demandes ont été enregistrées. Chaque dossier correspond à des vies bouleversées – celles du malade, de son conjoint et de sa famille.

L'autre action finance l'AME. Les autorisations d'engagement et crédits de paiement sont reconduits et s'élèvent à 1,21 milliard d'euros. En 2024, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a augmenté de 2 %, avec 465 000 bénéficiaires, dont 40 800 outre-mer. Depuis 2009, les dépenses de l'AME ont progressé en moyenne de 6 % chaque année.

Des contrôles sont régulièrement effectués. En 2024, 49 000 dossiers donnant lieu à un accord d'AME ont ainsi fait l'objet d'un contrôle *a priori*. Parmi ces dossiers, 1 142 présentaient une anomalie, ce qui a conduit à leur rejet.

Le groupe Droite Républicaine défend depuis de nombreuses années la transformation de l'AME en aide médicale d'urgence. De nombreux pays au sein de l'Union européenne ont imposé des restrictions à l'accès aux soins médicaux publics pour les personnes en situation irrégulière. Il ne s'agit pas de laisser aux portes des hôpitaux, les étrangers qui devraient se soigner urgemment. Nous considérons que l'AME doit être centrée sur les soins urgents, ce qui n'est pas le cas actuellement. Au bout de neuf mois de résidence, les bénéficiaires de l'AME peuvent se faire rembourser intégralement des soins non urgents, définis par voie réglementaire.

Réformer ce dispositif est une affaire symbolique et de justice pour nos concitoyens, qui ne comprennent pas pourquoi les franchises médicales augmentent pour eux alors que les soins sont gratuits pour d'autres. Nous défendrons la mise en place d'une franchise pour les bénéficiaires de l'AME, de manière à harmoniser les modalités de prise en charge.

M. Hendrik Davi (EcoS). L'AME est absolument indispensable pour soigner les personnes qui ne sont pas assurées.

Je rappelle que notre système social est fondé sur le travail. On compte entre 300 000 et 400 000 travailleurs sans-papiers dans notre pays. Ils sont employés dans les cuisines des restaurants et sur les chantiers, mais aussi pour assurer des tâches extrêmement qualifiées. J'en rencontre sans cesse dans ma permanence qui basculent dans l'irrégularité du fait des politiques restrictives en matière d'immigration. Le dernier que j'ai reçu était un informaticien spécialisé dans l'intelligence artificielle.

Sans l'AME, ces travailleurs ne seraient pas couverts et ne pourraient pas se soigner en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident. Ce serait parfaitement injuste.

Ne pas soigner les sans-papiers, qu'ils travaillent ou non, est une hérésie du point de vue de la santé globale des populations. Ne pas soigner un patient atteint du VIH ou de la tuberculose, c'est favoriser la propagation de ces maladies. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques estime que chaque euro investi dans l'accès précoce aux soins permet d'en économiser 2,5 en hospitalisation évitée.

L'AME est attribuée aux personnes disposant de revenus inférieurs à 862 euros par mois, soit bien en dessous du seuil de pauvreté. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'AME est de 500 euros inférieure à celle des autres assurés. Seulement la moitié des personnes éligibles à ce dispositif y ont recours. Le véritable problème réside donc dans le non-recours et dans la complexité administrative pour faire valoir ses droits. Enfin, l'AME représente moins de 0,5 % des dépenses de santé.

Je suis pour une sécurité sociale à 100 % et pour l'intégration de l'AME au sein de celle-ci. Il y aurait moins de problèmes si l'on régularisait tous les sans-papiers. Comme toutes les associations, nous sommes farouchement opposés aux restrictions prévues par le Gouvernement.

Nous proposerons un amendement augmentant de 10 % le budget de l'AME, afin de supprimer deux barrières injustifiées à l'accès aux soins : le délai de résidence de trois mois pour l'ouverture des droits et celui de neuf mois pour bénéficier du remboursement de certains soins coûteux.

Notre groupe émet par ailleurs un avis défavorable aux crédits de cette mission, car ils sont largement insuffisants.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Chaque année, je suis surpris de constater que, dans le PLFSS, l'assurance maladie, c'est-à-dire le soin, représente 260 milliards d'euros, tandis que les crédits de la mission *Santé*, c'est-à-dire la prévention, ne représentent que 1,6 milliard dans le PLF – soit, par comparaison, 0,5 % ; un nain face à un géant ! C'est surprenant compte tenu de la responsabilité et

du poids de la prévention par rapport au soin. Nous pourrions faire un gros effort pour rééquilibrer les crédits et intégrer davantage de prévention au sein de la mission *Santé*, sachant que 80 % de notre santé sont liés à des déterminants éducatifs, sociaux, environnementaux ou commerciaux. Néanmoins, le groupe Les Démocrates votera favorablement les crédits de la mission.

En ce qui concerne le programme 183, notre groupe est favorable à l'AME, tout en reconnaissant que le dispositif pourrait être amélioré. Dans le cadre de la migration légale, les primo-arrivants font l'objet d'un contrôle médical et doivent produire des certificats, notamment en matière de vaccination ; ce n'est pas le cas des étrangers en situation irrégulière. Je plaide donc pour que tous les migrants effectuent une visite médicale, ce qui permettrait de connaître leur état de santé à leur entrée sur le territoire : c'est un enjeu de santé publique, puisque la santé de chaque individu qui vit dans notre pays peut avoir un impact sur celle des autres.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Avec 1,67 milliard d'euros en crédits de paiement, la mission *Santé* voit son budget progresser de près de 13 %. Toutefois, cette évolution résulte essentiellement de la poursuite du programme 379, lié au Ségur de la santé et au plan de relance européen, alors que les crédits alloués aux programmes structurants *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* et *Protection maladie* demeurent quasiment stables. En définitive, le budget pour 2026 traduit davantage une addition de dispositifs, sans vision consolidée, qu'une nouvelle ambition.

Notre groupe partage pleinement l'objectif d'une santé publique plus équitable, préventive et proche des citoyens. Mais cette réalité budgétaire reste celle d'un système encore trop tourné vers la dépense curative, au détriment de la prévention et du repérage précoce des pathologies. Il faut réorienter l'effort financier de l'État vers les politiques de prévention, d'éducation à la santé, afin d'alléger durablement la pression sur l'hôpital et sur l'assurance maladie. Cette transition ne se fera pas du jour au lendemain ; elle exige une trajectoire progressive et cohérente. La santé publique ne peut pas être pensée comme une variable d'ajustement et doit redevenir un investissement de long terme.

