

N° 364

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2022.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de finances pour 2023*,

TOME I

SANTÉ

PAR M. CHRISTOPHE BENTZ,

Député.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 273, 292 (annexe n° 41).

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	9
III. LE PROGRAMME 379 COMPENSATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE DU COÛT DES DONNS DE VACCINS À DES PAYS TIERS ET REVERSEMENT 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)	11
IV. AVIS DU RAPPORTEUR SUR LES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ	11
SECONDE PARTIE : LES EFFORTS POUR L'ACCÈS AUX SOINS EN ZONES SOUS-DENSES DOIVENT ÊTRE REDOUBLÉS	12
I. DONNÉES CHIFFRÉES CONCERNANT LA SOUS-DENSITÉ MÉDICALE ET LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS	12
A. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE SUR LES TERRITOIRES.....	12
B. L'ACCESSIBILITÉ DES CONSULTATIONS POUR LES CITOYENS.....	13
1. Une accessibilité des consultations bien trop faible dans certains territoires.....	13
2. Des inégalités à l'intérieur des territoires insuffisamment prises en compte.....	14
II. MÉTROPOLISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN ZONES SOUS-DENSES	15
A. LES HABITANTS DES ZONES RURALES ET PÉRIURBAINES VICTIMES DE L'ÉLOIGNEMENT DES SERVICES DE SOINS.....	15
1. Les obstacles à l'accès aux soins et leurs conséquences sur la santé.....	15
2. Le renoncement aux soins et la perte de chance pour les habitants des zones sous-denses et les personnes les plus modestes.....	16
3. La télémédecine, un outil peu adapté au milieu rural.....	18

B. LES DÉTERMINANTS DE L'INSTALLATION.....	19
1. Les aides financières à l'installation.....	19
2. Le lien avec la zone d'installation	19
3. L'attractivité du territoire sur le plan de l'organisation médicale.....	20
4. L'ouverture du <i>numerus</i> , un outil toujours efficace dans une optique territorialisée...	20
III. SOLUTIONS VISANT À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS EN ZONES SOUS-DENSES	22
A. LES PISTES DE COURT TERME	22
1. Agir contre l'éloignement des formations par rapport aux territoires	22
b. Autres mesures concrètes.....	24
B. LES PISTES DE MOYEN À LONG TERME.....	27
1. Incitation, contrainte ou coercition ?	27
2. Développer des lieux et des modes de pratique attractifs en territorialisant les réponses aux besoins de santé	28
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	33
I. AUDITION DE LA MINISTRE.....	33
II. EXAMEN DES CRÉDITS	59
ANNEXE : PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR	73

AVANT-PROPOS

Le présent rapport décline dans une première partie **les crédits présentés dans le projet de loi de finances pour 2023 pour la mission Santé. Au terme de cette analyse, le rapporteur émet un avis défavorable quant à l'adoption des crédits des programmes 204, 183 et 379.** L'analyse des crédits est suivie d'une présentation thématique se concentrant sur la problématique de l'accès aux soins en zones sous-denses, communément appelées « déserts médicaux ». Dans ce cadre ont été auditionnés en priorité des représentants des patients, des professionnels de santé et des élus des territoires les plus concernés par cette problématique, ainsi que des administrations afin de connaître l'orientation des mesures la concernant. 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 reste largement définie au niveau national ou régional alors qu'une nécessité de rapprochement des territoires se fait jour, afin de contrecarrer la métropolisation des services publics de santé.**

La lutte contre les déserts médicaux est une nécessité pour lever les inquiétudes massives de la population concernant l'accès aux soins. Certains territoires sont plus exposés au manque de médecins et de soignants, et **l'accès aux soins représente la première préoccupation des Français en milieu rural.** Le sentiment d'abandon n'est pas une simple apparence mais une réalité vécue, causée par des manques effectifs en termes de possibilités d'accès aux soins. Les services de santé, à l'image d'autres services publics, se sont concentrés à mesure des années autour des métropoles, et ce au détriment des zones rurales et périphériques.

Sur la base de données actualisées concernant l'accès aux soins, il est possible de comprendre les causes et les conséquences de la désertification médicale, qui résulte de fortes inégalités sociales et territoriales. **Des solutions doivent être recherchées et déclinées en fonction des besoins et réalités des territoires pour endiguer le manque de médecins prévu pour les prochaines années.**

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ

Les crédits affectés à la mission *Santé* sont en hausse dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2023 par rapport à la loi de finances initiale (LFI) pour 2022. Toutefois, cette augmentation ne correspond pas à une amélioration effective du contenu des programmes et des actions.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE PAIEMENT DES PROGRAMMES DE LA MISSION SANTÉ ENTRE 2022 ET 2023

(en euros)

Numéro et intitulé du programme	LFI 2022 crédits de paiement	PLF 2023 crédits de paiement	Évolution LFI 2022 / PLF 2023 (en %)
204 – <i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	212 777 535	216 091 268	+ 1,56 %
183 – <i>Protection maladie</i>	1 086 950 000	1 220 300 000	+ 12,27 %
379 – <i>Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement 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)</i>	/	1 930 400 000	/
Totaux	1 299 727 535	3 366 791 268	+ 159,04 %

Source : *Projet de loi de finances pour 2023*.

La mission *Santé* du PLF 2023 est composée de trois programmes :

- Le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* ;
- Le programme 183 *Protection maladie* ;
- Le programme 379 *Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement 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)*.

Le programme 379 n'existait pas en LFI 2022 et est nouvellement créé dans le présent PLF.

Avant d'évoquer l'analyse des crédits, doivent d'abord être soulignées les limites des indicateurs généraux sur lesquels se base la mission *Santé*. Ces derniers consistent en deux principaux points :

– 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. Selon cet indicateur, un bon ou très bon état de santé général est ressenti par 68,5 % des citoyens en 2021 ;

– l'indicateur général 1.2 d'espérance de vie en bonne santé, qui atteint 65,3 ans en 2021 et a pour cible 65,9 ans en 2025.

L'écueil de ces indicateurs généralistes réside dans le fait qu'ils ne tiennent compte des spécificités régionales ni des disparités sociales, qui devraient pourtant être mises au centre des politiques sanitaires.

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

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE PAIEMENT DU PROGRAMME 204 ENTRE 2022 ET 2023

(en euros)

Numéro et intitulé du programme ou de l'action	LFI 2022 crédits de paiement	PLF 2023 crédits de paiement	Évolution LFI 2022 / PLF 2023 (en %)
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	212 777 535	216 091 268	+ 1,56 %
11 – Pilotage de la politique de santé publique	70 634 965	68 478 090	- 3,05 %
12 – Santé des populations	1 230 000	1 230 000	0 %
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	50 808 959	52 068 567	+ 2,48 %
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	27 863 046	29 874 046	+ 7,22 %
16 – Veille et sécurité sanitaire	1 610 000	3 610 000	+ 124,22 %
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 179 000	4 379 000	+ 4,79 %
19 – Modernisation de l'offre de soins	56 451 565	56 451 565	0 %

Source : *Projet annuel de performances pour 2023 de la mission Santé*.

La diminution des crédits affectés à l'action 11 révèle un pilotage de la politique de santé publique insatisfaisant. En effet, le projet annuel de performances pour 2023 de la mission *Santé* évoque une « *stratégie de transformation du système de santé [qui] adopte une vision d'ensemble et propose des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé* ». **Cette perspective, qui se place au niveau national et non pas au plus près des besoins et des réalités de terrain, paraît peu adaptée.**

L'action 12, comprenant l'objectif de réduire les inégalités face à l'accès aux soins, est reconduite en euros courants, et fait donc l'objet d'une baisse des crédits réellement affectés. Pourtant, elle recouvre des sujets aussi primordiaux que la prise en charge des violences, la santé des populations en difficultés et la santé mère-enfant.

Les crédits de l'action 14 augmentent de 2,48 % dans le PLF 2023 par rapport à la LFI 2022. Il s'agit d'une augmentation bien inférieure à l'inflation constatée pour cette année, alors que cette action concerne la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades, deux éléments qui doivent faire l'objet d'une attention particulière compte tenu du vieillissement de la population et du déclenchement de maladies chroniques favorisé par les inégalités sociales.

L'action 15, qui inclut la stratégie de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins, augmente de 7,22 % en 2023. La mise à jour du Plan national santé environnement 4 (PNSE 4) en 2021 n'a pas été à la hauteur des besoins des citoyens, à l'heure où la qualité de l'air ou de l'alimentation et la santé environnementale deviennent des préoccupations de plus en plus grandes.

L'action 16 connaît une hausse de 124,22 % de ses crédits en 2023. Cette augmentation s'explique principalement par la hausse des crédits dédiés à la préparation des crises sanitaires et à la gestion de ces crises. Le contenu exact de l'utilisation de ces crédits est toutefois insuffisamment détaillé dans le projet annuel de performances, alors qu'il s'agit de l'action connaissant la plus forte augmentation.

L'action 17, qui concerne la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins, dirige principalement ses crédits vers une dimension de contrôle scientifique et éthique des projets de recherche. De la même manière que pour l'action 16, le rapporteur aurait souhaité disposer de davantage d'éléments concernant l'affectation précise de ces crédits.

Enfin, l'action 19 ne fait pas l'objet d'une augmentation de ses crédits alors qu'elle porte sur la modernisation de l'offre de soins. Le tournant du numérique en santé doit pourtant rester une priorité pour améliorer l'efficacité de l'organisation sanitaire au sein des établissements et la coordination entre les professionnels d'un territoire, qui ne disposent pas toujours des outils adéquats pour cela.

II. LE PROGRAMME 183 *PROTECTION MALADIE*

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE PAIEMENT DU PROGRAMME 183 ENTRE 2021 ET 2022

(en euros)

Numéro et intitulé du programme ou de l'action	LFI 2022 crédits de paiement	PLF 2023 crédits de paiement	Évolution LFI 2022 / PLF 2023 (en %)
183 – Protection maladie	1 086 950 000	1 220 300 000	+ 12,27 %
02 – Aide médicale de l'État	1 078 950 000	1 212 300 000	+ 12,36 %
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000	0 %

Source : Projet annuel de performances pour 2023 de la mission Santé.

Les moyens proposés pour le programme 183 sont en augmentation de 12,27 % dans le projet de loi de finances pour 2023 par rapport à la loi de finances initiale pour 2022.

L'action 02 finançant l'aide médicale de l'État (AME) est en hausse de 12,27 % en 2023. Cette hausse s'explique en partie par un effet de rattrapage suite à la crise sanitaire : le nombre de bénéficiaires de l'AME avait diminué pendant les périodes de confinement ; il a à nouveau augmenté par la suite. Toutefois, cette hausse vise également à financer la prise en charge de diverses pathologies chroniques, des actes d'obstétrique et de chirurgie, mais aussi des soins dentaires, des équipements optiques.

Sur cette action, alors que de nombreux Français n'ont plus accès aux soins minimaux dans les déserts médicaux qui touchent beaucoup de territoires, et alors même que les Français, qui cotisent et paient des impôts, sont censés être les premiers bénéficiaires de la solidarité nationale, qui par définition doit être nationale, on constate que des soins du quotidien sont en réalité financés par l'AME.

Le nombre de bénéficiaires de l'AME était de 380 762 en 2021, contre 208 974 en 2011, soit une augmentation de 82 % en dix ans. Dans ces conditions, il paraît nécessaire de remettre en cause la prise en charge de certains soins composant le panier de soins de l'AME (dentaire, obstétrique, gynécologie, optique, etc.). Il est absolument indispensable de réformer l'AME, dont la vocation et la destination ont été largement dévoyées, afin de revenir à la philosophie d'origine de cette aide 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.

En 2021, dans sa note d'analyse d'exécution budgétaire et ses observations définitives au sujet de cette mission *Santé*, la Cour des comptes alertait déjà sur l'augmentation exponentielle de l'aide médicale de l'État. En outre, si l'un des objectifs affichés dans les documents budgétaires est la délivrance de l'AME de manière adéquate et l'existence des contrôles associés, **la dimension de contrôle est largement insuffisante et aucune augmentation des contrôles n'est prévue.** En effet, le pourcentage des dossiers d'AME contrôlés n'est que de 14 % en 2021 et la cible pour 2025 est un maintien à 14 %, ce qui correspond à une stagnation de la part des dossiers contrôlés.

Les crédits alloués à l'action 03 relative au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ne varient pas, correspondant à une stabilisation des demandes.

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

CRÉDITS DE PAIEMENT DU PROGRAMME 379, CRÉÉ EN PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2023

(en euros)

Numéro et intitulé du programme ou de l'action	LFI 2022 crédits de paiement	PLF 2023 crédits de paiement	Évolution LFI 2022 / PLF 2023 (en %)
379 – Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement 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)	/	1 930 400 000	/
01 – Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers	/	0	/
02 – Sécur investissement du PNRR	/	1 930 400 000	/

Source : *Projet annuel de performances pour 2023 de la mission Santé.*

L'insertion d'un nouveau programme de manière artificielle au sein de la mission *Santé* nuit à la lisibilité de l'évolution des crédits réellement dédiés à la santé dans le budget de l'État.

Il vise les objectifs suivants :

- le remboursement à l'assurance maladie, par un transfert de crédits, du coût des dons de vaccins à des pays étrangers, réalisés dans le cadre du programme Covax ⁽¹⁾, qui doivent être pris en charge par le budget de l'État et non par le budget de la sécurité sociale ;

- le reversement des recettes obtenues dans le cadre du plan européen de Facilité pour la reprise et résilience (FRR). Ces recettes correspondent à des fonds européens versés conditionnellement à l'atteinte d'objectifs contenus dans le plan de relance français, dénommé « plan national de relance et de résilience (PNRR) », qui s'inscrit dans la stratégie de relance européenne post-covid.

IV. AVIS DU RAPPORTEUR SUR LES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ

En somme, le rapporteur a le regret de constater que l'évolution des crédits dédiés à la santé ne correspond pas aux priorités de terrain. Il donne un **avis défavorable** sur l'adoption des crédits de la mission *Santé* au sein du projet de loi de finances pour 2023.

(1) Covax est un programme issu de la Gav collaboration entre l'alliance Gavi, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en vue de la lutte contre le virus de la covid-19.

SECONDE PARTIE : LES EFFORTS POUR L'ACCÈS AUX SOINS EN ZONES SOUS-DENSES DOIVENT ÊTRE REDOUBLÉS

I. DONNÉES CHIFFRÉES CONCERNANT LA SOUS-DENSITÉ MÉDICALE ET LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS

A. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE SUR LES TERRITOIRES

La France métropolitaine compte en moyenne **87,6 médecins pour 100 000 habitants**. Cette densité médicale varie en fonction des territoires : on dénombre 114,3 médecins pour 100 000 habitants dans le Bas-Rhin et 63,9 dans les Ardennes ⁽¹⁾. Le vieillissement des médecins est un élément à prendre en compte puisque **50 % des médecins ont actuellement plus de 60 ans et partent à la retraite en moyenne à 68 ans**. L'évolution négative de la densité de médecins au cours des décennies 2010 et 2020 **contraste avec le dynamisme du nombre d'auxiliaires médicaux**, notamment des infirmiers, kinésithérapeutes et orthophonistes. Il est à noter que l'attractivité des professions paramédicales et des métiers d'auxiliaires médicaux s'est accrue malgré la régulation de leur installation.

La densité médicale standardisée, qui tient compte du vieillissement de la population, est en baisse depuis le début des années 2010. Elle atteindra son point le plus bas à la fin de la décennie actuelle, et devrait retrouver en 2040 son niveau du début des années 2010. Les projections de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) font état d'un manque de médecins par rapport à des besoins en hausse en raison du vieillissement de la population, jusqu'à environ 2035. Toutefois, **le rapporteur estime que les outils de prospective restent insuffisants, et doivent être développés afin d'apporter davantage de visibilité**. Les projections pourraient être plus souvent actualisées et croiser les projections démographiques des différentes professions de santé. C'était déjà le constat réalisé par la Cour des comptes en 2017 et celui-ci est plus que jamais d'actualité.

Le nombre de médecins présents sur un territoire ne préjuge pas de leur disponibilité et de la distance qui sépare les patients des médecins disponibles. Selon la direction de la sécurité sociale, **environ 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant, et pourtant 10 % d'entre eux souffrent d'une affection de longue durée (ALD) nécessitant un suivi régulier**.

(1) Agence régionale de santé Grand Est, STATISS 2020 – Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2021.

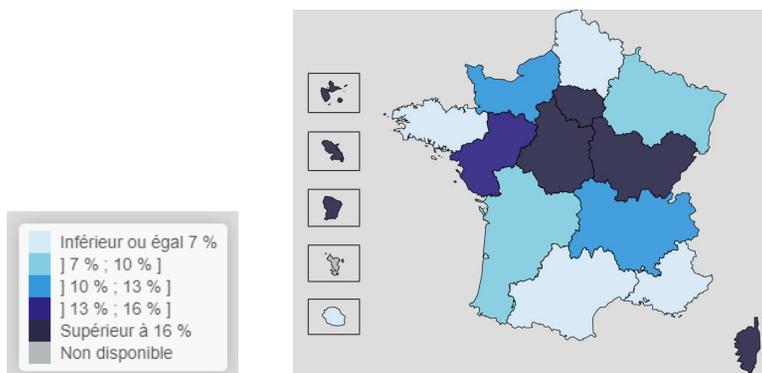
B. L'ACCESSIBILITÉ DES CONSULTATIONS POUR LES CITOYENS

1. Une accessibilité des consultations bien trop faible dans certains territoires

Au sens de la Drees, un territoire est considéré comme une zone sous-dense si son accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes, mesurée en nombre de consultations accessibles par an et par habitant, est inférieure ou égale à 2,5 consultations alors que la moyenne nationale s'établit à 3,9. L'accessibilité d'une consultation s'entend par la possibilité de s'y rendre en moins de vingt minutes en voiture et comprend donc la présence de médecins dans les communes environnantes.

Sur cette base, la Drees a pu établir qu'en 2019, environ 11,6 % de la population française vivait dans des territoires sous-dotés. Cette part était de 8,6 % en 2015 ⁽¹⁾.

ACCESSIBILITÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES INFÉRIEURE À 2,5 CONSULTATIONS PAR AN ET PAR HABITANT



Source : CNAM, SNIIR-AM, ; Insee, populations municipales ; distancier Metric ; calculs Drees.

Certains territoires se trouvent bien en deçà de ce seuil, à l'instar des dix communes autour desquelles se trouvent les « territoires vie-santé » les moins bien dotés de France métropolitaine et des six communes les moins bien dotées outre-mer. Si les départements ruraux restent très touchés par la sous-densité médicale, les départements d'Île-de-France et limitrophes de cette région figurent parmi les zones les moins bien dotées.

(1) Drees, *Études et résultats*, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population, février 2020.

BASSINS DE VIE PRÉSENTANT LE NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR AN ET PAR HABITANT LE PLUS BAS

Territoire de vie-santé (TVS)	Départements	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes en nombre de consultations par an et par habitant
Métropole		
Montesson	Yvelines	1,571
Chaumont-en-Vexin	Oise	1,56
Thoiry	Yvelines	1,547
Montrevault-sur-Èvre	Maine-et-Loire	1,543
Carrières-sur-Seine	Yvelines	1,527
Les Aix-d'Angillon	Cher	1,495
Imphy	Nièvre	1,492
Houilles	Yvelines	1,464
Les Clayes-sous-Bois	Yvelines	1,41
Prémery	Nièvre	1,345
Outre-mer		
Le Morne-Vert	Martinique	1,471
Mana	Guyane	1,305
Montsinéry-Tonnegrande	Guyane	0,609
Roura	Guyane	0,545
Apatou	Guyane	0,468
Awala-Yalimapo	Guyane	0,87

Source : commission des affaires sociales, sur la base des données publiques mises à disposition par la Drees, données 2019 (cartographie par territoire vie-santé et par commune de l'accessibilité potentielle localisée).