Lundi dernier, j'ai interrogé la ministre de la santé sur le diabète de type 1, qui touche de nombreux enfants et jeunes adultes et reste trop souvent diagnostiqué tardivement, ce qui induit des conséquences graves pour les familles et un coût élevé pour la collectivité. Pourtant, les outils scientifiques existent pour identifier plus tôt les personnes à risques, notamment le dépistage d'auto-anticorps déjà testé avec succès à l'étranger. Nous pourrions mener une expérimentation en ce sens, notamment chez les sujets apparentés, qui représentent 10 % des cas. Alors que d'autres programmes de dépistage précoce ont été ouverts par les lois de financement de la sécurité sociale, j'aimerais connaître votre avis quant à la pertinence d'envisager une telle expérimentation, à l'échelle nationale ou dans des territoires pilotes.

Mme Karine Lebon (GDR). Ma question porte sur la première partie de votre rapport, en particulier la page 12, dans laquelle vous concentrez votre propos sur l'action *Aide médicale de l'État* du programme 183. Chaque année, nous avons droit au même refrain, aux mêmes éléments de langage et aux mêmes approximations, voire aux mêmes fantasmes, sans que la réalité du dispositif ne soit jamais évoquée. On ne précise jamais que près d'un tiers des personnes éligibles n'en font pas la demande, par peur, par méconnaissance ou faute d'accompagnement. On ne rappelle jamais que l'AME contribue à protéger l'ensemble de la population, en évitant la propagation de maladies infectieuses. On ne souligne jamais que ce dispositif ne représente que 0,46 % des dépenses de santé : une goutte d'eau dans le budget global.

Bien sûr, dire cela n'est pas vendeur. Soyons clairs : le Rassemblement national n'a aucun intérêt à voir disparaître l'AME, ce chiffon rouge grâce auquel il fait son beurre ! En prônant, une fois encore, la réduction du panier de soins au strict minimum, vous mettez en danger non seulement les personnes concernées mais aussi la santé publique et la solidité de notre système de soins.

Pendant ce temps, le Gouvernement fait le choix des économies : les crédits consacrés à l'AME stagnent, mais baissent en valeur réelle si l'on tient compte de la hausse du nombre de bénéficiaires et de l'inflation. Pire encore, le gouvernement Lecornu, soucieux de ne pas froisser l'extrême droite, relance le projet de décret qui vise à restreindre l'accès à ce dispositif essentiel, en limitant notamment les justificatifs d'identité aux seules pièces comportant une photo. Les soignants et les associations alertent pourtant de manière unanime sur les conséquences de telles restrictions, qui priveraient des milliers de personnes de soins urgents, au risque de créer de véritables bombes sanitaires.

Enfin, ne nous laissons pas tromper par la prétendue hausse de 12 % des crédits de la mission *Santé* : cette augmentation est purement artificielle, puisqu'elle provient du reversement de crédits européens issus de la facilité pour la reprise et la résilience, au titre du volet investissement du Ségur. Dans les faits, toutes les actions du programme sont en baisse ; nous ne sommes pas dupes de cette manipulation comptable !

M. Éric Michoux (UDR). Des centaines de milliards sont consacrées au système de santé, et pourtant les gens sont très mal soignés et habitent dans des déserts médicaux. À quoi sert donc l'argent ? Sert-il à faire fonctionner une administration pléthorique et obèse, qui s'auto-alimente, ou à soigner les malades ? La question se pose, au vu de tous les systèmes de santé qui n'ont pour seul objectif que d'éloigner le malade de ceux qui doivent le traiter. Je pense en particulier à l'ARS, que le rapporteur pour avis suggérerait de ramener au niveau départemental. Nous sommes moins modérés que lui, puisque nous prônons la fermeture de ces agences, dont personne ne sait véritablement à quoi elles servent et qui coûtent des milliards. Le problème de toutes ces instances – ARS, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), maisons de santé départementales et autres agences –, c'est qu'elles ne comprennent pas de médecins – le jour où il y en aura, l'administration médicale fonctionnera certainement mieux.

Ma question concerne les CPTS : un rapport d'information du Sénat dénonce des activités organisées sans aucun lien avec le soin, telles que des soirées théâtre ou bowling, des sorties en voile, voire des *escape games*. Sachant qu'elles ont coûté 1,5 milliard d'euros en cinq ans, j'aimerais connaître votre position sur ces instances qui, en réalité, ne servent à rien. Nous avons déjà France Services, il est question de créer un réseau France Santé ; nous pourrions créer, en cas de problème, France Pharmacies et je ne sais quel autre France quelque chose – nous sommes en train de fonctionnariser tout le système de la santé et de réinventer le communisme !

M. Nicolas Turquois, président. J'entends que certaines structures puissent soulever des interrogations, mais n'oublions pas qu'il y a des femmes et des hommes qui y travaillent. Dans de nombreux territoires, les choses se passent bien et la coordination entre les professionnels de santé fonctionne ; ce n'est pas le cas partout, c'est vrai, mais gardons rationalité et respect.

Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Jean-François Rousset (EPR). Permettez-moi de lancer, dans cette période très tendue, un appel à la raison et à la modération. Nous pouvons concevoir que, dans l'hémicycle, l'affichage ait plus d'importance ; toutefois, au sein de la commission, tenons-nous en aux faits et à l'analyse. Avant de critiquer les CPTS ou les lois qui ont permis aux médecins de s'installer là où ils faisaient défaut – c'est-à-dire partout en France –, laissons du temps au temps et attendons de voir les résultats des dernières réformes.