2. Des inégalités à l'intérieur des territoires insuffisamment prises en compte

L'indicateur de sous-densité, fixé à un seuil de 2,5 consultations par an et par habitant au niveau d'un territoire, n'est pas toujours adapté pour mesurer l'éloignement des populations des zones rurales par rapport aux services de santé. En effet, un territoire peut ne pas être considéré comme sous-dense, mais comprendre malgré cela des communes où le nombre de consultations accessibles est extrêmement faible et bien au-dessous de ce seuil. **Les inégalités à l'échelle d'un territoire peinent encore à être mesurées.**

Ci-dessous est pris l'exemple du territoire vie-santé de Langres en Haute-Marne, qui se trouve *a priori* au-dessus du seuil de sous-densité médicale, mais compte en réalité de nombreuses communes dont l'accessibilité aux médecins généralistes est inférieure à 1 consultation par an et par habitant. **Ce type de situation doit être davantage considéré dans la détermination des politiques d'organisation des soins.**

**INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS AU SEIN D'UN TERRITOIRE VIE-SANTÉ DONNÉ :
L'EXEMPLE DE LANGRES**

	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes en nombre de consultations par an et par habitant
Moyenne nationale (France hors Mayotte)	3,9
Seuil de sous-densité médicale	2,5
Territoire ou commune	
Territoire de Langres	2,89
Commune de Langres	4,04
Communes du territoire vie-santé de Langres dont l'APL médecins généralistes est inférieur à 1	
Commune d'Isômes	0,98
Commune de Faverolles	0,9
Commune d'Andilly-en-Bassigny	0,9
Commune de Celles-en-Bassigny	0,9
Commune de Cusey	0,88
Commune de Saint-Broingt-les-Fosses	0,75
Commune de Dommarien	0,65
Commune d'Aujeurres	0,62
Commune de Villiers-les-Aprey	0,62
Commune de Leuchey	0,57
Commune de Vesvres-sous-Chalancey	0,57
Commune de Choilley-Dardeney	0,42
Commune du Val-d'Esnoms	0,42
Commune de Voisines	0,4

Source : commission des affaires sociales, sur la base des données publiques mises à disposition par la Drees, données 2019 (cartographie par territoire vie-santé et par commune de l'accessibilité potentielle localisée).

**II. MÉTROPOLISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES SUR
L'ACCÈS AUX SOINS EN ZONES SOUS-DENSES**

**A. LES HABITANTS DES ZONES RURALES ET PÉRIURBAINES VICTIMES
DE L'ÉLOIGNEMENT DES SERVICES DE SOINS**

1. Les obstacles à l'accès aux soins et leurs conséquences sur la santé

Selon la Fédération nationale des établissements de santé de proximité (FNESP), les trois quarts des Français qui connaissent des difficultés d'accès aux professions de santé vivent dans les zones rurales.

Un des premiers obstacles à l'accès aux soins en dehors des métropoles est l'aspect coût-distance. Le coût d'accès à un professionnel de santé est plus élevé pour les habitants de territoires ruraux en raison du transport. La distance kilométrique nécessaire pour se rendre chez un soignant peut être élevée, et le moyen de locomotion le plus utilisé est la voiture. L'augmentation des prix de l'essence voire les difficultés à s'approvisionner en carburant, ainsi que la baisse du pouvoir d'achat rendent de plus en plus fréquentes les situations de personnes renonçant aux soins en raison d'une absence de véhicule disponible ou d'un trajet trop onéreux.

Le besoin de transport privé par voie terrestre représente ainsi une limite non négligeable. L'association Avenir santé sud Haute-Marne indique une distance kilométrique de 10 à 12 kilomètres pour aller consulter un médecin généraliste dans l'arrondissement du pays de Langres. Cet éloignement est aussi un frein pour les personnes souffrant de problèmes de mobilité et d'isolement, dont les personnes âgées.

Ces difficultés d'accès aux soins ont des répercussions sur l'état de santé à l'échelle des territoires. Selon une étude de l'ARS Grand Est, **l'espérance de vie à la naissance en 2019 est de 79,8 ans en France métropolitaine mais seulement de 79 ans dans le Grand Est** ⁽¹⁾. La disparition des infrastructures de dispense de soins de premier recours et des blocs opératoires dans les zones sous-denses ainsi que la centralisation des services médicaux dans les métropoles semblent compter parmi les facteurs les plus déterminants de ces différences ⁽²⁾.

Le rapporteur déplore une vision de l'organisation des services de santé trop éloignée des bassins de vie. Les stratégies de santé sont actuellement définies nationalement et régionalement, et de manière encore plus distante depuis le passage aux grandes régions. Une vision au niveau départemental et déclinée selon les besoins des bassins de vie pourrait se révéler bien plus adaptée au développement de projets répondant réellement aux nécessités locales. C'est dans cette perspective que l'Assemblée des départements de France a demandé à siéger davantage dans les instances décisionnaires des agences régionales de santé (ARS), afin de rehausser la représentativité des territoires.

2. Le renoncement aux soins et la perte de chance pour les habitants des zones sous-denses et les personnes les plus modestes

L'état de santé ne doit plus être déterminé en fonction des capacités de financement ou des possibilités de mobilité pour consulter un professionnel. Le rapporteur a à cœur de trouver des solutions pour rompre la corrélation entre manque de moyens et aggravation de l'état de santé, en limitant le renoncement aux soins. Selon les dernières données disponibles, **3,8 % de la population générale ayant eu besoin d'accéder à un médecin exprime avoir renoncé à consulter** ⁽³⁾.

Selon un rapport de la Drees de septembre 2022, « *dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées* » ⁽⁴⁾. S'il n'est pas surprenant, le constat est alarmant. La Drees estime que, pour les personnes les plus modestes, le renoncement aux soins est davantage expliqué par le manque de moyens financiers et que **le fait de se trouver dans une zone à faible densité médicale consiste en un facteur aggravant**. Les personnes à faibles moyens consultent ainsi moins les médecins généralistes pour

(1) Agence régionale de santé Grand Est, STATISS 2020 – Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2021.

(2) Association des maires ruraux de France (AMRF), Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ?, septembre 2021.

(3) Drees, *Études et résultats*, Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, juillet 2021.

(4) Drees, *Les dossiers de la Drees*, L'état de santé de la population en France, septembre 2022.

les soins de prévention et les soins de base, et se tournent directement vers le milieu hospitalier lorsque la situation d'urgence se présente. Toutefois, même lorsque la consultation s'impose, la « peur du médecin » est beaucoup plus répandue chez les personnes aux revenus modestes, ce qui constitue un autre facteur de renoncement aux soins, cette fois non liée aux moyens financiers au sens strict mais à l'environnement de vie.

Le constat est sans appel : un plus important renoncement aux soins pour les personnes en situation de pauvreté.

	Multiplication du risque de renoncement aux soins
Niveau de vie situé sous le seuil de pauvreté monétaire*	1,6
Pauvreté en conditions de vie**	3,2

Source : Drees, *L'état de santé de la population en France, septembre 2022*.

Indicateurs de pauvreté selon l'Insee :

* La pauvreté monétaire correspond à un seuil fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population ;

** La pauvreté en conditions de vie correspond à une proportion de ménages qui déclarent au moins huit restrictions matérielles parmi une liste de vingt-sept difficultés, regroupées en quatre grandes dimensions : insuffisance de ressources, retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés de logement.

Dès lors, les conséquences du renoncement aux soins plus répandu chez les personnes les plus pauvres doivent être analysées. Des faits saillants, imputables à la fois à la proximité géographique des établissements de soins et aux problèmes de financement et d'éducation à la santé, sont particulièrement parlants. **L'accès aux soins nécessaires en cas d'accident vasculaire cérébral est moindre pour les personnes modestes, et leur perte de chance en comparaison des plus aisés est plus élevée dans les départements faiblement équipés pour ces interventions** ⁽¹⁾. Autrement dit, il est plus probable pour une personne modeste de décéder d'une cause traitable que pour une personne aisée, et ce d'autant plus si elle vit dans une zone éloignée des métropoles. La Drees fait également état d'un renoncement aux soins plus important pour les personnes âgées, qui ont pourtant besoin de davantage d'attention médicale.

De plus, **les maladies chroniques**, dont les besoins de suivi sont renforcés, **concernent particulièrement les publics les plus fragiles financièrement**. En effet, les 10 % des personnes au niveau vie le plus bas sont davantage exposés au risque de contracter des pathologies chroniques par rapport aux 10 % des personnes au niveau de vie le plus élevé.

	Multiplication du risque de contracter cette pathologie
Diabète	2,8
Maladie du foie ou du pancréas	2,2
Maladie psychiatrique	2
Maladie neurologique ou dégénérative	1,5
Maladie cardiovasculaire	1,4

Source : Drees, *Études et résultats*, Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie, octobre 2022.

(1) Drees, *Les dossiers de la Drees*, L'état de santé de la population en France, septembre 2022.

Les conséquences du renoncement aux soins sont si importantes qu'il est essentiel d'aller plus loin dans la compréhension de ce mécanisme. Or, lors de ses travaux, **le rapporteur a eu des difficultés à avoir accès à des chiffres circonstanciés concernant le renoncement aux soins**. Si des constats chiffrés généraux existent, **les causes profondes du renoncement restent insuffisamment investiguées**.

Selon l'étude principale sur le renoncement aux soins, 39 % des personnes concernées déclarent avoir renoncé aux soins car elles ont préféré attendre. En revanche, parmi les personnes pauvres en conditions de vie, le premier motif de renoncement est le manque de moyens, à 56 % ⁽¹⁾. Toutefois, il n'est pas précisé pour quel motif elles ont préféré attendre : délai d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous, coût du transport, distance élevée pour accéder à un médecin... Enfin, il n'existe pas de données sur l'évolution du renoncement aux soins depuis 2019, c'est-à-dire avant la crise sanitaire, car les données de l'année 2020 sont difficiles à exploiter et retardent le processus d'élaboration statistique sur les données sanitaires.

3. La télémédecine, un outil peu adapté au milieu rural

La télémédecine représente une solution à ne pas négliger. Toutefois, il est nécessaire de rester prudent quant à son objet. Des limitations existent ⁽²⁾, comme l'interdiction pour un praticien de pratiquer plus de 20 % de son activité en téléconsultation. Cette réglementation a été mise en place dans une démarche de maîtrise de la téléconsultation, et notamment du suivi de l'activité des plateformes et de la traçabilité de la décision médicale. **Les actes réalisés à distance ne sont appropriés que pour une partie des motifs de consultation**. Les lieux de téléconsultation peuvent aussi être encadrés, à l'image des relais paramédicaux dans les territoires où un professionnel de santé, comme un infirmier ou un pharmacien, peut aider les personnes à s'installer dans une cabine de télémédecine et à effectuer la consultation.

Plusieurs limites se posent au développement de la téléconsultation dans les zones rurales. D'abord, les zones dites de « déserts médicaux » sont encore bien souvent également des espaces de « désert numérique » ou « zones blanches ». L'accès à un médecin depuis un ordinateur n'est alors pas forcément chose aisée, et l'est encore moins si l'on prend en compte des difficultés de connexion encore plus grandes pour les personnes âgées. Pour cette partie de la population, **le lien humain avec un professionnel de santé est primordial, et peut représenter un des seuls contacts entretenus régulièrement par une personne âgée**. Dès lors, le rapporteur estime que la télémédecine peut être une **solution de court terme à mettre en place pour faire face à l'accroissement de la demande, mais que ce recours doit rester encadré**. En tout état de cause, l'accès à une téléconsultation ne peut pas être considéré de qualité égale à l'accès à un médecin de chair et d'os.

(1) Drees, calculs sur la base du SRCV 2017 de l'Insee.

(2) Avenant n° 9 entre l'assurance maladie et les médecins libéraux signé en 2021.

B. LES DÉTERMINANTS DE L'INSTALLATION

1. Les aides financières à l'installation

Les acteurs auditionnés s'accordent sur le fait que **les aides financières sont nécessaires mais non suffisantes pour provoquer l'installation d'un médecin n'ayant aucun lien avec un territoire donné**. Plus encore, les aides fiscales ou financières ne paraissent plus être un déterminant essentiel, si l'on considère que 48 % des internes déclarent que les aides financières ne déterminent que peu ou partiellement leur lieu d'installation⁽¹⁾. En tout état de cause, les incitations financières n'ont pas vocation à être supprimées ni même réduites, mais elles doivent faire l'objet d'une meilleure lisibilité afin d'être davantage connues des publics concernés. Un guichet unique pour les aides à l'installation permettrait aux futurs médecins d'obtenir des réponses adaptées à leur projet, concernant les soutiens financiers mais également les autres aides matérielles, logistiques ou d'accompagnement professionnel et humain qui peuvent être déployés sur un territoire donné.

De plus, certains outils, comme le « contrat début d'exercice » en place depuis 2021 qui a permis de rassembler plusieurs aides à l'installation à l'attention des jeunes médecins s'installant en zone sous-dense, devront prochainement faire l'objet d'une évaluation détaillée afin de tirer le bilan de leur efficacité.

2. Le lien avec la zone d'installation

Évoqué par 60 % des étudiants, le premier critère pour le choix du lieu d'installation est la proximité familiale⁽²⁾. Parallèlement, selon la Drees, le facteur le plus déterminant de l'installation en zone sous-dense est le fait d'y avoir grandi ou étudié. Or, les études de médecine sont plus fréquentées par les personnes issues de classes sociologiques supérieures et de milieu urbain. Ces éléments sont explicatifs de la moindre proportion des jeunes diplômés souhaitant s'installer en zone rurale.

Il conviendra d'être attentif aux premières évaluations de la réforme des études de médecine et notamment du passage de la PACES (première année commune aux études de santé) au PASS et à la LAS (parcours d'accès spécifique santé et licence accès santé). L'un des objectifs de la réforme était la diversification des profils des étudiants en médecine dans une optique de démocratisation et d'ouverture aux lycéens issus de classes sociologiques moins favorisées et de l'ensemble du territoire.

(1) ANEMF, ISNI, ISNAR-IMG, REAGJIR, SNJMG, 2019, *Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés*.

(2) Ibid.

3. L'attractivité du territoire sur le plan de l'organisation médicale

L'attractivité recouvre plusieurs réalités pour un territoire.

a. Attractivité globale du territoire

Les médecins n'échappent pas à la recherche d'attractivité globale des territoires où ils s'installent. Si la crise sanitaire a pu modifier certaines aspirations et concrétiser l'installation de citoyens en dehors des métropoles, la démographie française reste organisée autour des grandes villes. Des flux de migration ont été constatés suite à la pandémie, mais ces derniers ne sont pas aussi massifs qu'attendus et leurs effets ne pourront être perçus dans la population médicale qu'avec un décalage temporel par rapport au reste de la population, compte tenu de la durée des études de médecine. Les territoires attractifs au sens large pour l'installation des personnes qui peuvent choisir leur lieu d'exercice restent les métropoles, les zones situées autour des grandes villes et le littoral ⁽¹⁾.

Le second critère le plus déterminant de l'installation est la présence de services publics ⁽²⁾. Elle est citée par 57 % des internes ; 22 % mentionnent la présence d'équipements sportifs ou culturels et 20 % celle d'une connectique satisfaisante. Les jeunes médecins n'aspirent généralement pas à représenter le dernier service public présent sur un territoire.

b. Attractivité au regard de l'organisation médicale

L'attractivité pour un médecin cherchant à s'installer doit également être comprise comme la possibilité d'avoir à disposition des instruments performants pour un exercice de la médecine dans des conditions satisfaisantes. Il s'agit là de la proximité géographique de confrères, de la présence de services comme la biologie, l'imagerie et la pharmacie, et d'infrastructures permettant une prise en charge des patients adaptée comme des hôpitaux de proximité. Ces éléments rassurent les praticiens et permettent de croiser les regards médicaux pour une prise de décision commune lorsque c'est nécessaire.

Certains territoires peuvent également être rendus attractifs par leur spécialisation dans la prise en charge de certaines pathologies ou le développement de la recherche en santé dans certaines spécialités.

4. L'ouverture du *numerus*, un outil toujours efficace dans une optique territorialisée

a. La réforme de la première année de médecine

La définition du nombre de personnes pouvant entrer en deuxième année de médecine a été modifiée par la réforme du premier cycle de médecine dans le cadre

(1) Popsu Territoires, *Exode urbain ? Petits flux, grands effets : les mobilités résidentielles à l'ère (post-)covid*, 2022.

(2) ANEMF, ISNI, ISNAR-IMG, REAGJIR, SNJMG, 2019, *Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés*.

du plan « Ma santé 2022 ». Le *numerus clausus* a été remplacé par un *numerus apertus*, dont les effectifs doivent évoluer en fonction d'objectifs pluriannuels et réévalués au niveau local pour correspondre aux besoins régionaux. Le nombre de places reste toutefois limité même s'il ne correspond plus à un concours sous sa précédente forme.

**NOMBRE DE PLACES PAR RÉGION POUR LA FILIÈRE MÉDECINE DANS LE CADRE DU
*NUMERUS APERTUS***

Région	Objectif pluriannuel 2021-2025
Auvergne-Rhône-Alpes	7 830
Bourgogne-Franche-Comté	2 440
Bretagne	2 380
Centre-Val de Loire	1 500
Corse	195
Grand Est	4 205
Hauts-de-France	4 430
Île-de-France	10610
Normandie	2 390
Nouvelle Aquitaine	3 915
Occitanie	3 670
Pays-de-la-Loire	2 380
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 610
Outre-mer	2 025
Total	51 505

Source : commission des affaires sociales sur la base de l'arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.

Toutefois, selon les étudiants en médecine et notamment le collectif Pass-Lass, cette réforme a mené à une désorganisation des études de médecine et à une répartition inadaptée des étudiants dans les filières autres que la médecine – comme la maïeutique et la pharmacie – où de nombreuses places restent vacantes. La diversification des apprentissages en première année mènerait aussi à une moindre assimilation des connaissances fondamentales en médecine.

Enfin, de nombreuses personnes auditionnées ont soulevé le sujet du temps de travail d'un jeune médecin, jugé plus faible que celui d'un médecin proche de l'âge de la retraite. Ces éléments sont caractéristiques de l'évolution générale de la société et de la volonté d'opérer une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. Ils doivent être pris en compte dans la détermination du nombre d'étudiants pouvant continuer leur cycle de médecine. Un nouveau médecin ne pouvant absorber la patientèle d'un médecin partant à la retraite, les effectifs doivent être considérés proportionnellement à la charge de travail effectivement réalisée par les nouvelles générations de médecins.

b. Un manque de lieux de stage dans les territoires

Les capacités d'accueil et le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés après leur formation sont actuellement déterminés en fonction du nombre d'étudiants pouvant être accueillis dans les centres hospitaliers

universitaires (CHU). Si les CHU resteront des lieux essentiels de la formation des étudiants se destinant aux professions soignantes, les lieux d'apprentissage, de stage et de première affectation doivent être diversifiés afin de prendre davantage en compte les besoins des zones rurales. **Le rapporteur souhaiterait encourager le passage d'une vision centrée autour des centres hospitaliers universitaires à une vision « démétropolisée »** prenant en compte les besoins de l'ensemble des bassins de vie d'une zone géographique, et non seulement ceux du voisinage immédiat d'une métropole.

Les organisations étudiantes déplorent un manque de prospective sur les capacités de formation. En effet, **l'augmentation du nombre d'étudiants induite par l'ouverture du *numerus* n'est pas suivie d'une augmentation suffisante du nombre de formateurs et de maîtres de stage.** La demande consiste en l'ouverture de places de stages, y compris dans les territoires ruraux. Pour cela, il est nécessaire que l'écosystème universitaire travaille de concert avec les localités ainsi qu'avec les organisations de soignants implantés dans les zones à forts besoins. **Le temps passé en « médecine de périphérie » pendant la formation doit être allongé afin de diversifier les perspectives d'installation future.** Toutefois, cette diversification ne pourra fonctionner que si l'organisation pédagogique évolue dans le sens de davantage de fluidité, permettant par exemple aux étudiants en stage loin du lieu de cours de suivre les cours à distance pendant cette période. Tous les moyens sont aujourd'hui à disposition des universités pour rendre ce type d'aménagements possibles.

III. SOLUTIONS VISANT À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS EN ZONES SOUS-DENSES

Les auditions menées ont permis au rapporteur de dégager des lignes de consensus sur les solutions à adopter pour contribuer à résoudre la crise de sous-densité médicale. Certaines solutions sont préconisées de longue date et d'autres méritent une attention nouvelle.

A. LES PISTES DE COURT TERME

1. Agir contre l'éloignement des formations par rapport aux territoires

a. L'introduction de stages plus systématiques dans les territoires sous-dotés

Le rapporteur souhaite partager la nécessité de rapprocher la formation des territoires. L'un des moyens concrets d'y parvenir est de créer des liens entre les étudiants et le corps médical en zone sous-dense au cours de la formation. La découverte d'un nouveau milieu et l'augmentation des périodes de pratique peut également représenter un apport d'oxygène dans la formation exigeante de médecine.

i. L'ajout d'une quatrième année d'internat pour la médecine générale

Comprise dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, la mesure consistant en **l'ajout d'une quatrième année d'internat en médecine générale est-elle une solution pertinente ?** Cette mesure présenterait l'avantage d'insérer davantage de pratique dans une formation qui en manque, et d'introduire des stages dans les zones de désertification médicale. En revanche, l'orientation obligatoire d'étudiants vers la pratique en zones sous-denses lors de la dernière d'études semble difficile à mettre en œuvre dans les faits. La quatrième année d'internat correspond à un moment de vie où de nombreux déterminants personnels sont déjà en place. Ainsi, selon les représentants d'étudiants, 6 % des internes sont-ils parents. Dès lors, les contraintes familiales peuvent peser sur la capacité à être mobile à la fin des études, contrairement aux étudiants de premier cycle.

L'ajout de stages en fin de cursus donc doit être associé au développement de stages en dehors des métropoles plus tôt dans le parcours universitaire. Les organisations représentatives d'étudiants de la 1^{ère} à la 6^{ème} année entendues par le rapporteur ont exprimé l'aspiration des étudiants à réaliser des stages en zones rurales.

ii. Trouver des maîtres de stage en zones sous-denses

Le développement des stages en zones sous-denses implique de trouver des maîtres de stage en capacité d'accompagner les étudiants pour des stages plus ou moins longs. Les universités et les organisations de médecin doivent travailler ensemble pour parvenir à cet objectif. **Des mesures pourraient être mises en œuvre afin de valoriser la transmission et ainsi inciter les médecins en exercice à contribuer à la formation de la nouvelle génération.**

L'augmentation du nombre de maîtres de stage dans les zones sous-médicalisées sera avantageuse pour les étudiants si elle est associée à une augmentation de leur autonomie professionnelle et à une diversification de leur formation. Cette envie semble bien présente parmi la communauté étudiante, puisque les organisations représentatives d'étudiants de la première à la sixième année entendues par le rapporteur ont exprimé l'aspiration des étudiants à réaliser des stages en zones rurales.

iii. Donner les moyens aux étudiants de se déplacer

L'orientation vers des lieux plus éloignés des métropoles ne peut en outre être réalisée sans prévoir des moyens pour indemniser le transport et le logement à hauteur du coût réel pour les étudiants. Le soutien matériel à la mobilité étudiante doit également être développé. Actuellement, une aide forfaitaire de 130 euros par mois peut être versée aux étudiants qui effectuent leur stage à plus de 15 kilomètres de leur CHU de référence ou de leur domicile. Les étudiants dénoncent l'insuffisance de cette mesure, qui ne parvient pas à lever les freins économiques que représentent le transport et l'hébergement nécessités par un lieu de stage plus éloigné de la ville d'études. **Le montant de cette aide pourrait être**

revalorisé, et augmenté si l'étudiant choisit une zone de stage à forts besoins.

En parallèle, des facilités d'hébergement peuvent être prévues par les collectivités et faire la différence dans le choix d'un lieu de stage. Ces pistes ont été identifiées par l'Association des maires ruraux de France (AMRF) qui a retenu quatre propositions issues de longues discussions entre 35 acteurs, parmi lesquelles l'augmentation des moyens pour les étudiants se déplaçant pour des stages dans les zones très peu dotées.

Un système d'incitation pourrait être également envisagé consistant à permettre une meilleure indemnisation des stagiaires se portant volontaires pour effectuer une partie de leurs stages dans les localités à forts besoins. Cet élément pourrait contribuer à faire découvrir de nouvelles perspectives d'installation aux jeunes étudiants, et à améliorer leur niveau de vie, ce qui irait dans le sens de la diversification des profils entreprenant des études de médecine.

b. Autres mesures concrètes

- i. Encourager les lycéens des zones à fort besoin à suivre des études de médecine

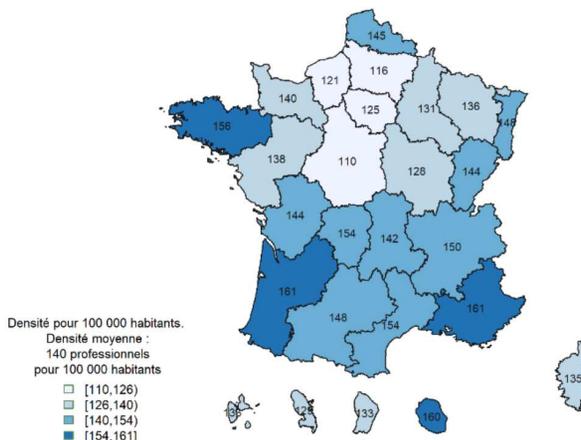
Certaines initiatives existent afin de promouvoir les études de médecine dans des lycées de villes moyennes et petites, et celles-ci doivent être généralisées. Le conseil régional des Hauts-de-France a par exemple mis en place un système de soutien aux lycéens souhaitant poursuivre dans la voie médicale, d'une part par une valorisation des études médicales dans les établissements d'enseignement secondaire et d'autre part par des aides financières pour les étudiants boursiers. En effet, il paraît essentiel de diffuser une information complète et incitatrice aux lycéens potentiellement intéressés par les études de médecine et qui auraient tendance à s'autocensurer. Dans cette veine, les « cordées de la réussite » permettent des interventions auprès des élèves des lycées ruraux ou de petites villes par des étudiants en santé, dans l'optique de **lever le frein sociologique et géographique vers les formations supérieures en santé.**

- ii. Installer de nouveaux lieux de formation au plus proche des besoins

Une des grandes zones géographiques les plus touchées par le manque de médecins est celle allant du Sud de l'Île-de-France au centre de la France. Or, il est possible de relier cette pénurie à l'absence de faculté de médecine dans l'ensemble de cet espace. En effet, Tours y était jusqu'à très récemment la seule ville où le suivi d'études de médecine était envisageable. L'apprentissage de la médecine n'est pas possible dans des villes comme Auxerre ou Bourges, et ne l'était pas à Orléans avant la rentrée 2022. **L'implantation de centres d'apprentissage dans des villes moyennes, et particulièrement dans des régions très concernées par la sous-densité médicale, semble un moyen accessible pour espérer l'installation des futurs médecins** qui seront formés dans ces lieux.

La carte de France de la densité médicale correspond peu ou prou à celle de l'implantation des centres de formation en médecine.

DENSITÉS RÉGIONALES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN 2021, VENTILATION EN FONCTION DES ANCIENNES RÉGIONS ADMINISTRATIVES



Cette idée commence à se développer, si l'on considère l'existence d'une antenne de faculté de médecine délocalisée à Pau depuis 2017, ou l'ouverture d'un département de médecine par l'université d'Orléans en 2022.

- iii. Poursuivre le développement du tutorat gratuit afin que la réussite de la première année de médecine ne nécessite plus le recours à une préparation privée onéreuse

Le développement du tutorat gratuit vise à briser le frein économique et à permettre la réussite des étudiants issus de classes populaires. Les tutorats universitaires sont déjà bien développés dans certaines régions comme la Bretagne, mais manquent encore dans de nombreuses autres régions. Ainsi, selon l'association nationale des étudiants en médecine en France (ANEMF), environ 10 % des étudiants en médecine de l'université de Brest continuent-ils à suivre une préparation privée lors de la première année, contre environ 70 % en Île-de-France. **Ces ruptures d'égalité régionales doivent cesser, et tous les étudiants en médecine du territoire national doivent disposer des mêmes chances de réussite indépendamment des critères économiques et de leur milieu d'origine.**

Ces initiatives contribuent aussi à lutter contre l'extrême compétitivité des études médicales qui se répercute sur l'état de santé des étudiants en médecine, parmi lesquels on estime que 75 % souffrent d'un syndrome anxieux en 2021 contre 62 % en 2017 ⁽¹⁾.

(1) Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale, Association nationale des étudiants en médecine de France et Intersyndicale nationale des internes, Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : la santé mentale des futurs médecins en danger !, *Enquête 2021*.

iv. Poursuivre la libération de temps médical

Un point de consensus consiste à poursuivre la délégation de certaines tâches auparavant accomplies uniquement par les médecins afin de libérer du temps pour les tâches qu’eux seuls sont en capacité d’accomplir. Ce mouvement participe à l’amélioration de l’accès aux soins de premier recours. Pour cela, il convient de former davantage d’infirmiers en pratique avancée (IPA) et d’assistants médicaux. Il est aussi possible de se diriger vers la spécialisation des infirmiers ou d’autres praticiens dans la prise de certaines pathologies, à l’image de l’expérimentation Asalée (actions de santé libérale en équipe) consistant à laisser des infirmiers prendre en charge le suivi de patients diabétiques. La spécialisation d’un infirmier sur un type de patientèle permet d’accompagner le médecin dans la prise en charge des malades et de le soulager du nombre de consultations médicales pour cette pathologie.

En parallèle de la libération de temps pour les médecins, il serait possible de désengorger les files médicales en limitant le nombre d’ordonnances pour des actes basiques. Ainsi la nécessité d’une ordonnance pour réaliser un bilan de soins infirmiers pourrait-elle être revue. Certaines ordonnances pourraient aussi être délivrées par des infirmiers, des infirmiers en pratique avancée ou d’autres professionnels.

v. Faciliter le maintien en exercice des médecins ayant atteint l’âge de la retraite

Les médecins retraités peuvent cumuler leur pension de retraite et des revenus issus d’une activité libérale. **Il convient de poursuivre les mesures d’exonération mises en place pendant la crise de la covid-19, qui dispensaient de cotisations retraite les médecins retraités** effectuant des remplacements. Les autres médecins retraités continuent cependant à régler des cotisations aux caisses de retraite sans que cela n’ouvre aucun droit supplémentaire pour leur pension.

vi. Améliorer les conditions des déplacements des praticiens

Le vieillissement de la population rendra de plus en plus nécessaire les déplacements de professionnels de santé au domicile des patients, et ce particulièrement dans les zones où les personnes âgées disposent de moins de mobilité. **Une des problématiques relevées par les praticiens auditionnés est celle du stationnement de leur véhicule lors des consultations à domicile.** Ainsi, selon le syndicat des masseurs-kinésithérapeutes, environ 25 % des praticiens sont-ils dérangés par des problèmes de stationnement, et il s’agit d’une problématique commune à plusieurs professions de santé.

Aujourd’hui, quelques mesures sont prises au niveau local pour une plus grande flexibilité ou une gratuité des stationnements pour les professionnels de santé. Pourtant, ces initiatives restent minoritaires bien qu’elles contribuent grandement à soulager l’exercice quotidien de ces soignants. Il conviendrait de généraliser la tolérance du stationnement dérogatoire des professionnels de santé afin de faciliter l’accès aux patients. Si aucune mesure n’est prise, des

professionnels continueront de renoncer à effectuer des déplacements alors que des mesures de bon sens suffiraient à encourager le maintien de ce type de consultations nécessaires à de nombreux patients.

B. LES PISTES DE MOYEN À LONG TERME

1. Incitation, contrainte ou coercition ?

La question est de savoir si l'incitation peut encore suffire à endiguer les difficultés d'accès aux professionnels de santé : la liberté d'installation fait-elle partie de celles qui pourraient se voir restreintes au nom de l'intérêt général ? La situation d'urgence est-elle telle que le temps de la contrainte est venu, malgré l'absence de consensus de la profession médicale ? La coercition est perçue par les étudiants en médecine et par les praticiens comme une atteinte à la liberté d'installation. Pourtant, cette liberté d'installation des médecins entre désormais en conflit avec le droit des citoyens d'avoir accès aux soins.

La logique d'incitation ayant été jusqu'ici insuffisante, de nouvelles mesures doivent être prises pour la pousser à son paroxysme, avant d'introduire une dose de contrainte pour une meilleure répartition des praticiens sur le territoire. Si des contraintes devaient s'imposer au vu de la gravité de la situation, celles-ci devraient être mises en œuvre dans le respect des professions médicales. Dans cette optique, plusieurs solutions sont à étudier.

a. Un préavis conditionnant le départ d'un médecin d'une zone sous-dense

L'idée d'un préavis imposé aux médecins souhaitant quitter un territoire sous-doté, développée dans plusieurs travaux parlementaires dont la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale ⁽¹⁾, est une piste méritant une attention particulière. En effet, un départ précipité peut nuire au suivi des patients, de surcroît lorsqu'ils sont atteints de maladies chroniques. Le dépôt d'un préavis de quelques mois à un an permettrait l'identification d'un bassin de vie comme prioritaire pour recevoir de nouveaux médecins, évitant un temps de latence entre le départ d'un professionnel et l'arrivée de son successeur.

b. Éviter une contrainte d'installation en exercice isolé

Une contrainte d'installation en exercice isolé semble difficile à mettre en place étant donné le besoin d'exercice coordonné de plus en plus grand pour les médecins. C'est pourquoi il conviendrait d'éviter l'obligation d'installation dans des localités où ne sont pour l'instant installés aucun médecin. Une orientation des médecins vers une installation dans un bassin de vie ou dans un rayon kilométrique raisonnable autour d'une ville permettrait de prévenir un isolement trop grand et contre-productif des nouveaux installés.

(1) Assemblée nationale, proposition de loi n° 166 de M. Thierry Benoit et de plusieurs de ses collègues visant à lutter contre la désertification médicale, 25 juillet 2022.

c. La possibilité d'une contrainte d'installation temporaire

Les représentants des professionnels de santé et des étudiants en médecine auditionnés ont exprimé leur crainte d'une généralisation et d'une pérennisation des contraintes pesant sur l'installation. **La garantie de la limitation dans le temps des contraintes d'installation**, d'une part limitée à quelques années par praticien, et d'autre part levée à l'atteinte d'un nombre raisonnable de médecins généralistes sur le territoire, **semble une solution intermédiaire devant être envisagée.**

La contrainte temporaire pour les jeunes médecins concernant leur lieu d'installation pourrait contribuer à couvrir la période de creux qui s'annonce pour les dix prochaines années en termes de démographie médicale en zones sous-denses. Les études de médecine étant longues et très largement financées par le système universitaire public, une contrepartie possible à la prise en charge publique de cette formation serait la contrainte temporaire d'installation en zone à forts besoins pendant un nombre d'années limité. **Ce type de contrainte bornée dans le temps pourrait éviter une coercition totale dans quelques années.** Cela correspond par exemple à la proposition de l'Association de citoyens contre les déserts médicaux (ACCDM) d'imposer un travail obligatoire de deux ans en zone sous-dense pour les diplômés de médecine.

d. Le conventionnement sélectif, un sujet qui doit être débattu

Le conventionnement sélectif n'emporte pas l'adhésion des représentants de médecins. Sont évoqués plusieurs dangers d'une telle mesure, comme le possible déconventionnement de médecins risquant de réduire l'accès aux soins et d'augmenter le reste à charge des patients, la baisse de l'attractivité médicale et le décalage de projets professionnels, certains diplômés pouvant choisir une autre activité moins contraignante que l'installation libérale en conventionnement sélectif.

Pourtant, ce sujet doit être abordé. Il mérite une véritable concertation et une prise de position du ministère de la santé, qui indique pour l'instant que toutes les options restent ouvertes et qui ne présente pas de préférence pour l'un ou l'autre mode de régulation.

2. Développer des lieux et des modes de pratique attractifs en territorialisant les réponses aux besoins de santé

a. Des lieux de pratique réconciliant la médecine de ville et l'hôpital

Afin d'améliorer le maillage des professionnels de santé sur un territoire, il est essentiel de réconcilier les deux pans de la médecine que sont la ville et l'hôpital, de les faire dialoguer et travailler ensemble. Le rapprochement des professionnels de santé apporte une diversité de services médicaux utile aux différents praticiens. Pourtant, les outils et structures d'exercice coordonné mis à disposition des professions médicales ne semblent pas nécessairement faciliter leur exercice.

Ainsi le **fonctionnement en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peine-t-il à s'imposer**. Celles-ci devaient favoriser les échanges entre les professionnels de santé d'un territoire ainsi que les liens entre médecine de ville et médecine hospitalière. Or, la couverture des CPTS sur le territoire aurait encore besoin de progresser, ce qui peut témoigner d'un trop grand éloignement par rapport aux pratiques effectives des médecins et ce qu'ils sont en capacité d'organiser.

Quant aux maisons médicales, les professionnels de santé indiquent qu'elles ne peuvent représenter un intérêt qu'à la condition de renfermer un équipement adapté apportant une plus-value par rapport à un exercice libéral classique. La présence de services supplémentaires sur place, comme la biologie ou l'imagerie, permet d'améliorer concrètement les outils à disposition des praticiens et l'accès aux soins des patients qui ont besoin d'examens complémentaires. Au contraire, si les maisons médicales représentent uniquement un « projet immobilier » ou si elles sont synonymes de lourdeurs administratives pour les praticiens, ces derniers ne s'y installent pas durablement.

Pourtant, **le rapprochement des professionnels de santé de leurs collègues représente une véritable aspiration**. La possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé est même le premier motif d'installation des médecins ⁽¹⁾. Une solution territoriale consiste à évaluer l'opportunité d'un plateau technique de soins unique afin notamment d'éviter la régulation des soins par les urgences.