L'AME est essentielle. À l'époque ottomane, lorsqu'il y avait une épidémie, on avait peur de celui qui venait d'ailleurs et on le mettait en quarantaine, sur une île, au large de Sète – c'est ainsi que le roquefort a pu conquérir le Moyen-Orient, parce que les étrangers mis en quarantaine en avaient mangé pendant trois mois ! Il s'agit d'un dispositif très encadré, auquel tout le monde n'a pas droit puisque, pour en bénéficier, il faut satisfaire à des conditions de ressources ou de séjour, notamment. Il faut savoir que lorsqu'une personne atteinte d'insuffisance rénale se retrouve en coma urémique, elle est prise en charge aux urgences, où l'on recourt à une dialyse ; ce traitement coûte très cher à l'hôpital, et encore plus si la personne ne bénéficie pas de l'AME et n'a pas de financement. Par conséquent, vous qui voulez trouver des financements pour l'hôpital, commencez par accorder l'AME à ceux qui y ont droit, pour que l'hôpital, qui les prendra en charge de toute façon, ait les moyens de faire face à la situation.

Enfin, si le panier de soins doit évoluer, il faut le faire avec raison – et si cela doit être fait par décret, pour aller plus vite, soit ! Mais arrêtons d'opposer un monde à un autre.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Au risque de choquer le rapporteur pour avis et certains collègues, permettez-moi d'en revenir au monde réel. Pour commencer, je suis très étonné par les annexes budgétaires dont nous disposons et qui mériteraient que nous nous penchions sur leur pertinence : elles comportent des

objectifs chiffrés, avec une comparaison par rapport à l'année précédente, voire aux deux années précédentes, ainsi que des objectifs cibles pour les deux années suivantes. Or, depuis 2022, les objectifs affichés ne sont jamais tenus et sont revus à la baisse l'année suivante, tout en faisant croire qu'il y a eu une progression.

Prenons l'exemple de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans : en 2021, elle était de 11,3 ans ; elle est désormais de 10,5 ans, soit un recul qui n'apparaît pourtant pas dans les documents, puisque le chiffre de l'année précédente est révisé tous les ans.

Prenons également l'indicateur de l'état de santé perçue, c'est-à-dire le pourcentage de la population qui se déclare en bonne santé : en 2021, il était de 68 %. L'objectif pour 2026 est fixé à 66 %, soit un taux inférieur à ce qu'il était deux ans auparavant ! Je pourrais prendre encore bien d'autres exemples, puisqu'il y en a tout au long des 96 pages de l'annexe – contrairement à ce qu'on pourrait penser, il n'y est pas question que de l'AME.

Prenons encore le pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique : en 2021, 9,8 % des prélèvements étaient concernés. L'objectif pour 2026 est fixé à 11,3 % – on se donne des objectifs pires que le constat dressé deux ans plus tôt ! C'est hallucinant ! – on dirait la planification soviétique, sans les habitations à loyer modéré.

Cette annexe au PLF est donc un mauvais outil ; nous devrions travailler sur la base de rapports pluriannuels et mettre les données des années précédentes en perspective, sur une période longue. Tel qu'il est présenté, ce document donne l'impression que les objectifs progressent alors que tout régresse.

M. Philippe Vigier (Dem). Je trouve notre collègue Michoux un peu sévère à l'égard des CPTS – mais peut-être a-t-il connu une mauvaise expérience dans son département de Saône-et-Loire. Je l'invite à ne pas rester sur cette image négative et à observer ce qui se passe ailleurs. Dans mon département d'Eure-et-Loir, nous avons 78 médecins pour 100 000 habitants. La CPTS a permis de mettre tous les professionnels en réseau et d'améliorer la prise en charge des soins non programmés ; cette dernière est très satisfaisante, même s'il y a toujours des marges de progression. Par conséquent, ne jetons pas l'opprobre sur ces hommes et ces femmes qui ont accepté, depuis dix ans, de donner bénévolement de leur temps pour faire tourner ces structures. Nous sommes même en train de créer un lien très fort avec l'hôpital, de sorte de couvrir l'ensemble de la chaîne de soins et d'aboutir à une véritable efficacité. Vous avez évoqué le rapport d'information du Sénat, mais ils n'ont auditionné qu'une seule CPTS, ce qui n'est pas représentatif – en statistiques, il faut appliquer la loi de Poisson et associer une probabilité à plusieurs occurrences, pour aboutir à une approche précise et scientifique !

S'agissant de l'AME, je suis en phase avec notre collègue Cyrille Isaac-Sibille qui a, comme moi, exercé des fonctions de soignant pendant des dizaines d'années : il n'est pas question de la supprimer, mais il faut l'adapter. Je me souviens

notamment du rapport d'information de Mme Véronique Louwagie – devenue ministre par la suite – sur le coût des soins dispensés aux étrangers. C'est vrai qu'il y a des dépassements ou des prises en charge anormales – je pense aux dialyses ou à la chirurgie plastique et esthétique –, qui pourraient être révisés. Néanmoins, ne jetons pas le dispositif d'un revers de manche, sans tenir compte des enjeux de sécurité sanitaire.

Mme Justine Gruet (DR). À enveloppe constante, nous devons faire des choix : dépenser mieux, sans dépenser plus. Si une enveloppe augmente, c'est au détriment des autres politiques publiques. Gouverner, c'est choisir.

Si notre système de santé était efficient et que les délais d'obtention d'un rendez-vous étaient satisfaisants, je pourrais admettre qu'il reste attractif pour des étrangers en situation irrégulière. Cependant, il n'est plus acceptable de toujours demander des efforts à celles et à ceux qui contribuent ou ont contribué au système. Sans tomber dans la démagogie, nous reconnaissons l'importance de faire de la prophylaxie et d'assurer des soins lorsqu'ils requièrent une prise en charge vitale et urgente.

Par ailleurs, il faut valoriser la prévention dans la politique de santé. À ce titre, j'ai déposé une proposition de loi qui vise à transformer les établissements thermaux en établissements sanitaires, au titre du code de la santé publique, et à en faire des lieux de prévention de la perte d'autonomie, de la dénutrition et de lutte contre les troubles de la désadaptation psychomotrice.

Je dénonce aussi la multiplication des sigles dans le domaine de la santé, mise en avant dans un rapport sénatorial : il faut limiter la bureaucratie et valoriser les soignants, même si j'admets que certains outils permettent une meilleure coordination des réseaux – je tiens à saluer à cet égard la montée en puissance de la CPTS de ma circonscription, qui apporte concrètement des réponses à nos concitoyens en matière d'accès aux soins.