L'existence d'un plateau disposant de moyens pour prodiguer les soins indispensables, et en capacité d'orienter vers d'autres lieux de soins en fonction des pathologies accueillies, est un atout majeur pour un territoire et un facteur d'attractivité pour les médecins. Un plateau technique ne signifie pas un hôpital unique, les patients qui nécessitent une hospitalisation pouvant être redirigés dans un second temps vers l'établissement le plus adapté.

Le rapporteur est convaincu de la nécessité d'adopter une logique territoriale pour l'accès aux soins, dont le critère principal serait la présence de services médicaux sur un « territoire vie-santé », et l'articulation de ces services entre les bassins de vie.

(1) Drees, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018-avril 2019.

Un exemple territorial : le cas de Rolampont

L'installation d'un plateau technique de soins unique à Rolampont fait débat en Haute-Marne depuis les années 1990. Cette localité bénéficie d'une situation géographique aux frontières de plusieurs bassins de vie et elle est située sur un nœud autoroutier permettant une liaison rapide depuis de nombreuses communes : on estime à environ 80 000 le nombre de personnes pouvant s'y rendre à moins de trente minutes en véhicule automobile. L'installation d'un plateau technique à Rolampont permettrait l'irrigation de la population en tous types de soins et une plus grande attractivité pour les professions médicales par rapport à des lieux d'exercice éloignés les uns des autres.

Envisagé depuis trois décennies, le projet de plateau technique unique à Rolampont ne s'est jamais concrétisé, bien qu'il soit désormais soutenu par une majorité de soignants sur le territoire. Il a été en partie freiné par la volonté de maintenir des lieux de soins disséminés sur le bassin de vie, mais les problématiques grandissantes concernant l'accès aux soins ont conduit à peser à nouveau le pour et le contre de ce type d'investissement. Plusieurs facteurs ont mené à relancer le dossier, qui est désormais en discussion au niveau des autorités locales : l'augmentation de l'âge moyen des professionnels de santé, l'aspiration des jeunes praticiens à exercer de manière plus collégiale et la nécessité d'assurer des soins de proximité. Ces éléments ne permettent pas le maintien d'un *statu quo* en matière d'accès aux soins sur le territoire. C'est pourquoi une coordination des acteurs locaux est essentielle afin d'aboutir à des lignes directrices concrètes et de poser les bases d'un projet dont la mise en œuvre pourrait nécessiter jusqu'à une décennie.

b. Des modes de pratique plus coordonnés

Une des conditions de l'accès aux soins effectif est un exercice coordonné entre les praticiens. Les médecins d'aujourd'hui ne souhaitent plus se trouver isolés dans une localité. Une installation se passe toujours mieux lorsque des confrères sont présents aux côtés du nouveau médecin, la nouvelle génération étant demandeuse de sécurisation des actes de diagnostics. **En 2019, 61 % de l'ensemble des médecins généralistes exerçaient en groupe, et 81 % pour les moins de cinquante ans**⁽¹⁾. D'autre part, il est bien plus rassurant pour les patients de se savoir entourés d'une équipe médicale que par un seul professionnel dont la disponibilité peut varier au cours de l'année. **L'existence d'une pluralité de soignants facilite la prise en charge de soins non programmés et le développement de la prévention.**

Outre l'appui au développement de l'exercice mixte ville-hôpital de plus en plus recherché par les praticiens, plusieurs instruments pourraient faciliter la coordination. C'est en ce sens que l'Association des maires ruraux de France porte la solution des « équipes de soins coordonnées autour du patient » (ESCAP), soutenue par l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS)⁽²⁾. Si cette solution n'a pas encore fait l'objet d'une concrétisation car elle impliquerait la revue de certains modes de financement et de conventionnement, il s'agit pourtant d'un

(1) Drees, *Études et résultats*, Panel des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, 2019 et 2022.

(2) UNPS, ESCAP : ouverture prochaine des négociations, communiqué de presse, 4 janvier 2022.

mode d'organisation facile à mettre en place et qui nécessite peu de moyens. Les professionnels d'un territoire se connaissant généralement déjà, la coordination en ESCAP autour d'un patient donné, en fonction de sa pathologie, permettrait un meilleur suivi et un passage de relais entre les différents soignants. En matière d'organisation territoriale des soins, **le rapporteur préconise de laisser aux professionnels de santé des marges de manœuvre pour leur coordination. La mise en place d'outils simples de coordination ne devrait pas être freinée par les pouvoirs publics.**

Par ailleurs, **le déploiement de solutions numériques pourrait améliorer la coordination entre professionnels de santé.** Dans un même hôpital, les services peuvent disposer de logiciels différents rendant impossible le recoupement d'informations concernant un même patient. Des solutions existent pour harmoniser cela, et elles pourraient être développées pour un meilleur échange d'informations entre la ville et l'hôpital, dans l'intérêt des patients et dans le respect de leurs données personnelles. **La tentative avortée de développement du « dossier médical partagé » et l'expérimentation encore incertaine de « Mon espace santé » ne doivent pas décourager les volontés d'améliorer la fluidité des échanges entre professionnels.** Des outils sont notamment développés par des entreprises innovantes pour la standardisation des données de santé et une exploitation plus aisée des comptes rendus médicaux par l'ensemble des soignants. La recherche en santé doit être encouragée dans cette voie.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Au cours de sa seconde réunion du mardi 18 octobre 2022, la commission des affaires sociales procède à l'examen des crédits de la mission Santé du projet de loi de finances pour 2023 (seconde partie) (M. Christophe Bentz, rapporteur pour avis) ⁽¹⁾.

I. AUDITION DE LA MINISTRE

Mme la présidente Fadila Khattabi. Madame la ministre, nous avons plaisir à vous retrouver parmi nous, dans cette belle commission que vous connaissez parfaitement bien, puisque vous lui avez beaucoup apporté lors de la précédente législature.

Nous poursuivons ce soir nos travaux sur le projet de loi de finances (PLF) pour 2023, avec l'examen des crédits de la mission *Santé*, qui sont à l'ordre du jour de la séance du 3 novembre 2022.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé. Permettez-moi, en préambule, de vous faire part de mon immense plaisir d'intervenir devant la commission des affaires sociales, à laquelle j'ai été très fière d'appartenir. Pour avoir été des vôtres, durant cinq ans, je mesure l'exigence du mandat de parlementaire et, oserais-je le dire, particulièrement dans cette commission qui m'est chère.

La commission des affaires sociales est celle qui s'attache à protéger les personnes au quotidien, dans leur complexité, de leur naissance à leurs derniers instants. Les débats y sont souvent vifs, parce qu'ils traitent de l'humain jusque dans son intimité, mais toujours de haute tenue. Je m'efforcerais d'apporter à la représentation nationale toutes les informations en lien avec la fonction que j'ai l'honneur d'occuper, au sein du ministère de la santé et de la prévention.

La mission *Santé* se compose, à compter de 2023, de trois programmes, placés sous l'autorité de François Braun, le ministre de la santé et de la prévention. Il s'agit du programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, dont est responsable le directeur général de la santé. Les deux autres programmes sont placés sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale. Ce sont les programmes 183 *Protection maladie* et 379. Ce dernier, créé en 2023, vise à compenser à la sécurité sociale le coup des dons de vaccins à des pays tiers et à reverser les recettes de la Facilité pour la relance et la résilience européenne perçues

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12314662_634efd3697467.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-firmin-le-bodo-ministre-deleguee-aupres-du-ministre-de-18-octobre-2022

dans le cadre du plan national de relance et de résilience (PNRR) au titre du volet investissement du Ségur de la santé.

Le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* a pour finalité d'améliorer l'état de santé générale de la population. Il s'agit de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, avant la mise en place de plans et de programmes pilotés au niveau national. La sécurité sanitaire est également un champ important du programme pour garantir la protection de la population face à des événements sanitaires graves, la pandémie de covid-19 par exemple.

Trois objectifs figurent dans ce programme. Le premier est de prévenir le développement de pathologies le plus en amont possible, comme le permet la campagne de vaccination contre la grippe. Le deuxième est d'assurer à tous un égal accès aux soins, sur l'ensemble du territoire, à l'image du soutien apporté à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Le troisième est de préparer, de coordonner et de piloter les opérations de gestion de crise sanitaire, en lien avec l'ensemble des institutions et opérateurs impliqués, en anticipation stratégique des risques. Le financement du système d'information, qui concourt à la mise en œuvre, au suivi et au pilotage de la campagne vaccinale contre la covid-19, illustre ce troisième objectif.

Depuis la loi de finances pour 2021, l'ensemble des crédits alloués à la politique de prévention menée par l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, fait d'ailleurs l'objet d'une annexe dédiée, dite « jaune » budgétaire. Les exercices 2020, 2021 et 2022 ont été fortement marqués par la gestion de la crise du covid-19.

L'année 2023 devrait être une période de transition, même si de grands événements sportifs, en particulier la Coupe du monde de rugby à l'automne, justifient d'ores et déjà de réfléchir aux mesures de prévention à mettre en œuvre. La réflexion se poursuivra quant à la contribution de chaque opérateur aux efforts requis par la programmation pluriannuelle 2023-2027 des finances publiques.

Le programme 183 *Protection maladie* est mis en œuvre dans des situations qui relèvent de la solidarité nationale, en complément des politiques de sécurité sociale. Il contribue, essentiellement, à financer l'aide médicale de l'État (AME), dont la gestion est assurée par la Caisse nationale de l'assurance maladie. Destinée aux publics les plus défavorisés, cette aide vise un objectif à la fois humanitaire et sanitaire.

L'AME de droit commun a été instaurée en 2000. Elle assure la protection des personnes étrangères démunies qui vivent en France en situation irrégulière et qui ne peuvent pas être prises en charge par la protection universelle maladie. Elle protège les personnes concernées en leur permettant d'accéder aux soins préventifs et curatifs. Elle joue ainsi un rôle important en matière de santé publique, en évitant que des affections contagieuses, non soignées, ne se propagent. Enfin, elle permet une prise en charge des malades en amont, ce qui évite les surcoûts liés à des soins retardés ou pratiqués dans l'urgence.

Depuis 2020, le Gouvernement a mis en place des mesures destinées à accentuer les efforts fournis en matière de gestion des dispositifs et de régulation de leurs dépenses. Il s'agit en outre de renforcer les contrôles dans le cadre de programmes d'action ambitieux. Les projets de centralisation de l'instruction des demandes d'AME et de traitement des factures de soins urgents ont ainsi renforcé l'efficacité des dispositifs, en dégagant des gains financiers, grâce à une gestion plus efficace.

D'autre part, la lutte contre les abus et les détournements du dispositif a été renforcée, afin de veiller à la juste attribution de l'AME et d'en garantir l'accès aux seuls ayants droit. Pour cela, plusieurs actions ont été engagées : obligation de déposer une demande d'AME, en personne, à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) ; détection des dissimulations de visas grâce à l'outil Visabio, qui permet de vérifier si les demandeurs ne disposent pas de visa, auquel cas ils seraient en situation régulière et, donc, non éligibles à l'AME ; application d'un délai d'ancienneté à l'AME de neuf mois pour la délivrance de certaines prestations programmées ; demande d'un accord préalable au service du contrôle médical de la Cpam pour les cas les plus urgents. L'année 2023 sera consacrée au suivi de ces mesures de renforcement des contrôles.

Le programme 183 finance également le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). Créé en 2001, cet établissement public administratif assure la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. La nocivité de ce matériau a été mise en évidence par des études scientifiques, notamment par un rapport de 1996 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Son utilisation a été interdite en 1997.

Le Fiva est l'organisme d'indemnisation complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle. C'est aussi l'unique organisme qui indemnise les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture contre les risques d'accidents du travail et les maladies professionnelles. C'est le cas notamment de celles qui souffrent de pathologies causées par une exposition domestique ou environnementale à l'amiante.

Enfin, le programme 379, créé par le PLF 2023, va permettre à l'État de reverser à la sécurité sociale les crédits européens perçus dans le cadre du PNRR, au titre du volet investissement du Ségur de la santé. L'année prochaine, une somme de 1,13 milliard d'euros sera ainsi versée aux établissements de santé et aux établissements médicaux sociaux. Ce programme ne porte donc pas, en tant que tel, de politique publique.

Les trois programmes que je viens d'évoquer participent pleinement, en complément des crédits mobilisés dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), à la mise en œuvre de la politique globale de santé. Politique dont les objectifs sont de développer la prévention, d'assurer la sécurité sanitaire et d'organiser une offre de soins de qualité, accessible à l'ensemble de nos concitoyens.

M. Christophe Bentz, rapporteur pour avis. La désertification médicale et les difficultés d'accès aux soins constituent une préoccupation majeure des Français. Notre système hospitalier est gravement malade et se dégrade depuis des décennies. Dans le même temps, le tissu de médecine de proximité, dans les villes et les villages de France, se délite.

Les Français se heurtent à des difficultés quotidiennes, du simple problème d'ordonnance au renoncement aux soins. Faute de service de proximité, faute de moyen pour y accéder, faute de médecin sur leur territoire, de nombreux Français subissent le recul des services de soins. Ce qui peut parfois avoir des implications très graves, comme la perte de chances d'être pris en charge pour une maladie qui aurait dû être traitée plus tôt.

Le sentiment d'abandon en la matière correspond à un abandon réel. La colère de la population est palpable. Ainsi, dans ma circonscription, une manifestation historique pour sauver les services hospitaliers de Langres a réuni, en juin dernier, plus de 2 000 personnes, alors que la ville compte un peu plus de 7 000 habitants. Cet exemple témoigne de l'urgence criante de la situation.

Mais avant de poursuivre sur ce sujet central, voici un avis concernant les crédits de la mission *Santé* du PLF 2023. Les crédits basés sur des indicateurs généralistes ne tiennent pas compte des spécificités et disparités sociales et territoriales.

Le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* est en augmentation, grâce surtout à la progression des crédits pour la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation et pour la préparation des crises sanitaires. Si ces deux objectifs sont importants, trop peu d'éléments se trouvent dans les documents budgétaires pour que l'on puisse véritablement comprendre à quelles mesures concrètes ces crédits seront consacrés.

Le programme 183, qui recouvre principalement les dépenses liées à l'AME, est en augmentation de plus de 12 %. La hausse de l'AME est supérieure à celle de l'ensemble de la mission *Santé*. Le nombre de bénéficiaires de l'AME était de plus de 380 000 en 2021, contre 208 974 en 2011 – soit une augmentation de 82 % en dix ans. Dans ces conditions, il paraît nécessaire de remettre en cause la prise en charge de certains soins composant le panier de l'AME : dentaire, obstétrique, gynécologie, optique, etc.

Il apparaît indispensable de réformer cette aide, dont la vocation a été largement dévoyée, pour revenir à son objectif initial. C'est-à-dire apporter uniquement des soins à caractère urgent et lutter contre les maladies contagieuses, importées de l'étranger, afin de protéger les Français et la santé publique. En 2021 d'ailleurs, la Cour des comptes avait déjà alerté sur l'augmentation exponentielle de l'AME. Au-delà des montants, la dimension de contrôle est largement suffisante. Seuls 14 % des dossiers d'AME sont aujourd'hui contrôlés et aucune augmentation n'est prévue à cet égard.

Les comptes publics doivent bénéficier d'une bonne lisibilité, comme la Cour des comptes le recommande. Or l'ajout du programme 374, qui traite du remboursement à l'assurance maladie du coût des dons de vaccins à des pays étrangers, ne facilite pas la bonne lecture de l'évolution des crédits de la mission *Santé*. Il fait plus que doubler, artificiellement, la masse des crédits affectés à cette mission.

Avis défavorable, donc, sur les crédits de cette mission *Santé*, car ils ne correspondent pas, pour l'essentiel de ce budget, aux demandes et aux besoins de nos compatriotes.

Les Français nous hurlent leur désarroi, quant à l'accès aux soins dans de nombreux territoires. Le Gouvernement doit les écouter. Lors des auditions que nous avons effectuées, de nombreux constats ont été partagés, de nombreuses pistes de solutions ont rencontré une forme de consensus. Le temps du constat est maintenant révolu. Il est temps de passer à l'action.

Le constat chiffré, d'abord, est sans appel. En France, il y a 87 médecins pour 100 000 habitants, mais avec de très fortes disparités territoriales. La moitié des médecins ont plus de 60 ans. Ce sont 6 millions de Français qui n'ont pas de médecin traitant, alors que 10 % d'entre souffrent d'une affection de longue durée (ALD). Des milliers de nos concitoyens renoncent aux soins chaque année. Il y a une rupture d'égalité entre les territoires dans l'accès aux soins, rupture grandement due à la métropolisation des services de santé. Cela conduit souvent à des différences d'espérance de vie.

Les problématiques d'accessibilité aux soins doivent être évaluées au niveau départemental ou en fonction des bassins de vie, et non au niveau national, ni même régional. Le renoncement aux soins est plus fréquent chez les personnes modestes qui se trouvent dans une zone de faible densité médicale, où les risques de mortalité sont plus élevés.

La télé-médecine est une solution très partielle et insuffisamment efficace. C'est un outil parfois utile, notamment pour la télésurveillance postintervention ou pour les consultations simultanées avec des spécialistes. Mais le lien social et humain avec un professionnel de santé reste primordial. Plus globalement, c'est la revalorisation des professions médicales qui permettra de renouer avec l'attractivité des métiers de la santé.

Parmi les solutions à développer, il nous faut agir sur les déterminants de l'installation des médecins. Le premier d'entre eux est le lien avec la zone d'installation. Or les étudiants en médecine sont très urbains et majoritairement issus de classes moyennes supérieures. Deuxième déterminant : la présence de services publics et d'infrastructures médicales, qui participent à l'attractivité d'un territoire.

Il faut aussi agir contre l'éloignement des lieux de formation et des territoires, grâce notamment à un recours accru aux stages. Les stages pratiques de formation peuvent être développés bien en amont dans le cursus, dès les premières années d'études. Les étudiants y sont favorables. On constate, en revanche, un

décalage entre le nombre, suffisant, d'étudiants qui souhaitent effectuer leur stage en zones sous-dotées et le nombre, insuffisant, de maîtres de stages volontaires dans ces territoires. Pour inciter les médecins à devenir maîtres de stage, il faut valoriser la mission, essentielle, de transmission du savoir et de pratiques empiriques.

L'augmentation des moyens donnés aux étudiants pour se déplacer – indemnité de transport – et pour se loger lorsque les stages sont éloignés des lieux de formation, est également une solution. Comme peut l'être l'ouverture de centres de formation dans les zones moins bien dotées.

Quant à l'ajout d'une quatrième année d'internat en médecine générale, proposé par le Gouvernement, il n'a d'intérêt que si cette année supplémentaire profite prioritairement aux zones dans le besoin.

Pour les médecins en exercice, il faut poursuivre la libération du temps médical, grâce notamment à la délégation de tâches aux infirmiers en pratique avancée et aux assistants médicaux. On doit également poursuivre les mesures d'exonération et de cumul emploi et retraite, afin que les médecins retraités n'aient plus à acquitter les cotisations de retraite qui ne leur ouvrent aucun droit. Il importe encore de fixer les conditions de préavis après le départ d'un médecin en zones sous-denses.

Enfin, pour ce qui est du mode de régulation des médecins, sommes-nous encore dans un temps où l'incitation suffit ou devons-nous, au vu du degré d'urgence, introduire des dispositifs plus contraignants pour une période provisoire comme celle, sensible, qui court de 2022 à 2030 ? Si la suppression du *numerus clausus* a été positivement accueillie, elle doit être nécessairement assortie d'un mode de régulation territoriale, pour inciter à l'installation dans les zones qui ont le plus besoin et pour aboutir à une répartition géographique maîtrisée.

Ce débat doit être posé sans tabou, c'est pourquoi cet avis budgétaire liste les nombreuses idées et pistes de solutions à court, à moyen et à long termes, qui ont été évoquées lors des auditions.

De nombreux Français n'ont plus accès aux soins minimaux dans les déserts médicaux, qui concernent beaucoup de territoires. Les Français sont pourtant censés être les premiers bénéficiaires de la solidarité nationale qui, par définition, doit être nationale. Financer des soins au titre de l'AME pour plus de 1 milliard d'euros – un montant en augmentation –, cela au bénéfice d'étrangers clandestins qui violent notre droit, constitue un choix politique très contestable. La générosité de la France ne peut se faire au détriment de nombreux nationaux, qui ont tous droit à un accès aux soins de qualité et de proximité.

Lorsque le pays n'exerce plus totalement cette mission de santé publique et de protection de la vie des Français, par renoncement, par choix ou par incompétence, alors l'État a failli gravement et met en danger nombre de nos concitoyens.

Être Français est une chance, un privilège, qui implique un certain nombre de droits auxquels nos concitoyens peuvent prétendre. Les Français cotisent et paient des impôts pour avoir accès aux soins. Et ils nous élisent pour les défendre.

Endiguer la désertification médicale, avec rapidité et efficacité, est un impératif. Le Gouvernement n'a plus le droit à l'erreur. Il faut réduire cette fracture médicale, dont sont durement victimes les zones périphériques. Il faut mener des politiques de rééquilibrage, en privilégiant une logique de bassin de vie et non de métropolisation des services publics. C'est une question de justice territoriale.

Concernant le mode de régulation et d'installation des médecins, qui ont une mission de service public à assurer, de nouvelles actions d'incitation maximale sont nécessaires. À défaut, nous nous dirigerons inéluctablement vers un système de coercition, qui n'est pas souhaitable.

La France est, malheureusement, un pays en voie de tiers-mondisation médicale. Des milliers de femmes et d'hommes y renoncent, chaque année, à se soigner. Au nom de la protection de la santé de tous les Français, imagine-t-on un « quoi qu'il en coûte » contre la désertification médicale, des mesures contraignantes temporaires pour installer des médecins en zones sous-dotées ?

Pour assurer la bonne coordination des services au plus près des réalités, l'État doit faire confiance aux communes, aux départements et aux acteurs locaux de la santé. L'enjeu est de sauver notre système de santé et notre tissu territorial d'offre de soins.

C'est impératif, c'est urgent et les Français nous le demandent.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Laurence Cristol (RE). Les crédits de la mission *Santé* s'élèvent cette année à 3,36 milliards d'euros, soit une augmentation de plus de 159,44 % par rapport aux crédits ouverts l'an dernier. Cette hausse est celle des programmes 183 et 204, mais s'explique principalement par la création du programme 379, qui n'appelle pas de remarques particulières.

Sur le programme 183, concernant l'AME et le Fiva, on remarque la progression d'un budget essentiel, pour des raisons humanitaires, sanitaires et économiques. L'AME répond à la solvabilité d'une demande de soins qui doit être honorée, en respect des conventions humanitaires européennes et internationales, qui constituent le droit universel à la vie et à la santé. Cette augmentation est en large partie due, comme le note le rapporteur, à un effet de rattrapage des soins, à la suite de la crise sanitaire, mais aussi à une hausse des tarifs hospitaliers et à une augmentation du point d'indice.

Sur ce sujet, on a tout à fait le droit d'être dans l'opposition par principe. On peut aussi regarder de manière pragmatique les conditions d'accès à l'AME, mieux encadrées depuis la réforme de 2019. Sont ainsi vérifiés, désormais, les conditions de ressources, de séjour, d'octroi et de renouvellement ainsi que le

périmètre réel de la prise en charge des soins. On peut aussi voir le nombre de dossiers contrôlés. Nous pouvons et nous devons débattre, comme nous le faisons chaque année. Et il faudra pouvoir tirer un bilan sur cette réforme.

S'agissant du programme 204, celui-ci n'épuise pas à lui seul le financement de la prévention par l'État, qui se retrouve dans vingt-quatre programmes recensés par le « jaune » budgétaire *Prévention en santé*. C'est bien là la transcription de la formule : la santé dans toutes les politiques ! Ce programme complète également, avec une augmentation non négligeable des crédits de certaines actions, les dépenses de l'assurance maladie. Remarquons d'ailleurs que certains amendements dont nous allons discuter relèvent bien du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et non du PLF.

La Cour des comptes le rappelait dans un rapport publié il y a un an : le problème n'est pas tant le niveau de financement de la prévention que la multiplication des circuits de financement, et donc des circuits de décision. Cette situation nuit à l'organisation de la politique et, partant, à son efficacité. Madame la ministre, peut-on espérer, à moyen terme, une restructuration du mode de financement de la prévention et espérer une pluriannualité de ce financement ?

Ma deuxième question concerne la subvention pour charges de service public à l'Institut national du cancer (Inca). Les crédits et le plafond d'emplois de l'Inca sont les mêmes que ceux votés en 2022. Seront-ils suffisants, alors que la nouvelle stratégie décennale appelle au lancement d'un nombre important de mesures, soit quarante-deux en 2023 ?

Enfin, nous sommes quelques-uns à nous inquiéter de la situation de l'Établissement français du sang (EFS). L'EFS fait face, notamment, à des pénuries de professionnels, qui peuvent affecter les réserves de sang, déjà sous forte tension. Comment le Gouvernement entend-il soutenir l'EFS ?

Au-delà de ces questions, les crédits de la mission *Santé* étant essentiels à notre politique de prévention et de protection des plus fragiles, je ne doute pas que nous nous retrouverons sur le vote de cette mission. Le groupe Renaissance votera ces crédits.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Le Conseil économique, social et environnemental pilote depuis la mi-septembre une convention citoyenne sur la fin de vie, sujet ô combien complexe. Les lois de 2005 et de 2016 concernant le droit des malades et la fin de vie défendent les principes de non-abandon, de non-souffrance et de non-acharnement. Elles permettent d'accompagner des personnes en fin de vie, mais n'autorisent pas à donner la mort.

La vie humaine est la valeur suprême de notre civilisation. On ne peut pas nier, cependant, la demande sociétale de légalisation de l'euthanasie, même si sa mise en pratique est loin d'être simple.

Le manque de moyens dans les services de soins palliatifs entraîne une inégalité d'accès à un accompagnement de qualité en fin de vie. Il fait prioritairement améliorer cette prise en charge. Les soins palliatifs doivent pouvoir

offrir à chacun des conditions de vie dignes au soir de l'existence. Or vingt-six départements ne disposent toujours pas de tels services. Seulement 100 000 personnes peuvent en bénéficier, alors que 300 000 en ont besoin.

Les lois qui existent apportent des solutions aux angoisses de nos concitoyens. Elles permettent de « démystifier » la fin de vie et de faire confiance aux soignants. Mais ces lois peinent à devenir effectives, car les moyens de développement des soins palliatifs ne sont pas mis en place.

C'est la crainte de la souffrance qui a, pour beaucoup, justifié la demande d'aide à mourir. Aujourd'hui, cette demande fait place à une revendication idéologique de respect du libre-arbitre et de droit de disposer de soi-même, jusque dans les conditions de sa propre mort. Si le respect de la dignité est souvent avancé pour justifier cette demande d'aide à mourir, peut-on réellement apprécier cette dignité à l'aune de l'autonomie apparente d'une personne ? Doit-on estimer qu'une personne très dépendante n'est plus digne de vivre ?

Organiser la mort d'une personne pour répondre à son manque d'autonomie n'est-il pas dangereux pour la communauté ? Le risque n'est-il pas de créer une société qui ne protège plus les plus vulnérables ? L'aide à mourir doit-elle être intégrée au champ de soins ? Demander aux soignants de provoquer la mort n'est-il pas contraire à l'esprit même de leur métier ? Et dès lors, quelle place donner à l'accompagnement des malades ? La crainte sera alors de les enfermer dans une solution unique ; la relation de confiance qui existe entre le patient et le soignant en sera faussée.

L'interdit de tuer permet au malade d'exprimer son hésitation entre son désir de mourir et celui de vivre. Quand un malade arrive en soins palliatifs et qu'il exprime son souhait d'en finir, l'équipe accueille ce souhait en s'interrogeant sur la demande sous-jacente. Les témoignages révèlent que la plupart des malades n'ont, en réalité, pas envie de mourir.

Nos concitoyens veulent être plus autonomes, plus libres et pouvoir décider de leur propre fin. Certains soignants pensent cependant qu'il y a un risque à considérer que provoquer intentionnellement le décès d'une personne est un geste médical.

Madame la ministre, pensez-vous qu'il soit possible d'élaborer une approche de la fin de vie qui concilie la demande de la société et la crainte de certains personnels soignants ?

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Le 12 mars 2020, Emmanuel Macron nous disait : « *Ce que révèle cette pandémie, c'est que la santé gratuite, sans conditions de revenus, de parcours ou de profession, notre État-providence ne sont pas des coûts, des charges, mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe.* » Je crois qu'en 2020, et on peut tous être d'accord, Emmanuel Macron avait les bons mots. Il était en phase, en vérité, avec ce que demandait la population. Et d'ailleurs, si pour beaucoup de soignants le covid-19 a été un moment de souffrance, il a aussi été un moment d'immense espoir. L'espoir

d'un État qui se préoccuperait enfin de la santé. Fini le Président qui vient expliquer aux soignants qu'il n'y a pas de problème de financement, mais que ce ne sont que des problèmes d'organisation. Fini le Président qui, lorsqu'il dit aux médecins qu'il compte sur eux, ces derniers peuvent lui répondre : « vous pouvez compter sur nous, mais l'inverse reste à prouver... ».

Mais bon, comme le disait Clemenceau, on ne ment jamais autant que durant les guerres ou les élections. Ça tombait bien, on était en guerre et pas très loin des élections. Et donc, que s'est-il passé depuis ces bons mots ? Les soignants ont tenu, ou tenté de tenir, et le Gouvernement a trahi. Oui, il a trahi et, collectivement, tous ses membres ont trahi.

Que s'est-il passé depuis 2020 ? Les plans hospitaliers n'ont pas cessé ; les restrictions budgétaires existent encore ; les soignants sont dégoûtés et finissent par partir vers le libéral, l'intérim, voire par changer de métier. D'ailleurs, Olivier Véran nous a même expliqué, dans *Le Journal du Dimanche*, qu'il allait contacter Pôle emploi pour essayer de les convaincre de revenir. À tel point qu'en octobre 2021, avant un autre pic de l'épidémie, le Conseil scientifique faisait état de 20 % de lits fermés faute de soignant. D'ailleurs, même sur les réanimations, qui étaient la variable d'ajustement du confinement – plus elles étaient saturées, plus on était confinés –, la Cour des comptes expliquait qu'entre juillet et octobre 2020, elle n'avait pas relevé de décision annonciatrice de modification structurelle pour les soins critiques. Et qu'aucune décision n'avait été prise qui pourrait indiquer que les pouvoirs publics envisageaient une évolution.

Sur les autres services, ce n'est guère mieux : les lits d'hospitalisation complète ferment, comme le confirment les chiffres de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui ont été rectifiées ensuite : 4 900 lits supprimés en 2020 et 4 300 lits supprimés en 2021. Ce sont les chiffres de la Drees, donc de votre ministère...

Aujourd'hui, que préparez-vous ? Des économies et des concertations. Des économies, comme si nous n'avions pas eu de covid-19, pas eu de fermeture des urgences cet été, comme si tout s'était bien passé. Alors qu'il a été expliqué à la Commission des comptes de la sécurité sociale qu'il faut augmenter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), de 4 % par an, pour suivre l'évolution des besoins, on nous propose, dans la programmation budgétaire pour 2024-2025, de passer sous les 3 %. Traduction : premièrement, vous sous-investissez dans l'hôpital ; deuxièmement, vous économisez sur l'hôpital et sur la santé.

Mais nous avons de la chance puisque, en parallèle, il y a le Conseil national de la refondation (CNR). Après avoir acté le budget, après avoir préparé votre budget de la sécurité sociale, après avoir avoué que vous alliez utiliser l'article 49, alinéa 3, vous menez des concertations ! Vous concertez, après avoir décidé de tout. Tout est déjà gravé dans le marbre et vous voulez faire croire aux gens qu'on peut encore discuter.

Pour éviter ces discussions qu'à mon avis, de toute façon, vous n'avez pas tellement envie d'avoir, mon groupe politique a organisé, cet été, le recueil de

doléances dans quatre-vingts établissements de santé. L'opération, qui s'appelait « Allô Ségur », nous a permis de recueillir cinq cents témoignages. Je vous livre les résultats, pour nous faire gagner du temps.

Les deux tiers des soignants sont soumis à des risques psychosociaux. Les soignants font leur métier, mais ils ont souvent l'impression de maltraiter les gens. Il y a une perte de sens. Certains nous expliquent qu'ils passent leur temps à s'excuser, parce qu'ils n'ont pas le temps de s'occuper des patients. À Limoges, il n'y a pas si longtemps, une personne a passé quatre-vingt-seize heures sur un brancard. On nous raconte que des chimiothérapies sont déprogrammées au dernier moment. Imaginez le stress que cela peut provoquer ! Je pourrai vous faire parvenir le rapport si vous le souhaitez...

Plutôt que de mener des concertations, j'aimerais retrouver le François Braun de 2019, que je vous cite : « *Un plan Macron pour les urgences s'impose [...], pour que les urgentistes ne soient plus les funambules d'un système de soins abandonnique, pour que l'hôpital public retrouve sa place en tant que pilier de la République. L'avant-garde de l'hôpital et souvent du système de soins vous alerte sur cette nécessité historique. L'hôpital public brûle à petit feu, les soignants sont sacrifiés sur l'autel d'une finance aveuglée par l'activité et une tarification désuète.* »

Si jamais vous retrouvez le François Braun de 2019, ramenez-le nous, nous en aurions bien besoin...

M. Philippe Juvin (LR). Il faudrait que l'on comprenne, dans notre pays, que si la santé c'est l'hôpital et les systèmes de soins, c'est aussi la qualité de l'air que l'on respire, de l'alimentation que l'on mange, de l'eau que l'on boit. Elle dépend aussi de la présence ou non de phtalates dans notre environnement.

Tout le monde le dit, il vaut mieux prévenir un cancer que d'essayer, ensuite, de le guérir. Pourtant, quand on voit les chiffres du programme de prévention, on est très troublé. S'il augmente de 1,56 %, en réalité et compte tenu de l'inflation, il baisse. Les moyens qui sont mis à disposition sont trop faibles. Or, il faut vraiment mettre l'accent sur la prévention, car sinon notre système curatif n'y arrivera pas.

Pour ce qui est de l'AME, son caractère massif et son augmentation inexorable – + 155 % en quinze ans – sont préoccupants. Il est vrai que quelques mesures ont été prises, mais elles ne sont pas structurelles. Nous allons faire des propositions en ce sens, car l'augmentation de l'AME absorbe la quasi-totalité du budget, si l'on met de côté les crédits sur les vaccins, opération d'ordre entre le budget de l'État et le PLFSS. L'AME, c'est 83 % du budget dont nous discutons ce soir. Il faut la réformer.

Il faut évidemment se préoccuper des fraudes, vous l'avez dit. Mais nous n'y arriverons pas si nous n'aidons pas massivement les pays d'origine des personnes qui sont en situation irrégulière, si nous n'aidons pas massivement leurs hôpitaux. Si nous ne le faisons pas, nous continuerons à avoir une immigration de

recherche de soins, fort légitimement d'ailleurs, parce que les gens veulent se faire soigner. Et puis il faut faire de la prévention. Je suis très frappé qu'il n'y ait pas de consultation de prévention à l'entrée dans le système. Cela fera l'objet d'amendements que nous allons proposer.

Il faut également évoquer tout ce qu'il n'y a pas dans ce projet de budget. Commençons par la question du covid long. Il s'agit probablement de l'épidémie qui nous menace et qui, en réalité, est déjà présente, même si nous ne la voyons pas. En France, on a cette particularité de ne pas mesurer les choses. Les Britanniques, eux, le font. Ils ont ainsi mesuré que 1,8 million de leurs concitoyens souffraient d'un covid long à trois mois, et 800 000 d'un covid long à un an. Il y a donc 800 000 Britanniques qui supportent des séquelles qui les empêchent de reprendre une activité normale. Ce n'est pas seulement un problème de santé, c'est aussi un problème social. Et c'est même, quasiment, un problème économique. En ce qui me concerne je ne sais pas, en tant que médecin, où envoyer un covid long. Il faut vraiment se préoccuper de ce problème.

Ce budget n'aborde pas non plus la question de la rémunération des professionnels la nuit et le week-end. C'est ce qu'on appelle la permanence des soins. François Braun a pris une très bonne mesure cet été en doublant la rémunération des professionnels de santé pendant ces périodes. Il ne faut surtout pas arrêter, car il s'agit d'un point crucial quant à l'acceptabilité de la dureté du métier.

Rien sur les soins palliatifs, alors que l'on va ouvrir le débat sur l'euthanasie, rien sur les déserts médicaux ou encore sur la santé mentale. Il y a quelques années, on a imaginé l'Inca et ça a bouleversé la prise en charge des cancers. Il faut aujourd'hui imaginer un dispositif similaire pour la santé mentale. Nous devons mettre un terme à la paupérisation du système de soins psychiatriques et psychiques en France.

Enfin, il n'y a rien non plus sur la mortalité infantile, qui pourtant ne fait qu'augmenter depuis une dizaine d'années dans notre pays, d'une manière très préoccupante. Il faut au moins analyser les causes de cette progression.

Vous pouvez compter sur Les Républicains pour faire de nombreuses propositions pour tenter d'améliorer ce projet de budget.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je rappelle que cette audition porte sur les crédits de la mission *Santé*, pas sur le PLFSS.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je concentrerai mon propos sur le programme 204, qui rassemble les actions des pouvoirs publics visant à améliorer l'état de santé général de la population. Cela avec un souci de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui, nous le savons, sont grandes. Or quelques points méritent d'être précisés.

Pour la mission *Santé*, deux indicateurs très subjectifs et déclaratifs sont utilisés : l'état de santé perçu par les répondants et l'espérance de vie sans incapacité. Concernant le programme 204, les indicateurs sont le taux de couverture vaccinale contre la grippe, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal,

le pourcentage de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique et la prévalence du tabagisme.

S'agissant de l'action 11 portant sur le pilotage de la santé publique, les deux tiers des crédits sont consacrés aux actions contentieuses. Pour ce qui est de l'action 14, relative à la prévention des maladies chroniques, 80 % des crédits sont destinés à l'Inca, 10 % à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et 2 % à la santé mentale, qui s'adresse à 7 millions de patients et coûte 2 milliards d'euros par an.

Avec vous, madame la ministre déléguée, alors députée, et d'autres collègues nous avons obtenu un « jaune » budgétaire concernant les actions de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités en faveur de la prévention santé. À ce jour, il recense les dépenses suivantes : 3 milliards d'euros dans le budget de l'État pour la prévention ; 1,4 milliard pour les collectivités et 1,3 milliard dépensé par l'assurance maladie.