Mme Josiane Corneloup (DR). Notre collègue Michoux a peut-être une vision un peu biaisée des CPTS, car ce sont des outils relativement récents. Dans ma circonscription, la CPTS rassemble non seulement l'ensemble des professionnels de santé de la ville – médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, etc. –, mais aussi ceux de l'hôpital, des structures médico-sociales, des Ehpad, des services de soins infirmiers à domicile ainsi que les associations et les collectivités. Il s'agit donc d'un outil indispensable qui permet d'améliorer la coordination des équipes soignantes sur un même territoire, de faire en sorte qu'elles se connaissent mieux et de sortir d'un fonctionnement en silo. C'est la preuve qu'une organisation décentralisée, à l'échelle du territoire, peut être efficace, y compris en matière de prévention.

M. Éric Michoux (UDR). Si tout va bien chez vous, tant mieux ! Mais, en réalité, il n'y a plus de médecins à la campagne et on ne peut plus s'y faire soigner. Les CPTS sont tellement efficaces que le président du département de Saône-et-Loire

a été obligé d'ouvrir des agences départementales de santé, pour faire venir des médecins ! Moi, je dis la vérité : il y a beaucoup d'argent, mais il est mal utilisé ; nous ferions mieux de l'utiliser pour soigner les malades et pour former des médecins.

M. Nicolas Turquois, président. Il y a effectivement un manque de médecins, mais il faudra attendre une dizaine d'années avant que ceux qui sont en formation arrivent sur le terrain. Les CPTS, lorsqu'elles fonctionnent bien – je reconnais qu'il y a des hétérogénéités en fonction des territoires – sont très utiles, car elles permettent aux professionnels de santé de mieux se connaître et d'agir ensemble.

M. le rapporteur pour avis. Les rapporteurs pour avis sur le PLF et le PLFSS sont désignés proportionnellement aux effectifs de chaque groupe. On ne choisit donc pas forcément les sujets que l'on traite mais, en l'occurrence, celui de l'AME nous intéressait. Toutefois, il n'était pas suffisant pour faire l'objet d'un rapport à part entière : nous avons bien conscience qu'avec moins de 0,5 % des dépenses de santé, l'AME ne menace pas le système. C'est pourquoi il nous a paru justifié d'axer le rapport sur deux thèmes distincts : l'AME et le rôle des collectivités en matière de santé – à cet égard, je regrette qu'il n'y ait pas eu davantage de questions sur ce second volet.

Je remercie ma collègue Joëlle Mélin d'avoir rappelé les principes et les risques en matière d'AME. Si nous en approuvons la philosophie d'origine, nous en dénonçons toutefois les dérives. Vous nous reprochez, madame Maximi, de mettre ce sujet en avant par intérêt politique et xénophobe, mais c'est précisément l'inverse puisque l'AME concerne le soin aux étrangers, qui plus est clandestins ! Et il est tout à l'honneur de la France de soigner et de sauver des vies humaines – j'ai parlé de devoir humanitaire de charité et de protection. Cependant, le panier de soins comprend des prestations qui sont progressivement apparues comme excessives, inadaptées et pouvant être légitimement perçues par les Français comme une injustice sociale par rapport à leurs propres droits en matière de santé.

C'est vrai, l'AME est, *de facto*, un outil de santé publique – qui plus est si on l'élargit à la vaccination et à la prévention. Je rappelle que les politiques de vaccination ont été lancées pour protéger les Français d'éventuelles maladies importées sur notre sol. Par conséquent, le système d'aide médicale d'urgence que nous proposons inclut bien ces deux dimensions de prévention et de vaccination.

Monsieur Houlié, si vous n'avez ni écouté ce que j'ai expliqué ni lu le rapport, vous n'avez sans doute rien compris sur le fond.

En proposant d'aligner les franchises médicales des bénéficiaires de l'AME sur celles des assurés sociaux, vous défendez, madame Corneloup, une mesure de justice sociale – nous sommes en phase sur ce point et c'est tout à fait notre état d'esprit. Même s'il ne s'agit pas d'opposer les uns aux autres, pourquoi les Français auraient-ils moins de droits que les étrangers ?

Vous avez émis un avis défavorable aux crédits de la mission, monsieur Davi, considérant qu'ils étaient insuffisants. C'est votre opinion et elle est parfaitement respectable. Notre crainte, ce n'est pas tant une question de chiffres – même si le nombre de bénéficiaires de l'AME a explosé en dix ans, avec une hausse de près de 90 % – que de créer des pompes aspirantes qui seraient de nature à encourager l'immigration pour des raisons médicales. Nous ne voulons pas créer un système trop attractif, qui accroîtrait le nombre d'étrangers clandestins – même si, je le répète, nous sommes conscients que les dépenses au titre de l'AME ne déstabiliseront pas, fort heureusement, le système de santé.

J'ai entendu vos remarques, monsieur Isaac-Sibille, sur le rapport entre le géant et le nain et la nécessité d'octroyer davantage de crédits à la politique de prévention.

Vous m'interrogez, madame Colin-Oesterlé, sur la pertinence d'organiser une expérimentation sur le dépistage du diabète de type 1 chez l'enfant. Pourquoi pas ? On a toujours à gagner à expérimenter, quitte à prendre acte, par la suite, des écueils, des réussites ou des pistes d'amélioration.

Il y a une différence, madame Lebon, entre les bénéficiaires de l'AME qui y ont droit et ceux que l'on appelle « consommateurs » – même si je n'aime pas trop la formule –, c'est-à-dire qui consomment dans le panier de soins. Cela contribue à protéger l'ensemble de la population qui vit sur le territoire national. Quant aux décrets, je ne crois pas que le Gouvernement ait voulu faire plaisir au Rassemblement national ; c'est une décision unilatérale, pour laquelle nous n'avons pas été consultés – alors que j'aurais pu l'être en tant que rapporteur pour avis.