Qu'a donc confirmé la récente crise de santé publique ? Que nous devons agir à l'échelle de la population et pas seulement à celle de l'individu. Que nous devons le faire sur les déterminants de santé. Que nous devons aller vers les populations les plus éloignées du système de santé. Que les déterminants éducatifs, sociaux et environnementaux comptent pour 80 % dans notre état de santé contre 20 % seulement pour le système de soins.

Face à la fragmentation de la politique en faveur de la prévention, comment faire pour mieux définir des objectifs, pour lui donner un pilote – État, assurance maladie ? – et un cadrage national ? Comment choisir les bons indicateurs pour la piloter ? Comment unifier les outils de communication et rassembler tous les financements, divers et variés ?

Concernant l'AME, nous la considérons comme essentielle. Elle ne sera jamais remise en cause sur les bancs des démocrates. Se pose la question de la carence de trois mois pour les migrants. Pour nous, ils devraient bénéficier dès leur arrivée d'une consultation de dépistage.

Je salue par ailleurs l'arrivée du nouveau programme 379, qui est destiné à mettre en place la partie investissement du Ségur de la santé. Pouvez-vous nous donner des précisions quant au fléchage des 2 milliards d'euros de crédits de cette mission, notamment pour ce qui est du volet de transformation numérique des établissements ?

Le groupe Démocrate (MoDem et Indépendants) votera bien évidemment les crédits de cette mission. Il regrette cependant l'insuffisance des crédits affectés au programme prévention. Ils auraient permis l'émergence d'une politique nationale d'ampleur, comme le laisse présager la dénomination de votre ministère.

M. Frédéric Valletoux (HOR). En matière de santé, il faut faire preuve d'humilité. Nombre de gouvernements et de majorités se sont cassé les dents sur ce sujet compliqué.

Les médecins qui vont prochainement exercer ont fait leurs études entre 2007 et 2013. Nous verrons s'ils sont plus nombreux cette année et à l'avenir qu'ils ne l'étaient au cours des années passées. Peut-être constaterons-nous concrètement, et avec humilité, que les certitudes d'aujourd'hui renvoient à des erreurs d'hier.

Je n'avais pas compris qu'on discutait, ici, de l'ensemble de la politique de santé. Si c'est le cas, je voudrais saluer la position commune aux sept ordres des professions de santé, remise il y a quelques jours. C'est une première. On peut trouver qu'il n'y a pas encore de réponse immédiate, mais il y a un engagement de l'ensemble des professionnels de santé à réfléchir et à travailler ensemble.

Pour m'être heurté aux syndicats de médecins un certain nombre de fois, je sais à quel point ce ne sont pas toujours les plus faciles à faire bouger. Donc bravo pour ce résultat qui permet, au moins, de nourrir l'espoir. Les professionnels de santé semblent avoir été convaincus qu'ils avaient aussi une part de responsabilité, par leurs actions et leur positionnement. Convaincus aussi que les réponses aux problèmes ne pouvaient pas toujours être apportées seulement par l'État et le Gouvernement, mais devaient l'être aussi par celles et ceux qui font la santé sur le terrain.

Concernant la mission *Santé*, il y a effectivement des raisons particulières qui expliquent l'augmentation de 159 % du budget dont le montant s'élève à 3,4 milliards d'euros. Mais, globalement, l'ensemble des budgets augmentent et l'effort est continu. Certes, on peut estimer que cela ne va pas assez vite ni assez loin. Moi, je préfère dire que l'on va progressivement vers la résolution des problèmes.

Faut-il juger la qualité de notre système de santé en matière de prévention à l'unique ligne budgétaire qui figure dans ce texte ? Je ne le pense pas. Comme l'a très bien rappelé Philippe Juvin, la prévention relève aussi de l'environnement, de l'aménagement des villes, de la circulation automobile, de l'alimentation, etc. Autant de facteurs qui n'entrent pas dans ladite ligne budgétaire. Donc déclarer que le texte ne va pas assez loin en matière de prévention en se fondant sur cette ligne tout en admettant que la prévention dépend de nombre d'éléments qui n'ont rien à voir avec elle, c'est un peu rapide.

La volonté existe d'aller vers un système qui, demain, sera peut-être moins curatif, et plus préventif. Cela implique notamment des évolutions du système de financement et des pratiques professionnelles des soignants, qui sont complexes à opérer. On ne peut pas prétendre en tout cas que l'on prenne un mauvais chemin pour ce qui est de la prévention.

Je rejoins Laurence Cristol lorsqu'elle dit qu'il va falloir aller vers plus de pluriannualité des financements, mais c'est l'objet du PLFSS. J'espère que nous y arriverons.

Il va falloir orienter la politique de santé vers une régulation plus ferme des dépenses, qui en France sont de l'ordre de 230 milliards d'euros au total. Il faut les fléchir vers des solutions qui améliorent réellement les soins, plus qu'elles ne servent certaines rentes. Cela appelle un peu de fermeté dans le pilotage de ces

dépenses de santé. Nous avons déjà eu ce débat et nous l’aurons à nouveau, si on nous le permet, dans le cadre du PLFSS.

Je voudrais répondre à notre collègue de La France insoumise quant aux bons mots d’Emmanuel Macron en 2020. Les soignants en ont sans doute une autre perception. Voici un Président de la République qui, pour la première fois, a mis les actes en accord avec les engagements. Le Gouvernement a investi 19 milliards d’euros dans l’hôpital, alors que l’investissement hospitalier était tombé au plus bas entre 2005 et 2017. Il était à l’os. Que vous le vouliez ou non, les chiffres parlent d’eux-mêmes. Sur les salaires, ce sont 9 milliards d’euros qui ont été débloqués, ce qui représente une augmentation de 10 % des salaires net. Sur les fiches de paye, c’est très concret. Donnez-moi donc un autre secteur qui a bénéficié d’une telle hausse en quelques mois.

Alors certes, tout n’a pas été fait. Le chemin est encore long pour parvenir à remettre à flot notre système de santé. Mais on ne peut pas toujours parler de « pauvres hospitaliers qui n’ont pas les moyens de travailler ». Quand il y a eu la crise, ils ont eu les moyens de répondre aux enjeux de santé.

Ce budget va dans le bon sens et le groupe Horizons et apparentés le votera des deux mains.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Je m’adresse à vous au nom du député Sébastien Peytavie, qui est toujours hospitalisé.

Vous présentez une augmentation générale du volet santé du PLF 2023 de 159,44 %. Nous rappelons que, d’après le collectif Nos services publics, le budget de l’État pour 2023 est le deuxième le plus marqué par l’austérité de ces vingt dernières années. Ce budget, présenté comme ambitieux, est pourtant très loin de couvrir l’augmentation des dépenses due à l’inflation.

Vous annoncez aussi une augmentation de 1,58 % des crédits alloués au programme 204. Cette aumône de 1,58 % est un trompe-l’œil qui cache la réduction constante du budget de ce programme. Il a été divisé par trois et est passé de 630 millions d’euros de crédits alloués en 2014 à 212 millions en 2023.

De plus, vous avez déclaré vouloir mettre la prévention et l’éducation pour la santé, « au cœur des politiques du programme ». Pourtant, la prévention ne représente que 6 % du budget total pour le volet santé du PLF. Vous reconnaissez vous-même que notre système de santé devra faire face à des mutations profondes. Alors qu’en est-il de la baisse de 2 millions d’euros pour le pilotage de la politique de santé publique ? Comment voulez-vous faire de la prévention une priorité lorsque vous coupez encore plus les vivres aux associations de terrain, qui font pourtant un travail essentiel sur les questions de santé sexuelle ou de prévention des addictions. Plus de cent trente centres qui pratiquaient l’avortement ont fermé en quinze ans. La prévention en matière de santé sexuelle est donc déjà sous-financée.

Quant aux 2 millions d’euros de moins dans le pilotage de la politique de santé publique, ce sont aussi 2 millions d’euros de moins pour la promotion de la

santé mentale. Les cas d'anxiété et de dépression sont pourtant en hausse de 25 % dans le monde depuis la pandémie, en particulier chez les jeunes et les femmes.

Aussi, nous regrettons que les crédits du volet santé des populations stagnent et ne représentent que 0,03 % du budget total de la mission *Santé*. Les besoins sont pourtant réels, notamment dans les départements d'outre-mer où la santé périnatale s'est constamment dégradée ces dernières années. Alors qu'elle est censée constituer l'une des priorités de votre budget.

L'Inserm a mis en évidence la présence de particules fines dès la grossesse dans les organes des fœtus. Nous sommes contaminés avant même notre naissance. Votre budget met une fois de plus en lumière les œillères que porte votre Gouvernement quant à l'impact catastrophique de la pollution sur la santé des femmes et des hommes.

Le rapport sur l'impact environnemental du budget de l'État pour 2023 vient d'être publié. Le constat est sans appel : seul 1 % de ce budget est consacré au financement d'actions dans le domaine de la santé et de l'environnement. Le niveau d'engagement de votre Gouvernement sur ces questions se limite à 1 % !

Comment ne pas émettre de sérieux doutes quant à votre engagement pour la santé environnementale, alors que vous prévoyez une baisse drastique de 10 % des dépenses d'intervention, soit 13 millions d'euros. Ce poste finance pourtant directement les organismes chargés de mener les études et de mettre en place des politiques en matière de santé et d'environnement.

Réduire une fois de plus les budgets de la santé, c'est prendre le risque d'invisibiliser le phénomène de destruction de notre écosystème, qui détruit aussi notre santé. Vous revendiquez souscrire au concept de *One Health* (une seule santé) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Vous êtes donc au fait du constat dressé par cette organisation, selon lequel l'augmentation des maladies chroniques est directement liée aux facteurs environnementaux et à nos modes de vie. Les symptômes sont connus : problèmes respiratoires dus à la pollution de l'air ; affections générées par les perturbateurs endocriniens ; troubles et pathologies liés à l'exposition à des pollutions toxiques, etc.

Investir dans une politique de prévention en santé environnementale permettrait pourtant, à terme, de faire des économies. Ainsi, le coût social de l'exposition au bruit, en France, est estimé à 155 milliards d'euros chaque année. Celui de la pollution de l'air serait de l'ordre de 70 à 100 milliards. La malbouffe, quant à elle, coûterait près de 50 milliards d'euros et le mal-logement 30 milliards.

Le Gouvernement ne peut donc prétendre faire de la santé des Françaises et des Français une priorité d'action si aux enjeux environnementaux ne répondent que des demi-mesures et si l'État poursuit son désengagement.

Le budget, qui symbolise l'engagement concret du Gouvernement au-delà des grands discours, ne peut faire l'impasse sur les inégalités sociales ni sur les injustices climatiques, qui frappent les plus vulnérables d'entre nous.

Un budget santé réellement ambitieux est un budget qui sort de la vision étriquée et court-termiste et qui remet le soin et la protection du vivant au cœur de ses préoccupations.

Parce que nous refusons que des coupes budgétaires se fassent une fois de plus sur le dos des Françaises et des Français, nous appelons à de réels investissements pour préserver leur santé et exprimons notre désaccord avec ce budget.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Les crédits de cette mission visent principalement à améliorer l'état de santé de la population et à réduire les inégalités, territoriales et sociales, de santé. Ce sont deux défis majeurs pour notre pays et pour l'action publique.

Évidemment, le budget de la santé publique se trouve pour l'essentiel ailleurs que dans ces lignes budgétaires, même si celles-ci contiennent des actions importantes. Je dis au passage, notamment à notre collègue Valletoux, que cela pose le problème de la maîtrise de ces politiques publiques par le Parlement et celui de leur mise en œuvre.

Toutes les études confirment que l'espérance de vie varie selon la classe sociale. Nous faisons donc face à un véritable défi de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, auxquelles il faut s'attaquer de manière vigoureuse. En réalité, le diagnostic ne change pas beaucoup d'année en année, il faut quand même en faire le constat. Cela signifie que les actions que nous menons en la matière sont soit inefficaces, soit insuffisantes, soit les deux.

Nous devons agir sur nos modes de vie, de production et de consommation, ce qui suppose d'élever notre niveau de conscience des difficultés auxquelles nous devons faire face. Il s'agit également d'élever notre niveau de conscience sanitaire.

Selon Santé publique France, 40 000 décès ont été provoqués par l'exposition aux particules fines en France, entre 2016 et 2019. Et selon l'OMS, la pollution de l'air est responsable de la mort de 7 millions de personnes, chaque année, dans le monde. Ce qui fait d'elle la première cause de mortalité liée à l'environnement.

Nous avons donc un défi considérable à relever. J'y suis confronté dans mon territoire. Je sais que c'est sans doute le cas de chacun d'entre nous, mais je pense l'être de manière singulière.

J'avais déjà évoqué la question de la pollution atmosphérique lors du précédent avis budgétaire. J'avais alors formulé quelques propositions, notamment celle de créer un délégué interministériel à la lutte contre la pollution atmosphérique et à ses effets sur la santé. Celle aussi de créer des territoires pilotes pour lutter contre ces pollutions.

Nous avons besoin de prendre des initiatives, d'expérimenter et de faire preuve d'une volonté politique un peu plus vigoureuse. Volonté que je ne ressens pas dans le document qui nous est présenté, pas plus que je ne l'avais ressenti dans celui de l'année dernière.

Je veux dire quelques mots sur l'AME, dont le budget est en augmentation de 12 %, après un peu de « compression » et quelques restrictions en 2020. L'AME représente 0,5 % du total des dépenses de santé. C'est à la fois un geste d'élémentaire humanité et un geste élémentaire pour l'humanité que de garantir l'accès aux soins à chacune et à chacun, quelle que soit sa situation administrative, quels que soient ses moyens. Notre pays peut s'enorgueillir de cette aide même si, à mon sens, il est assez normal de faire ce choix politique, à rebours d'un certain égoïsme que j'entends poindre ici et là. La santé est un bien commun mondial. Je rappelle d'ailleurs, pour mémoire, que nombre d'actes médicaux sont, sur notre territoire, effectués par des médecins étrangers.

S'agissant de la stagnation des crédits et du plafond d'emplois de l'Inca. Il me semble que nous devrions au contraire augmenter les moyens de cet organisme, surtout en période de hausse du nombre de cancers et de forte inflation. L'Inca risque de devoir prélever les sommes dont il aura besoin pour fonctionner sur les crédits des recherches à conduire. Ce qui risque à terme de poser des problèmes.

Madame la ministre, pouvez-vous me confirmer que le projet de fusion entre le Fiva et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) est bien abandonné ? D'autre part, pouvez-vous nous dire si la récente étude de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), qui établit un lien causal avéré entre l'amiante et le cancer des ovaires et du larynx, aura potentiellement des effets sur le Fiva ?

Enfin, en ce qui concerne le volet médico-social du Ségur de la santé, doté de 1,25 milliard d'euros, que pouvez-vous nous dire quant à la répartition entre les régions et entre les différents types d'établissements ? L'objet de cette question est, très clairement, de savoir si Orpea touchera des subsides.

Mme la ministre déléguée. Je vais essayer de répondre à un maximum de questions, y compris à celles qui sont hors sujet.

Concernant l'AME, merci, monsieur Dharréville, d'avoir rappelé que cette aide a un objectif humanitaire. Notre pays peut en effet s'enorgueillir de fournir des soins à des personnes étrangères qui arrivent sur notre territoire. Mais elle a aussi un objectif sanitaire. Comme vous l'avez souligné, le budget de l'AME représente 0,5 % des dépenses de l'assurance maladie. En outre, depuis 2020, nous avons réformé le panier de soins dispensés, réforme qui a été en partie élaborée sur les bancs de cette assemblée, et nous avons renforcé les contrôles.

S'agissant de l'Inca, je rappelle que l'institut est cofinancé par la mission *Santé* et par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Je tiens à préciser que son budget a augmenté de 20 % par rapport au précédent plan Cancer et que le plafond d'emplois est effectivement stable depuis trois ans.

La prévention, si chère à chacun d'entre nous et en particulier à Cyrille Isaac-Sibille, qui a si valeureusement défendu son jaune budgétaire, est un enjeu majeur. Pour la première fois, nous avons un ministère de la santé qui est aussi celui de la prévention. Nous en sommes à la présentation des premiers budgets par le

Gouvernement et, déjà, un certain nombre de mesures sont annoncées dans le PLFSS. Je pense aux trois bilans de santé aux âges clés – 20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans –, à la mise en œuvre des plans Chlordécone et Santé-environnement ainsi que de la stratégie nationale de l'alimentation, de la nutrition et du climat, à la réalisation d'une étude individuelle nationale des consommations alimentaires ou encore à la lutte contre l'antibiorésistance. Des moyens complémentaires sont également prévus pour financer les systèmes d'information ainsi qu'une provision au titre de la gestion des sujets de crise sanitaire.

L'Anses va bénéficier de nouveaux moyens, pour réaliser des missions lors d'événements sportifs, comme la prochaine Coupe du monde de rugby, pour répondre au transfert de compétences en matière de cosmétique et pour renforcer la toxicovigilance. Au total, 13 millions d'euros seront consacrés à ces nouvelles missions.

Monsieur Juvin, le covid long est un sujet sur lequel nous avons beaucoup travaillé au cours de la dernière législature. Pour ce qui est de la stratégie nationale, que nous élaborons, nous avons encore besoin, collectivement, d'enrichir les connaissances médicales et la recherche.

Monsieur Isaac-Sibille, 2 milliards d'euros sont consacrés au développement des outils numériques dans le cadre du Ségur du numérique en santé, dont 0,5 milliard pour les établissements et services médicaux-sociaux et 0,5 milliard de rattrapage du numérique en établissement.

Je partage votre idée, madame Cristol, quant à la pluriannualité des investissements. Elle a été prise en compte puisque nous avons, maintenant, des perspectives à trois ans, grâce à la loi votée sur proposition de votre collègue Thomas Mesnier.

Pour ce qui est de la transfusion sanguine, je vais très prochainement rencontrer les dirigeants de l'EFS, pour évoquer en particulier des problèmes de personnel. Il s'agit d'un véritable enjeu, car nous avons besoin de professionnels pour effectuer les prélèvements, mais aussi pour faire la promotion du don du sang, en période estivale notamment.

À cet égard, le fait que le ministère de la santé soit aussi celui de la prévention permettra de rationaliser et de rassembler toutes les campagnes sous une même bannière. Cela devrait permettre de les rendre plus lisibles.

S'agissant des dépenses, le PLFSS 2023 prévoit une hausse de l'Ondam de 3,7 % de et de 4,1 % pour l'hôpital. Quant aux fermetures de lits évoquées, elles sont parfois dues à un manque de personnel soignant, en effet, mais aussi à l'évolution de notre système de santé. Ainsi, la transformation des soins ambulatoires et l'attractivité des métiers permettent eux aussi de faire évoluer la prise en charge à l'hôpital.

M. Juvin a soulevé la question de la tarification et des mesures d'urgence de la mission Braun. Cette mission a été évaluée en temps réel, selon une nouvelle méthode, jusqu'au 30 septembre 2022. Les actions qui ont fonctionné seront

conservées, celles qui n'ont pas donné satisfaction seront abandonnées. Quant à celles qui n'ont pas pu être mises en œuvre, en raison de mesures d'urgence prises pendant l'été, elles seront retenues si nous pensons qu'elles le méritent. Les résultats seront présentés dans les prochains jours au comité d'évaluation.

Monsieur Dharréville, la fusion entre le Fiva et l'Oniam ne se fera pas. Quant à la santé environnementale, ses enjeux, notamment ceux de la qualité de l'air, sont de première importance. Le CNR relatif à la santé va bientôt arriver dans vos régions. N'hésitez pas, si vous souhaitez mener des expérimentations, à en discuter au sein du Conseil.

S'agissant de la fin de vie, et à la suite de l'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), le Président de la République a décidé d'ouvrir le débat. C'est la première fois qu'un Président de la République prend une telle initiative. Il a souhaité le faire en s'appuyant sur une consultation citoyenne et sur une mission qu'il a confiée à deux membres du Gouvernement, en l'occurrence Olivier Véran et moi-même. Nous travaillerons avec un groupe transpartisan de députés et de sénateurs, et avec différentes catégories de soignants. Madame la présidente de la commission va quant à elle lancer bientôt une mission d'évaluation de la loi « Claeys-Leonetti ».

Nous travaillerons en outre sur la constitution d'un lexique, afin que nous parlions tous de la même chose et que nous donnions tous le même sens aux mots. Ces travaux vont être lancés dans les prochains jours pour ce qui est de la mission d'Olivier Véran et de moi-même, tandis que la consultation citoyenne, qui se fera en régions par l'intermédiaire des conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux, débutera au début du mois de décembre. La finalité de cette démarche est que nous puissions avoir collectivement un débat apaisé, que nos concitoyens attendent, sur ce sujet de société.

Il est important de pouvoir débattre de la question qu'ouvre l'avis du CCNE, c'est-à-dire de la possibilité de choisir sa fin de vie. Mais le Président de la République et la Première ministre ont été très clairs sur la feuille de route qui est la nôtre : il s'agit aussi de travailler sur les soins palliatifs et sur leur déploiement. Comme vous l'avez rappelé, vingt-trois départements n'ont toujours pas de centres de soins palliatifs. Outre les inégalités d'accès aux soins que ce chiffre révèle, il renvoie aussi à la question de la formation des professionnels de santé, qu'ils soient médecins, infirmiers, aides-soignants ou aides à domicile.

La prise en charge à domicile des soins palliatifs est un autre sujet crucial. L'information de nos concitoyens est à cet égard essentielle : seuls 18 % des plus de 50 ans ont par exemple rédigé une directive anticipée.

L'ouverture de ce débat peut être l'occasion de mener une réflexion sur notre rapport à la mort, sur l'accompagnement des aidants, voire sur le deuil. Lors de la crise sanitaire, nombre de personnes sont décédées seules, à l'hôpital, en Ehpad ou à domicile. Elles sont parties seules, parce que nous étions confrontés à un virus que nous ne connaissions pas. Avons-nous su tirer des conclusions de cette

épreuve ? Avons-nous aujourd'hui des solutions pour que cela n'arrive plus, si jamais nous étions, à nouveau, confrontés à une situation de ce type ?

Il est également urgent d'agir et d'apporter des solutions au problème des déserts médicaux. Il s'agit du travail quotidien du ministre François Braun et du mien. Nous aurons l'occasion d'y revenir avec le PLFSS.

M. Valletoux l'a souligné, la position commune signée par les sept ordres des professions de santé est une avancée majeure. Les professionnels de santé ont pris conscience qu'il était important d'accompagner le Gouvernement et les collectivités territoriales pour apporter, ensemble, des réponses aux besoins de santé de la population. Les médecins, qui restent les acteurs centraux, vont travailler avec les autres professions de santé pour répondre aux besoins de nos concitoyens. Notamment à ceux des 6 millions de Français et des 657 000 patients en ALD qui n'ont pas de médecin traitant. Les règles sont désormais posées et nous avançons plutôt bien et sereinement.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Jean-François Rousset (RE). Le projet annuel de performances du programme 204 indique que « *le recours au numérique est un vecteur d'évolution structurelle de notre système de santé* ». Aussi, comme vous, je crois que la télé-médecine est un formidable outil qu'il faut développer, notamment dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante, en veillant bien sûr à ce que la qualité et la sécurité des soins soient assurées. C'est le sens des amendements que je présente dans le cas du PLFSS.

Je pense, en particulier, qu'il faut encourager davantage la télé-expertise, qui permet à un professionnel de santé de solliciter, à distance, l'avis médical d'un ou de plusieurs de ses collègues. Aujourd'hui, la convention médicale limite l'usage de la télé-médecine à 20 % de l'activité conventionnée des médecins libéraux, sans distinguer télé-expertise et téléconsultation. Or la télé-expertise facilite l'exercice professionnel coordonné et ne devrait pas, selon moi, être intégrée dans ce plafond de 20 %. Que pensez-vous faire pour développer la télé-médecine ?

M. Victor Catteau (RN). L'immense incohérence dans la répartition des crédits budgétaires alloués à la mission *Santé* est particulièrement criante. En effet, en augmentant de plus de 133 millions d'euros l'aide visant à prendre en charge l'intégralité des dépenses médicales les étrangers résidents de façon irrégulière sur le sol français, qui s'élève au total à 1,2 milliard d'euros, le Gouvernement exprime clairement sa volonté de garantir la poursuite, voire l'accélération du processus d'injustice sociale émanant de l'État. Il est d'ailleurs important de noter que cette hausse de plus de 12 % des crédits alloués à l'AME par rapport à l'année précédente est supérieure à celle de l'ensemble des crédits destinés à la mission *Santé*. Si, par élégance, je vous épargne la remise en cause du bien-fondé de ce dispositif, il est néanmoins évident que la disproportion des crédits qui lui sont attribués est tout simplement ahurissante, notamment en comparaison des autres lignes budgétaires. Ces autres lignes budgétaires, que ce soit la modernisation de l'offre de soins, la

prévention des maladies chroniques ou la qualité de vie des malades, vous refusez de les augmenter, ce qui provoque l'immense incompréhension de nos compatriotes. Comment expliquer l'incohérence de ces décisions politiques qui privilégient constamment les autres plutôt que les nôtres ?

Mme Fanta Berete (RE). Parmi les étudiants, 20 % vivent sous le seuil de pauvreté. Cette paupérisation a de nombreux impacts sur l'alimentation, sur la réussite scolaire, sur les relations sociales ou encore sur l'accès aux soins. Dans une étude menée auprès de 7 000 jeunes Franciliens ayant bénéficié des services de Linkee, une association parisienne qui fournit de l'aide alimentaire aux étudiants, plus d'un jeune sur deux dispose d'un reste à vivre inférieur à 50 euros par mois. De même, un sur deux a dû renoncer à des soins médicaux au cours des derniers mois, pour des raisons financières.

Depuis le début du quinquennat, le Gouvernement a multiplié les dispositifs de soutien financier destinés à préserver le pouvoir d'achat des étudiants pour se loger et se nourrir. Pour ce qui est de la santé, il a renforcé la coopération entre les acteurs de l'enseignement supérieur et de l'assurance maladie, en désignant des référents enseignement supérieur. Il a également développé le programme d'accompagnement Santé Psy Étudiant. Cependant, dans un contexte d'inflation galopante, le renoncement des étudiants aux soins est un enjeu majeur.

M. Serge Muller (RN). Alors que vous prévoyez la gratuité de la pilule du lendemain et du dépistage gratuit des infections sexuellement transmissibles (IST) dans le PLFSS, je ne vois rien concernant les politiques de prévention de ces infections. Dans les années 1980, la prévention contre le sida passait par la promotion du préservatif. Cela a marqué toute une génération et s'est révélé très efficace.

Aujourd'hui, nous constatons une augmentation des IST, notamment les chlamydia et gonocoques, ce qui révèle un moindre usage du préservatif par les jeunes. M. Braun l'a reconnu récemment. Le ministre a en outre indiqué que le budget que la France consacre à la prévention était inférieur à ceux de nos voisins européens, soit 2 % du budget santé contre 4 %. Mais il a ajouté qu'il était optimiste quant aux futures politiques de prévention.

Pouvez-vous nous décrire concrètement ces nouvelles politiques ? Et quand souhaitez-vous mettre en place la gratuité des préservatifs ?

Mme Michèle Peyron (RE). Le *chemsex* désigne le recours à des produits psychoactifs pendant les rapports sexuels. Cette pratique émergente est en très forte augmentation, notamment chez les jeunes. Les risques encourus sont multiples et importants : forte dépendance et addiction aux drogues, surdoses mortelles, non-maîtrise de la consommation, transmission d'IST ou du VIH, désociabilisation et troubles de la santé mentale. Ça fait beaucoup !

En septembre 2021, le ministre Olivier Véran a commandé un rapport au professeur Amine Benyamina, afin de dresser un état des lieux et de formuler des recommandations pour prévenir et réduire ces risques. Madame la ministre, je souhaiterais connaître la feuille de route du Gouvernement à ce sujet.

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). Lors de votre passage à La Réunion dernièrement, vous avez annoncé la tenue d'un CNR. Avec qui ? L'outre-mer est-il consulté ?

Concernant le coefficient géographique, le président Macron s'était engagé à le revaloriser. Vous avez dit qu'une étude était toujours en cours. Pourquoi étudier encore ? Quand allez-vous tenir parole et revaloriser ce coefficient géographique ? Cela sera-t-il fait en 2023 ?

Par ailleurs, selon une récente étude de l'Insee, 690 décès supplémentaires ont été enregistrés à La Réunion en 2020. Selon cet institut national, cette hausse est due au vieillissement de la population, vieillissement qui implique une nouvelle politique efficace. Quelle sera cette politique, notamment pour ce qui est de la construction des Ehpad et du maintien à domicile ?

Concernant la santé mentale, un rapport fait état d'une sous-dotation de 20 % à La Réunion par rapport à la métropole. Des engagements ont été pris pour l'ouverture d'une clinique psychiatrique dans l'est de La Réunion. Cette clinique va-t-elle voir vraiment le jour, et quand ?

M. Didier Martin (RE). Vous avez longuement abordé la question de la fin de vie et je vous en remercie. Les associations qui accompagnent les malades jouent, elles aussi, un rôle important, notamment d'information quant aux directives anticipées, à la désignation de personnes de confiance, etc.

Comment l'action 14 du programme 204 peut-elle soutenir ces associations, qui travaillent en complément des unités de soins palliatifs ?

M. Joël Aviragnet (SOC). La pandémie et le confinement banalisent les troubles psychiques chez nos concitoyens, notamment chez les jeunes. Le Gouvernement a tenté d'y répondre avec MonPsy, un dispositif mal pensé, mal appliqué, qui n'a pas eu l'effet escompté.

Depuis des années, la psychiatrie est le parent pauvre de l'hôpital public, alors même que chacun d'entre nous connaît la situation globale des hôpitaux. Ces deux sujets forment un tout, que l'on peut appeler la santé mentale. Malheureusement, nos politiques publiques continuent de considérer que la santé mentale est moins importante que la santé physique. Rien n'est fait, il n'y a toujours pas de plan pour refonder la santé mentale.

Le coût annuel direct et indirect des troubles psychiques est estimé à 109 milliards d'euros. Dans le même temps, les dépenses annuelles de santé mentale ne sont que de 23 milliards d'euros.

Allez-vous agir pour que la santé mentale soit mieux considérée et traitée. Êtes-vous disposée à engager un travail sur ce sujet essentiel ?

M. Yannick Neuder (LR). Attention à l'effet volume et aux 159 % d'augmentation : 1,93 milliard d'euros sont quand même des financements européens du plan de relance !

S'agissant des sujets considérés comme figurant dans le cadre de cette audition, on vous a signifié l'augmentation de la mortalité infantile. Or, le budget santé mère-enfant reste identique. On vous a signalé également qu'il n'y avait pas d'évolution budgétaire pour la santé mentale. De même, comme l'a rappelé Philippe Juvin, rien n'est prévu quant au covid long, contrairement à ce que font d'autres pays européens.

Enfin, s'agissant de questions prétendument hors sujet, je trouve étonnant que l'on soit satisfait d'un Odam à 4,1 %, qui progresse moins que l'inflation.

D'autre part, quelle est la valeur de la mission Braun d'évaluation, qui porte sur des mesures qui ont commencé début juillet et qui ont été évaluées en septembre ?

Mme Annie Vidal (RE). La mission *Santé* a entre autres objectifs l'organisation d'une offre de soins adaptée à nos territoires, pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins. La crise du covid-19 a quant à elle fait émerger de nombreuses initiatives de terrain très intéressantes.

Parmi elles, l'unité de renfort de Gournay-en-Bray, dans ma circonscription, s'est adaptée très vite à la crise sanitaire pour prendre en charge les personnes les plus éloignées. Cela a été possible grâce à la collaboration d'un médecin et d'infirmières aux compétences élargies, qui sur le terrain renforcent l'offre de soins de première ligne.

Toutefois, le cadre légal ne correspond pas à ces nouveaux modes d'exercice. Seriez-vous favorable au soutien de ces pratiques, qui permettent de mieux faire face à la pénurie d'offres de soins sur nos territoires et grâce auxquelles les patients peuvent bénéficier de consultations ambulatoires de premier recours ?

M. Arthur Delaporte (SOC). La hausse de 159 % des crédits de la mission *Santé* est effectivement en trompe-l'œil, puisqu'elle est largement due à la création d'un programme temporaire...

Je souhaite revenir sur l'AME, dont l'augmentation n'est finalement qu'un rattrapage, après la stabilité des années 2020 et 2021. Le programme 183 met en lumière la dérive morale et sanitaire de la réforme de 2020, qui se traduit aujourd'hui par un renforcement de la traque des bénéficiaires, des contrôles qui visent les allocataires de l'AME. En insistant sur les contrôles, vous remettez une pièce dans la machine de la réforme de 2020, qui a été tant décriée par les associations, qui évoquaient une triple faute morale, économique et sanitaire.

Il faut absolument mettre un terme à ce discours. Nous vous y invitons frontalement, parce que nous ne pouvons pas accepter ce type de mesures.

Mme Josiane Corneloup (LR). Le programme 204 finance aussi le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine. Il y a trois ans, nous avons adopté une réforme de ce dispositif à la demande de ma collègue Véronique Louwagie, rapporteure spéciale de la commission des finances. Cette réforme devait

notamment permettre de réduire de trois à un mois le délai d'indemnisation des victimes par l'Oniam.

Toutefois, son application a été retardée par la crise sanitaire et il est difficile d'en établir un bilan complet. Nous voyons en tout cas que la trajectoire demeure toujours très éloignée des objectifs initiaux, puisque le financement de ce dispositif baisse une nouvelle fois, de 10 millions d'euros, en raison d'une sous-consommation. Quelle piste pourrait être envisagée pour atteindre les objectifs fixés ?

Mme Prisca Thevenot (RE). La volonté de faire émerger une véritable culture de la prévention, trop longtemps négligée, est positive et doit être saluée. Mais qui dit prévention doit aussi dire communication, parce que la première sans la seconde ne sert à rien, notamment vis-à-vis des acteurs médicaux de terrain. Que compte faire le Gouvernement pour que cette communication soit effective auprès des professionnels de la santé, tant sur le plan national que dans nos territoires ?

Mme la ministre déléguée. La télémédecine et la télé-expertise sont en plein développement. Nul doute que de nouvelles négociations conventionnelles seront l'occasion de revoir ces règles, notamment celle des 20 %. Il faut néanmoins distinguer les téléconsultations de spécialistes, qui n'ont pas forcément besoin de recourir à des examens cliniques, de celles des médecins, qui pratiquent ces examens. Les premiers doivent, cependant, recevoir leurs patients de temps à autre. Quant aux seconds, seuls 3 % d'entre eux « téléconsultent ». Il y a donc un gros delta entre les uns et les autres et il faut établir des règles. Revoir celles qui sont en vigueur actuellement, lors de prochaines négociations conventionnelles, semble important en effet.

Je ne reviendrai pas sur l'AME, ayant déjà longuement répondu sur ce point.

Madame Berete, la santé des étudiants est effectivement un enjeu majeur. Sylvie Retailleau, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, a annoncé que le service de santé universitaire allait désormais s'appeler le service de santé des étudiants. Un budget supplémentaire de 8,2 millions d'euros lui sera consacré. Les étudiants pourront également bénéficier d'un des trois bilans de prévention – pour les 20-25 ans – prévus dans le PLFSS.

Plusieurs questions portaient sur la santé sexuelle. Tout d'abord, je tiens à rappeler que le préservatif peut être pris en charge, sur prescription, depuis plusieurs années. De même, la contraception est désormais gratuite pour toutes les jeunes femmes de moins de 25 ans. Le bilan des 20-25 ans pourra également être l'occasion d'évoquer ces questions de contraception et de prévention des IST. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic sont des lieux où ces sujets peuvent être librement et anonymement abordés, comme peuvent l'être les pratiques qui combinent relations sexuelles et produits psychoactifs. Pratiques qui se développent, concernent une partie importante de notre jeunesse et inquiètent les pouvoirs publics.

Monsieur Ratenon, comme je l'ai dit lors de mon récent déplacement, la question de la révision éventuelle du coefficient géographique, spécifique à

La Réunion, est toujours en cours d'étude par les services de la Drees. J'ai pu constater que l'île était très active en matière de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes.

Monsieur Martin, la place des associations, l'enjeu des directives anticipées et des personnes de confiance feront partie du débat que nous aurons sur la fin de vie. Nous souhaitons d'ailleurs que ces associations puissent prendre part à ce débat.

Certains parmi vous ont décrit l'augmentation des crédits de 159 % comme un trompe-l'œil, dû à l'intégration du programme 379, qui n'est qu'un jeu d'écritures. Je précise donc que si nous retirons ce programme, la mission *Santé* voit néanmoins ses crédits augmenter de 4,2 %.

Madame Vidal, la réponse aux enjeux de coordination et de travail entre les professionnels de santé, entre les médecins et les infirmiers et infirmières notamment, viendra de l'accord récemment signé avec les sept ordres des professions de santé.

Pour ce qui est des victimes de la Dépakine, la crise sanitaire n'a effectivement pas permis de réduire de trois à un mois le délai d'instruction. Quant à la baisse des crédits que vous avez notée, elle résulte de leur mode d'attribution, en fonction du nombre de dossiers.

Madame Thevenot, je vous rejoins complètement, la prévention est un enjeu majeur de santé publique et la communication est, elle aussi, essentielle, comme l'illustre la campagne de prévention et de communication déployée à l'occasion du mois sans tabac. Il s'agit sans doute d'une des belles réussites, que nous devons reproduire. Réunir et unifier les acteurs de la prévention et de la communication est également crucial, comme l'a dit Cyrille Isaac-Sibille.

II. EXAMEN DES CRÉDITS

La commission examine ensuite les crédits de la mission Santé (M. Christophe Bentz, rapporteur pour avis).

Article 27 et état B : Crédits du budget général

Amendement II-AS14 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). L'amendement vise à doubler les crédits de l'action 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades*. Le Gouvernement propose une baisse de ces crédits en valeur réelle ; nous souhaitons au contraire une politique ambitieuse de prévention.

La France est l'un des pays occidentaux où la part des dépenses de santé consacrée à la prévention est la plus faible : 2,5 % chaque année selon la Drees, contre plus de 5 % dans certains pays nordiques. Il faut agir !

M. le rapporteur. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS63 de M. Damien Maudet.

Mme Marianne Maximi (LFI - NUPES). Le manque d'activité sportive est responsable de plus de décès que le tabagisme. Afin d'ouvrir le débat sur la prévention par le sport, nous proposons par cet amendement d'appeler de consacrer à celle-ci un nouveau programme, doté d'une somme élevée bien qu'encore insuffisante.

M. le rapporteur. Il existe déjà une ligne dédiée à la prévention. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS73 de M. Damien Maudet.