Je vous remercie, monsieur Michoux, d'avoir abordé le sujet de la suradministration de la santé, qui me tient à cœur et sur lequel nous avons longuement travaillé, notamment dans le cadre des auditions, avec l'idée de revenir à un échelon local, plus proche des réalités. Nous sommes favorables non pas à une réforme des ARS – sur ce point, je ne suis pas du tout modéré –, mais bien à leur suppression et à une meilleure répartition des compétences en matière de ressources humaines. Car vous avez raison, monsieur le président, derrière ce sigle, il y a des fonctionnaires, des personnels administratifs et soignants, qui travaillent et y mettent toute leur énergie. Je critique non pas les personnes, mais l'instance elle-même. Et je remets en cause la pertinence de l'échelon, en préconisant de revenir à celui du département pour tenir compte des réalités des bassins de vie. Les personnels devront être réaffectés, pour partie, dans d'autres services et revenir sous la tutelle des préfets de départements, au sein de ce que nous appelions auparavant les directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

En revanche, s'agissant des CPTS, je serai plus modéré que vous. J'en connais plusieurs et nous en avons auditionné. J'entends qu'elles puissent susciter des critiques, mais entendez aussi celles qui nous sont opposées. Je n'ai pas une vision aussi radicale sur les CPTS que sur les ARS, même si je pense qu'il faudrait mutualiser davantage les acteurs de la santé – voire les fusionner pour éviter la

multiplicité des acteurs que j'ai déjà évoquée et simplifier le système. Néanmoins, les CPTS sont des communautés de vie du quotidien des soignants, qui mènent une action positive et qui, surtout, interviennent au bon échelon : celui du bassin de vie.

Je précise, dans la conclusion de mon rapport – je suis désolé que vous l'ayez reçu tardivement –, que chacun doit retrouver sa place en matière de pilotage des politiques de santé. Je propose des pistes pour une nouvelle organisation, avec une compétence qui reste partagée, mais surtout une meilleure lisibilité des actions de chacun : l'État central en maître d'ouvrage des projets en santé et l'État déconcentré, par l'intermédiaire des préfets de département, en maître d'œuvre, avec la validation des instances au niveau du bassin de vie. Cette symbiose entre départements, collectivités territoriales, CPTS, acteurs de la santé, professionnels et usagers existe déjà dans les faits, non pas grâce aux ARS, mais grâce aux départements.

Monsieur Clouet, le groupe RN et le groupe LFI se rejoignent sur ces fameux rapports de pluriannualité et le plan de financement à cinq ans, que ma collègue Joëlle Mélin réclame chaque année dans le cadre du PLFSS.

Enfin, je regrette que M. Vigier n'ait pas réagi à la problématique de la suradministration, parce que je sais que ce sujet lui tient à cœur.

M. Nicolas Turquois, président. Je vous remercie pour votre avis, ainsi que pour votre rapport consacré à la suradministration de la santé.

III. EXAMEN ET VOTE DES CRÉDITS

Lors de sa réunion du mercredi 12 novembre 2025, la commission examine, pour avis, les crédits et les articles rattachés de la mission Santé du projet de loi de finances pour 2026 (seconde partie) (n° 1906) ⁽¹⁾.

M. Christophe Bentz, rapporteur pour avis. Comme je l'ai expliqué mercredi dernier, en donnant mon avis sur les crédits de la mission, les membres de mon groupe approuvent l'esprit initial de l'aide médicale de l'État (AME) mais ils en dénoncent les dérives. Sur les trois amendements visant à augmenter les crédits qui lui sont alloués – AS124, AS52 et AS51 –, j'émettrai donc un avis défavorable.

Sur tous les autres amendements à l'état B, je m'en remettrai à la sagesse de la commission.

Article 49 et état B : Crédits du budget général

Amendement AS104 de M. Arnaud Bonnet

M. Arnaud Bonnet (EcoS). La santé mentale des enfants s'effondre. Les actes de violence sont en forte augmentation ; un jeune sur cinq souffre de troubles anxieux ou dépressifs ; la France ne compte plus que 700 pédopsychiatres, contre

(1) <https://assnat.fr/BrjYLf>

1 300 au début des années 2000. Cela n'est pas suffisant pour répondre à des besoins toujours plus grands. Les centres médico-psycho-pédagogiques manquent également. La pédopsychiatrie est le parent pauvre de la psychiatrie, elle-même parent pauvre de la médecine.

Le présent amendement vise à financer, à hauteur de 35 millions d'euros, un plan de renforcement de la discipline. Il prévoirait de créer 150 postes de pédopsychiatres et 200 de psychologues cliniciens pour les moins de 18 ans, dans les établissements publics de santé – centres médico-psychologiques (CMP), unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger (Uaped) et structures médico-sociales accueillant des enfants protégés.

M. le rapporteur pour avis. Vous avez raison, la pédopsychiatrie est un parent pauvre. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS110 de M. Sébastien Peytavie

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Les dix-huit centres de réponse au numéro national de prévention du suicide, 3114, créé en 2021, reçoivent 1 700 appels par jour, soit plus de 300 000 par an. Les besoins augmentent chaque année.

Le suicide est la première cause de mortalité évitable chez les jeunes de 15 à 34 ans, devant les accidents de la route. Conséquence, seuls 40 % des appels sont décrochés : on laisse sans réponse six personnes sur dix alors qu'elles sont parfois au bord du passage à l'acte.

Un silence, c'est ce qu'a trouvé l'élève auteur de l'attaque du lycée Notre-Dame-de-Toutes-Aides à Nantes lorsqu'il a tenté de joindre le 3114 en avril dernier, avant de tuer Lorène, 15 ans, et de blesser trois autres personnes.

Alors que la psychiatrie est à bout de souffle, il est inacceptable que l'État sous-finance ce qui peut être la dernière porte à laquelle frappent les personnes suicidaires avant de passer à l'acte.

Le présent amendement vise donc à renforcer le financement du 3114, d'après une évaluation précise des besoins de recrutement, afin que plus personne ne se retrouve seul lorsqu'il appelle à l'aide.

M. le rapporteur pour avis. Vous avez raison, la prévention du suicide présente des carences. Ce sujet, essentiel, me tient à cœur – c'est aussi pour empêcher le suicide que je me suis opposé au projet de loi autorisant le suicide assisté ou délégué à un soignant.

Sagesse.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je ne peux qu'être d'accord avec le constat de M. Peytavie, mais la même action repose sur plusieurs dispositifs : leur fusion permettrait de gagner en efficacité, en regroupant plus de personnes sur une même plateforme, donc en élargissant la disponibilité.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS108 de M. Sébastien Peytavie

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). Les CMP, lieux d'accueil gratuits et pluridisciplinaires de soin et de prévention, sont la pierre angulaire du service public de la santé mentale.

Face à la saturation des places disponibles, le Gouvernement avait promis le recrutement de 800 équivalents temps plein (ETP) ; trois ans plus tard, les professionnels constatent que ce plan n'a pas concerné les psychologues.

Les gouvernements successifs ont plutôt favorisé la libéralisation de la prise en charge, avec Mon soutien psy. Le présent amendement vise à recruter 2 500 psychologues dans les CMP, afin de garantir des soins psychiques de qualité pour tous.

M. le rapporteur pour avis. Je m'en remets à la sagesse de la commission.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS118 de M. Nicolas Thierry

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). L'amendement vise à augmenter les moyens alloués à la formation en prévention du suicide et de premier secours en santé mentale.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS143 de M. Théo Bernhardt

M. Théo Bernhardt (RN). Je vais défendre plusieurs amendements de repli à la suppression de l'AME, initialement prévue pour satisfaire les besoins vitaux de personnes en situation irrégulière. Ils visent à transférer les crédits de l'AME à des actions susceptibles de faire l'unanimité. L'amendement AS143 tend ainsi à augmenter de 5 millions d'euros le budget de la santé mentale.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS2 de Mme Marie-Charlotte Garin

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). La santé mentale a été désignée grande cause nationale 2025 mais le bien-être psychologique des femmes enceintes et des jeunes mères demeure largement ignoré. Malgré quelques avancées, comme l'entretien prénatal précoce, les besoins non couverts restent massifs. Le présent amendement vise à prendre en charge intégralement les consultations psychologiques des jeunes mères, y compris en cas de fausse couche ou de traumatisme obstétrical.

M. le rapporteur pour avis. Ce sujet aussi me tient à cœur. Il faut développer les politiques d'accompagnement des jeunes mères. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS68 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Chaque année, nous sommes confrontés à la même difficulté : il n'existe pas de programme budgétaire consacré à la psychiatrie. Le présent amendement tend à le créer et à le doter de 1 euro, afin de ne pas ôter de crédits aux autres programmes de la mission, tous essentiels.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS106 de Mme Anne Bergantz

Mme Anne Bergantz (Dem). En 2023, rapporteure d'une mission « flash » sur la mortalité infantile avec Philippe Juvin, j'avais déploré que la politique de prévention des risques soit si peu ambitieuse. Il faut davantage attirer l'attention sur les comportements susceptibles de provoquer le décès. Cela concerne par exemple la consommation d'alcool et de tabac : 18 % des femmes enceintes fument au cours du troisième trimestre de la grossesse alors que cela entraîne des naissances prématurées et des retards de croissance. Il faut également parler du couchage des enfants : la doctrine en la matière n'a pas évolué depuis 1990, mais aucune campagne d'information n'a été organisée depuis des années, alors même que certains cas de mort subite du nourrisson sont directement concernés.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS140 de M. Théo Bernhardt

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement vise à augmenter de 250 000 euros les crédits de l'action 12 *Santé des populations* du programme 204 afin de renforcer la coordination nationale des dispositifs régionaux en périnatalité. Dans les circonscriptions rurales, des centres périnataux offriraient aux mères et aux nouveau-nés un service de proximité.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS36 de M. Michel Lauzzana

M. Michel Lauzzana (EPR). Nous avons adopté à l'unanimité la proposition de loi visant à mettre en place un registre national des cancers. Malheureusement, aucun financement n'a suivi. L'augmentation des crédits de l'Institut national du cancer (Inca) est en trompe-l'œil : 4,7 millions d'euros sont en fait transférés, en raison de la reprise des registres départementaux. Rien n'est prévu pour le nouveau registre. L'Inca en évalue le coût à 6 millions, le présent amendement tend à prévoir seulement 2 millions, pour la première année.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS137 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement vise à financer davantage la recherche sur les cancers pédiatriques. Il y a quelques années, la commune de Sainte-Pazanne et celles alentour ont connu une concentration de cas que personne n'a su expliquer. De fait, la recherche est focalisée sur les adultes. Le cancer est la première cause de mortalité infantile : il faut trouver des traitements adaptés.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

M. Michel Lauzzana (EPR). Il ne faut pas tout mélanger. Plusieurs études ont analysé les cas de Sainte-Pazanne mais on n'a rien pu prouver. En revanche, 80 % des cancers pédiatriques étant différents des cancers des adultes, il est vrai qu'une recherche spécifique est nécessaire. Je voterai cet amendement.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS144 de M. Théo Bernhardt

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS103 de M. Arnaud Bonnet

M. Arnaud Bonnet (EcoS). Coécrit avec l'association Face à l'inceste, cet amendement vise à créer des réseaux de soins coordonnés pour les enfants victimes d'inceste, sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS).

Le coût sanitaire de l'inceste est colossal, pour les victimes d'abord, mais aussi pour la société : tentatives de suicide, dépressions, troubles de l'alimentation, etc. Ce fléau systémique affecte aussi notre système de santé. Les Uaped et autres lieux comparables ne sont pas assez nombreux. Il faut donc créer un parcours de soins coordonnés spécifique, sur le modèle de ceux qui existent pour d'autres pathologies, comme le diabète. Soigner un enfant victime d'inceste n'est pas un luxe : c'est une obligation, et un investissement collectif.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendements AS141, AS142 et AS139 de M. Théo Bernhardt

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS141 vise à augmenter de 250 000 euros les crédits alloués à la lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

L'amendement AS142 tend à attribuer 10 millions d'euros supplémentaires à la prévention des maladies neurodégénératives, afin d'améliorer la détection, la prise en charge et le suivi des patients et le soutien aux aidants.

L'amendement AS139 vise à rehausser de 10 millions d'euros les crédits du programme 204. La communauté scientifique nous alerte sur le risque d'antibiorésistance : d'ici dix à cinquante ans, les antibiotiques ne seront plus efficaces. Il faut investir dans la recherche, en particulier le développement des bactériophages, qui pourraient les remplacer.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Vous dénoncez les mutilations génitales pratiquées sur les jeunes filles mais vous refusez d'interdire celles imposées aux enfants nés intersexes. Vous avez l'indignation à géométrie variable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Contre l'antibiorésistance, il faut faire progresser la recherche, mais il faut surtout travailler à la formation des médecins et consacrer des moyens à améliorer la prescription, en recourant par exemple à l'intelligence artificielle et au dossier médical partagé.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS138 de M. Matthias Tavel, amendements AS154 et AS124 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Certains hôpitaux paient un loyer déterminé par un bail emphytéotique. L'amendement AS138 vise à augmenter l'aide au loyer que leur verse l'ARS.

L'amendement AS154 vise à faire reprendre par l'État le déficit consolidé des hôpitaux en 2024.

L'amendement AS124 tend à empêcher le gel de l'AME. Outre que ce dispositif de prévention protège toute la population, le gel de ses crédits aurait pour conséquence d'augmenter les frais de santé.

M. le rapporteur pour avis. Nous n'aurons malheureusement pas le temps aujourd'hui de débattre du déficit structurel des hôpitaux publics.

Sur les amendements AS138 et AS154, je m'en remets à la sagesse de la commission.

L'amendement AS124 tend à augmenter les crédits de l'AME. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS52 et AS51 de M. Hendrik Davi

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Nous proposons de rehausser les crédits de l'AME. La moitié des personnes éligibles seulement y ont recours : loin de faire l'objet d'abus, elle est sous-utilisée.

L'amendement AS51 vise à inclure dans le panier de soins la prévention bucco-dentaire pour les enfants, le traitement et l'hébergement des personnes handicapées ainsi que les indemnités journalières.

L'amendement AS52 tend à faciliter l'accès au dispositif afin d'éviter les ruptures de soins, les hospitalisations d'urgence, les aggravations de pathologie, etc. C'est nécessaire pour les personnes concernées mais aussi pour l'ensemble de la population.

M. le rapporteur pour avis. J'ai eu cette discussion la semaine dernière avec Hendrik Davi : ces amendements sont cohérents avec la ligne que vous défendez, qui est respectable. Compte tenu de notre doctrine et des critiques que nous formulons sur les dérives de l'AME, j'émet un avis défavorable sur les deux amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS109 de M. Sébastien Peytavie

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). L'amendement tend à créer un fonds pour que les collectivités territoriales puissent autoriser les absences liées aux menstruations incapacitantes ou aux symptômes provoqués par la ménopause.

Une femme sur deux souffre de règles douloureuses, 10 % d'endométriose. Les douleurs, parfois comparables à celles ressenties lors d'une crise cardiaque, sont

banalisées ; aucun dispositif n'est prévu pour permettre à celles qui sont concernées d'adapter leur activité professionnelle. Depuis plusieurs années, certaines collectivités instaurent des congés spécifiques. Globalement, ils fonctionnent ; les femmes, qui n'en abusent pas, peuvent moduler leur temps de travail en fonction des douleurs. Mais en raison d'un vide juridique, le tribunal administratif interdit ces autorisations d'absence.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS3 de Mme Marie-Charlotte Garin

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). Sur le précédent amendement, je regrette l'abstention de certains collègues.

L'amendement AS3 tend à établir un congé fausse couche. Nous avons voté une loi supprimant le jour de carence lorsque l'arrêt maladie est délivré à la suite d'une fausse couche, mais les femmes concernées nous alertent sur la mauvaise application du dispositif. À la douleur du deuil s'ajoute une violence administrative. Nous proposons donc de le compléter.

M. le rapporteur pour avis. Une fois encore, ce sujet me tient à cœur et je suis d'accord avec ce que vous venez de dire. Néanmoins, un congé est-il nécessaire, et de quelle durée ? Je serais bien en peine de le dire ; nous devons en débattre. Peut-être faut-il plutôt élaborer une vraie politique d'accompagnement pour mieux prendre en charge ce grave problème.

Sagesse.

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). Nous en avons déjà débattu lors de l'examen de la proposition de loi visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche. Le législateur a estimé qu'il fallait trois jours. Si nous alignons la durée du congé sur celle de l'arrêt, il existera deux dispositifs, harmonisés, permettant de bénéficier de ce droit.

La commission adopte l'amendement.

Amendement II-AS50 de M. Hendrik Davi

M. Arnaud Bonnet (EcoS). Cet amendement vise à augmenter de 174 millions d'euros la dotation de l'Établissement français du sang. Acteur central de notre système de santé depuis sa création en 2000, il garantit la sécurité de la chaîne transfusionnelle et permet de soigner près de 1 million de patients chaque année, mais il traverse une crise profonde. Ses comptes sont déficitaires depuis plusieurs années et des collectes ont été annulées, faute de personnel médical. Ce manque de moyens met directement en péril notre capacité à assurer notre autosuffisance nationale en matière de produits sanguins.

Le cas du plasma est emblématique : nous importons 65 % de notre consommation, principalement des États-Unis, où les dons sont rémunérés. Une telle dépendance fragilise notre souveraineté sanitaire et pose une question éthique majeure, alors que notre modèle est fondé sur la solidarité et la gratuité. Soutenir cet amendement, c'est donc défendre un pilier du service public de santé, garantir la qualité et la sécurité des soins et préserver notre indépendance.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement II-AS152 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement vise à enfin accorder un complément de traitement indiciaire aux oubliés – volontairement ou non – du Ségur de la santé, c'est-à-dire aux travailleuses et travailleurs des secteurs sanitaire, social et médico-social qui n'ont pas encore touché de prime.

M. le rapporteur pour avis. Sagesse.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle émet un avis **défavorable** à l'adoption des crédits de la mission Santé **modifiés**.*

Après l'article 81

Amendements II-AS45 de Mme Anchya Bamana et II-AS63 de M. Fabien Di Filippo (discussion commune)

Mme Christine Loir (RN). L'amendement II-AS45 est défendu.

Mme Josiane Corneloup (DR). L'AME de droit commun assure la couverture des soins des personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. Les dépenses afférentes ont augmenté de 50 % depuis 2017 et le nombre de bénéficiaires a explosé. Pourtant, rien ne justifie que des étrangers arrivés illégalement bénéficient de soins gratuits. Il est nécessaire de limiter leur prise en charge aux soins considérés comme vitaux, c'est-à-dire ceux relatifs à la vaccination, aux maladies contagieuses, à la prophylaxie et à la maternité ; c'est l'objet de l'amendement II-AS63.

M. le rapporteur pour avis. Comme je l'ai dit la semaine dernière, mon groupe est en parfait accord avec les amendements du vôtre, madame Corneloup. Pour que les choses soient claires, nous souhaitons revenir à l'esprit initial de l'AME et rompre avec les dérives constatées dans son utilisation, en transformant le dispositif en une aide médicale d'urgence, limitée aux besoins vitaux et obstétricaux.

Ma collègue Anchya Bamana a elle-même déposé deux amendements en ce sens. Le premier a été déclaré irrecevable – alors qu’il avait été recevable lors de l’examen d’autres textes –, mais reste l’amendement II-AS45. Celui-ci a ma préférence car il est plus complet, mais je m’en remettrai à la sagesse de la commission sur le vôtre.

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). Si, au cours des débats, les députés du groupe Rassemblement National ont eu des positions très progressistes au sujet de la santé menstruelle ou des personnes en situation de handicap, ils n’ont ensuite pas donné un avis favorable à l’adoption des crédits de la mission *Santé*. Je tenais à l’indiquer, car les personnes qui nous regardent ne peuvent voir tout ce qui passe au sein de la commission.

M. le rapporteur pour avis. Concernant les fonds alloués à l’AME, nos positions ne devraient pas vous étonner, madame Garin.

Quant aux crédits accordés à la mission dans son ensemble, nous n’avons pas été les seuls à donner un avis défavorable à leur adoption : sauf erreur, les députés socialistes, entre autres, ont fait le même choix.

La commission adopte l’amendement II-AS45.

En conséquence, l’amendement II-AS63 tombe.

Amendement II-AS61 de M. Fabien Di Filippo

Mme Josiane Corneloup (DR). Tous les assurés sociaux doivent s’acquitter d’une franchise médicale pour les médicaments prescrits et remboursables, pour les transports sanitaires et pour les actes paramédicaux. En revanche, les bénéficiaires de l’AME, dispositif qui prend en charge à 100 % les frais médicaux des personnes en situation irrégulière, sont, eux, exemptés de toute franchise. Il s’agit là d’une véritable injustice vis-à-vis des Françaises et des Français, qui sont touchés par l’inflation y compris en matière de santé.

Tant pour des raisons budgétaires que par souci d’équité, il nous semble donc indispensable de réduire la liste des soins pris en charge par l’AME aux seules urgences vitales et aux risques épidémiologiques graves – c’était l’objet du vote précédent, dont je me félicite –, mais aussi d’exiger des bénéficiaires le paiement d’une franchise pour chaque acte et médicament – c’est l’objet du présent amendement.

M. le rapporteur pour avis. Nous avons également discuté des franchises médicales la semaine dernière. Que les bénéficiaires de l’AME n’aient pas à s’en acquitter est un parfait exemple du dévoiement scandaleux de cette aide. Cet amendement rétablirait de la justice sociale : j’y suis donc favorable.

La commission rejette l’amendement.

ANNEXE LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

➤ *Table ronde sur l'aide médicale de l'État :*

– **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)*** – **M. Thomas Fatôme**, directeur général, **Mme Fanny Richard**, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, et **Mme Veronika Levendof**, chargée des relations avec le Parlement

– **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)** – **Mme Nathalie Fourcade**, directrice générale, **Mme Marie Astier**, ingénieur statisticien, et **Mme Laëtitia Chossegros**, ingénieur statisticien

➤ *Audition sur l'action de collectivités territoriales en matière de santé*

– **Départements de France** – **M. Philippe Gouet**, président du conseil départemental de Loir-et-Cher, président du groupe de travail Santé, **M. Éric Bellamy**, directeur délégué, et **M. Brice Lacourieux**, conseiller Relations avec le Parlement

➤ *Audition sur les agences régionales de santé (ARS)*

– **Collège des directrices et directeurs généraux d'ARS** – **Mme Sophie Martinon**, directrice générale adjointe de l'ARS Île-de-France

➤ *Table ronde avec les acteurs hospitaliers :*

– **Fédération hospitalière de France (FHF)*** – **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle Offres, et **M. Vincent Ollivier**, responsable adjoint

– **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** – **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, et **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles

– **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)*** – **M. Mathurin Laurin**, délégué général, **Mme Anastasia Strzyk**, directrice Stratégie et développement, et **Mme Axelle Gavériaux**, chargée de mission Stratégie et développement

– **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)*** – **Mme Sophie Nivière**, directrice adjointe à la direction des relations du travail, et **M. Géaurel Fananhouedo**, juriste en droit de la santé et du médico-social

– **Unicancer*** – **Mme Sophie Baupère**, déléguée générale, **Mme Sandrine Boucher**, directrice Stratégie médicale et performance, et **Mme Sophélia Picaud**, directrice de cabinet

➤ *Table ronde avec les syndicats médicaux :*

– **Syndicat des médecins libéraux (SML)*** – **Dr Sophie Bauer**, présidente, **Dr Edmond Galipon**, trésorier, et **Dr Éric Tanneau**, secrétaire général

– **Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (Reagjir)*** – **Dr Kilian Thomas**, président, et **Mme Atika Bokhari**, interne de médecine générale, présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG)

➤ *Table ronde sur l'exemple de la Haute-Marne :*

– **Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du centre Haute-Marne** – **Mme Anne-Charlotte Vagnerre**, diététicienne-nutritionniste, secrétaire de la CPTS, **Mme Florence Biasetto**, orthophoniste, administratrice de la CPTS, et **Mme Lise Nolson**, coordinatrice de la CPTS

– **Avenir santé Sud Haute-Marne (ASSHM)** – **M. Mathieu Thiébaud**, président

– **Égalité Santé** – **Mme Élisabeth Cardot**, secrétaire de l'association

➤ *Audition*

– **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **M. Philippe Chiesa**, adjoint au sous-directeur de l'appui au pilotage et des ressources, et **M. Florian Bon**, chef du bureau de l'accès territorial aux soins

* *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*