Mme Marianne Maximi (LFI - NUPES). Pour une vraie politique de prévention au lieu d'une intervention après coup, il s'agit de créer un programme *Prévention contre les maladies chroniques*, doté de 5 millions d'euros.

M. le rapporteur. Pour les mêmes raisons qu'à l'amendement précédent, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS71 de M. Damien Maudet.

Mme Farida Amrani (LFI - NUPES). L'augmentation du budget alloué à l'AME n'est pas de nature à compenser ses années de baisse en termes réels, encore moins de répondre aux besoins qui se font sentir.

Pourtant, augmenter les crédits de l'AME est un impératif de santé publique. L'absence de soins conduit en effet à la recrudescence de maladies pour l'ensemble de la population, et, *in fine*, à des coûts plus élevés pour le système de santé. Si environ 380 000 étrangers en bénéficient, l'AME est avant tout caractérisée par le non-recours : seuls 51 % des étrangers en situation irrégulière présents depuis au moins trois mois sur le territoire – condition *sine qua non* pour en bénéficier – seraient couverts.

Nous déplorons que cette aide soit à ce point instrumentalisée par le Gouvernement, les médias et l'extrême droite alors qu'elle équivaut à peine à 0,5 % des dépenses publiques de santé et qu'elle bénéficie au bout du compte à l'ensemble de la population.

M. le rapporteur. Avis évidemment défavorable, comme je m'en explique dans mon avis budgétaire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS10 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement d'appel vise à construire une véritable stratégie d'investissement dans l'hôpital public.

Bien que le Gouvernement ait vanté un « effort historique » pour l'hôpital public au moment de la conclusion du Ségur de la Santé, une fois enlevés les 13 milliards d'euros de reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, la réalité des 6 milliards d'euros d'investissement annoncés est plus que contestable.

S'agissant de ces investissements dits du quotidien, le ministère des solidarités et de la santé n'est capable de fournir un échéancier précis de décaissement que pour 2,5 milliards d'euros. Où sont passés les 3,5 milliards restants ? « L'échéancier n'est pas connu » ! Financé par le fonds de relance de l'Union européenne, le volet investissement du Ségur de la santé souffre donc d'un grave problème d'exécution et de suivi. Le Gouvernement n'est pas en mesure de fixer dans le projet annuel de performances, de manière pluriannuelle, des objectifs chiffrés concernant les hôpitaux et Ehpad qui doivent bénéficier de ces 6 milliards.

Il n'y a pas de pilote dans l'avion. Nous demandons une stratégie claire et chiffrée, adossée à un calendrier de mise en œuvre du volet investissement du Ségur.

M. le rapporteur. L'investissement dans l'hôpital public est un sujet capital, mais le véhicule de son financement ne saurait être le programme 379, créé spécialement dans le PLF 2023 afin d'absorber les transferts de crédits de l'État vers l'assurance maladie.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS11 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). Il s'agit cette fois de construire une véritable stratégie d'investissement dans les Ehpad, là aussi assortie d'un échéancier précis.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS75 de M. Damien Maudet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Selon la Fédération hospitalière de France, il manque environ 1 milliard d'euros pour les hôpitaux dans le PLFSS malgré la compensation des effets de l'inflation. Notre amendement est d'appel, la somme que nous proposons de rendre aux hôpitaux restant insuffisante. Je vous alerte également sur les inquiétudes des établissements hospitaliers dont les factures d'énergie explosent car ils ne bénéficient pas du bouclier tarifaire – j'aurais aimé que la ministre m'entende sur ce point.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Vous auriez pu lui poser la question.

M. le rapporteur. Il est exact que le Gouvernement a refusé de compenser dans le PLFSS les effets de l'inflation sur les établissements et que la perte réelle de moyens que cela induit est regrettable. Toutefois, le PLF n'est pas le bon vecteur d'action.

Avis défavorable.

M. Arthur Delaporte (SOC). Il n'y a jamais de bon vecteur d'action, ce qui fait qu'à la fin, on n'agit jamais ! Pourtant, les problèmes sont là et il manque 1 milliard d'euros.

Quant à votre précédente réponse, le programme 379 était bien le bon : il permet à l'État de reverser à la sécurité sociale les crédits européens perçus dans le cadre du plan de relance et de résilience au titre du financement des dépenses d'investissement dans les établissements de santé et médico-sociaux. Il faut revoir vos fiches, monsieur le rapporteur !

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS76 de M. Damien Maudet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Les Ehpad font face à une hausse des prix de plus de 50 % pour le gaz et de 14 % pour l'alimentation. Nous proposons de la compenser.

Ce n'est peut-être pas le bon vecteur, mais les créations de dépenses dans le cadre du PLFSS sont elles aussi refusées. Nous essayons de mettre là où nous le pouvons de l'argent pour les établissements de santé.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS64 de M. Damien Maudet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Il s'agit à nouveau de l'hôpital. On m'a rétorqué tout à l'heure que 19 milliards d'euros y avaient été investis, et même que les soignants y avaient les moyens de faire leur travail.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Ce n'est pas ce que j'ai dit : j'ai parlé d'un début de rattrapage.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Je vérifierai. En tout cas, vous dites que l'on est sur le bon chemin : alors que des services d'urgences ont été fermés pendant l'été, le Gouvernement ne voit toujours pas qu'il fait fausse route.

Nous proposons donc d'imposer des ratios de soignants par lit à l'hôpital public. Il s'agit d'améliorer les conditions de travail des soignants ; en outre, une étude australienne publiée dans *The Lancet* a montré qu'un ratio d'un soignant pour quatre malades permet de réduire drastiquement le risque de réadmission comme de décès.

Au sujet des fermetures de lits, la ministre a semblé parler d'une nouvelle manière de fonctionner. A-t-on donc décidé de fonctionner en mode dégradé ? Si c'est le cas, autant l'écrire directement dans les études d'impact du budget.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je rappelle qu'il est tout à fait normal que les ministres ne soient pas présents pendant l'examen des amendements. Mais nous avons pu poser à la ministre différentes questions auxquelles elle a répondu.

M. le rapporteur. Le montant des crédits qu'il est proposé de transférer n'apparaît ni cohérent ni suffisant. Avis défavorable.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Arrêtons avec les ratios, allégeons les contraintes de gestion et donnons aux soignants du temps pour soigner. De plus, l'activité de l'hôpital ne se conçoit pas entre les quatre murs de l'établissement, mais en lien avec l'ensemble des professionnels de santé, de sorte que la population soit prise en charge collectivement, par le public et le privé. Cette activité n'est pas la même lorsque des soignants privés épaulent l'hôpital et lorsque les hospitaliers sont seuls à faire le boulot.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). L'existence de ratios n'alourdit pas le travail des soignants. Au contraire, elle peut améliorer leurs conditions de travail, dont la dégradation explique que les soignants nouvellement recrutés ne restent pas. Le ratio moyen en France est d'un soignant pour treize malades, contre un pour quatre en Californie. Bien sûr, c'est une moyenne : la situation diffère selon les services.

Mme Annie Vidal (RE). Imposer des ratios dans les services hospitaliers oblige à fermer le service s'il manque une seule infirmière : c'est le meilleur moyen de fermer des services !

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS66 de M. William Martinet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Il s'agit des 3 000 exclus du Ségur au sein de la fonction publique hospitalière. Quand on est payé 1 600 à 1 800 euros, une prime de 183 euros, ce n'est pas rien, même si cela ne suffira pas pour faire rester les soignants.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je suis heureuse d'entendre dire que ce n'est pas rien, après avoir entendu répéter que c'était des miettes !

M. le rapporteur. La question a été discutée dans le cadre du PLFSS, mais les réponses apportées par le Gouvernement restent très insuffisantes. Avis favorable.

Mme Laurence Cristol (RE). On a tendance à assimiler au Ségur le soutien, unique par son ampleur, apporté par l'État aux revalorisations salariales des professionnels des champs sanitaire et médico-social. En réalité, il s'agit d'un ensemble de mesures – Ségur, Laforcade, Castex – qui représentent plus de 12,5 milliards en 2022. Les plus récentes sont l'extension à la filière socio-éducative de l'augmentation mensuelle de 183 euros, annoncée en février dernier, pour 1,4 milliard, et l'extension aux salariés du secteur associatif, toutes professions confondues, des mesures de revalorisation du point d'indice, annoncée le 15 septembre et applicable rétroactivement au 1^{er} juillet. Au total, ces revalorisations représentent plus de 3,2 milliards de dépenses annuelles pour la branche autonomie, et le nombre de bénéficiaires d'une revalorisation équivalente à 183 euros nets mensuels s'élève à 700 000. Beaucoup a donc déjà été fait.

Naturellement, nous entendons les attentes des uns et des autres. Le Gouvernement a pour ambition de vérifier que tout ce qui a été décidé est bien mis en œuvre, que les accords sont signés et homologués ; nous autres parlementaires avons un rôle à jouer dans la transmission de ces informations. Le Gouvernement poursuit le dialogue et est attentif à tous ceux qui estiment être les oubliés du Ségur. L'Assemblée des départements de France, les partenaires sociaux et les associations ont leur part dans les travaux préparatoires à l'extension des revalorisations. Mais les décisions de revalorisation exceptionnelle dans certains métiers ont été prises selon une logique et dans un périmètre sur lesquels nous ne reviendrons pas. L'objet des négociations excède largement le Ségur et concerne jusqu'aux métiers de la petite enfance. Les problèmes d'attractivité et de pénurie ne sont pas partout les mêmes. Au-delà de la rémunération, certes incontournable, ce sont aussi les moyens qui sont en jeu, ainsi que la reconnaissance et la valorisation par la société.

Tous les sujets sont sur la table. Les reconversions et les conditions de travail seront également abordées lors des réflexions à venir dans le cadre du CNR « bien vieillir », avec tous les ministres concernés. Il s'agit d'une priorité du quinquennat, bien au-delà d'un amendement aux crédits de la mission *Santé*.

M. Éric Alauzet (RE). Beaucoup de personnes ont été concernées par l'augmentation ; sans doute faudra-t-il aller encore plus loin. Mais voilà longtemps que nous sommes sortis du Ségur ; il est donc tout à fait inapproprié de parler d'oubliés du Ségur, même s'il est légitime que d'autres personnes souhaitent les mêmes bénéfices – le périmètre du Ségur était très restreint.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Nous avons déjà eu ce débat. Sur deux personnes qui ont le même statut, qui font partie de la fonction publique hospitalière, pourquoi l'une a-t-elle droit au Ségur et pas l'autre ? Pourquoi est-ce le cas du personnel éducatif dans les centres départementaux ? Si des travaux sont

en cours, je m'en réjouis et j'espère que les choses vont avancer. Comme vous l'avez dit, il y va du regard de la société sur ces gens qui ont joué un rôle essentiel pendant la pandémie de covid – certains l'ont attrapé et ont été hospitalisés.

Madame la présidente, la revalorisation est minime, mais quand on n'a pas à manger, on prend ce qu'il y a.

Je le répète, il ne s'agit que de 3 000 personnes et de 183 euros, et je ne suis pas le seul député à en parler.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS74 de M. Damien Maudet.

M. le rapporteur. Le recrutement des soignants relève du PLFSS. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle rejette l'amendement II-AS77 de M. Damien Maudet.

Amendement II-AS72 de M. Damien Maudet.

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). Nous proposons la création d'un pôle public du médicament.

Les pénuries de médicaments ont été multipliées par trente en seulement dix ans. Les principaux médicaments concernés sont les anti-infectieux, les traitements du système nerveux et les anticancéreux. Or le reportage diffusé dans « Complément d'enquête » le 9 septembre 2021 révélait que ces pénuries étaient parfois organisées artificiellement par les laboratoires pharmaceutiques pour faire monter les enchères sur le prix des médicaments.

Le secteur pharmaceutique est entre les mains de plusieurs grands groupes privés dont la puissance est telle qu'ils parviennent régulièrement à influencer la décision publique et à bernier les organismes étatiques de contrôle. Les scandales sanitaires à répétition, du Vioxx au Levothyrox en passant par la Dépakine et le Mediator, ont mis en lumière ce que la quête de profit peut faire à la santé publique.

M. le rapporteur. Le sujet, déjà débattu plusieurs fois ici même, est évidemment du ressort du PLFSS. Avis défavorable.

M. Arthur Delaporte (SOC). Qui dit pôle public du médicament dit financement d'une politique publique ; il est donc permis de l'évoquer dans le cadre du PLF.

Nous avons grand besoin d'une politique publique du médicament pour contrôler le secteur et éviter les dérives de l'industrie pharmaceutique, liées au développement de la sous-traitance et à la mise en concurrence. Les sous-traitants assument la fabrication, le conditionnement, doivent payer les charges fixes et réalisent de très faibles marges alors que les grands groupes s'enrichissent

inconsidérément. Je salue en particulier les salariés de Cenexi, dans ma circonscription, en grève pour demander des revalorisations salariales.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques II-AS12 de M. Jérôme Guedj et II-AS129 de Mme Sandrine Rousseau.

M. Elie Califer (SOC). Nous proposons de créer un nouveau programme intitulé *Santé environnementale*, doté de 500 millions d'euros.

L'une des leçons de la crise du covid-19 est que nous devons intégrer l'approche *One Health* de l'OMS. Selon cette approche, les autorités politiques doivent conjuguer santé et environnement, car les deux sont interdépendants. De nombreux travaux scientifiques étayaient cette orientation. Selon l'Institut de recherche pour le développement, trois infections émergentes sur quatre apparues au cours des quarante dernières années sont des zoonoses, c'est-à-dire des maladies infectieuses animales transmises à l'homme – dont le SARS-CoV-2, virus à l'origine du covid-19.

Face à l'augmentation de ces maladies, toutes les parties de la population ne sont pas égales, en particulier celles des outre-mer. Ainsi, le covid-19 a révélé la vulnérabilité particulière des personnes souffrant d'affections sous-jacentes comme le diabète ou l'obésité. Les dernières données de santé publique montrent que 88 % des personnes hospitalisées pour cause de covid-19 et 94 % de celles qui en sont décédées souffraient d'un ou de plusieurs facteurs de comorbidité – 48 % d'entre elles, par exemple, étaient atteintes d'obésité. Or, le nombre des ALD liées à ces maladies a doublé entre 2003 et 2017, ce qui signifie que le risque d'être sévèrement touché et de mourir a progressé dans la même proportion.

En dépit de ces enjeux, notre politique de santé environnementale brille par son absence. Le Ségur de la santé, par exemple, n'a apporté aucune réponse dans ce domaine. Nous demandons donc d'investir dans une réelle politique de santé environnementale qui prendrait en considération tous les facteurs d'émergence des maladies.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Aucune ligne budgétaire n'est réellement prévue pour financer une politique publique en matière de santé environnementale. Or nous savons le Gouvernement attaché à la politique de santé globale de l'OMS, comme nous, d'ailleurs. Nous proposons donc de créer un nouveau programme intitulé *Santé environnementale*, doté de 500 millions d'euros.

De nombreuses études épidémiologiques montrent que la pollution atmosphérique, notamment en milieu urbain, constitue l'un des facteurs principaux de risque sanitaire. On sait aussi que les facteurs environnementaux sont responsables de près de 20 % de la mortalité en Europe. Nous demandons donc que soit menée une vraie politique environnementale, à la fois en matière de prévention et de traitement des maladies dues à des facteurs environnementaux.

Les besoins sont immenses : il faut structurer et renforcer la recherche, mieux connaître les maladies liées aux atteintes à l'environnement, surveiller la santé de la faune terrestre, prévenir les zoonoses, renforcer la sensibilisation des urbanistes et des aménageurs des territoires pour mieux prendre en compte la santé environnementale, ou encore identifier les substances dangereuses pour la santé et l'environnement dans les objets du quotidien. La liste est longue ; c'est pour cela que nous proposons des financements qui soient à la hauteur de ces enjeux.

M. le rapporteur. Il est vrai que les derniers plans nationaux santé-environnement n'ont pas été à la hauteur des attentes, et l'idée dont procèdent ces amendements est intéressante, mais la prise en charge des atteintes à l'environnement, les actions de dépollution ou encore le soutien aux entreprises pour leur transition écologique trouveraient davantage leur place dans des missions dédiées à la transition énergétique.

Avis défavorable.

Mme Laurence Cristol (RE). L'Anses s'est déjà fortement mobilisée en faveur des questions touchant à la santé environnementale, dans une logique procédant de la stratégie *One Health*. Les zoonoses font l'objet d'une unité dédiée au sein de son laboratoire de santé animale. L'agence mène également des recherches sur l'exposome, notamment, pour mieux connaître les effets sur la santé des expositions dans l'environnement quotidien. Enfin, son budget est déjà en hausse pour l'année 2023.

Mme Sandrine Josso (Dem). Lors de la précédente législature, j'ai rédigé un rapport sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale. Étant donné les résultats de l'audition, je voterai en faveur de ces amendements.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Je suis très surprise qu'il n'y ait aucune ligne budgétaire dédiée à la question et que des moyens importants ne soient pas mis sur la table. La crise du covid aurait pourtant dû faire office de signal d'alarme : la santé environnementale est un enjeu majeur. J'entends dire partout que le Gouvernement est attaché à la prévention, mais je n'en vois pas la traduction dans les faits. D'ailleurs, la question de mon collègue Sébastien Peytavie relative à la prévention et à la santé environnementale n'a pas non plus reçu de réponse. Je ne voudrais pas jouer les oiseaux de mauvais augure, mais je prédis que nous allons nous mordre les doigts de ne pas investir dans la prévention pendant qu'il en est encore temps de le faire. Nous sommes à un moment crucial.

La commission rejette les amendements.

Amendement II-AS13 de M. Joël Aviragnet.

M. Elie Califer (SOC). Cet amendement vise à créer un nouveau programme dédié à la santé mentale et à le doter de 1,2 milliard d'euros. Ce programme est la traduction de la priorité collective que nous souhaitons donner à notre système de santé mentale.

Celui-ci est à bout de souffle. Malgré le grand dévouement et les compétences des professionnels de santé et des intervenants, les réponses données sont défaillantes dans presque tous les domaines. La saturation des structures de soins et d'accompagnement, sous-dimensionnées et en nombre insuffisant, est une illustration de cet épuisement. Il convient donc d'élaborer et de déployer une nouvelle stratégie nationale de la santé mentale. Celle-ci aura vocation à combler un retard d'investissement remontant à plusieurs décennies, à orienter le système vers des soins plus ambulatoires et inclusifs, à décroïsonner toutes les filières – sanitaire et médico-social, psychiatrique et somatique, ville et hôpital, enfants et adultes – et à embaucher de nouveaux personnels. Elle aura également pour objectif de prévenir les troubles psychiques, par exemple en sensibilisant les enfants aux émotions, ou encore en travaillant à éviter l'épuisement professionnel en entreprise.

Les besoins en la matière sont criants. Or les annonces du Président de la République aux assises de la santé mentale, en septembre 2021, ne sont pas suffisantes et leur mise en œuvre s'avère très incomplète. Ainsi, le dispositif MonPsy ne mobilise que 2,6 % des psychologues exerçant en France.

Selon le ministère de la santé et de la prévention, le coût total, direct et indirect, des troubles psychiques est supérieur à 109 milliards d'euros par an. Nous sommes convaincus, pour notre part, que chaque euro dépensé pour la santé mentale est un euro gagné à long terme. La somme que nous proposons d'allouer au nouveau programme compléterait les efforts de l'assurance maladie, principal financeur en la matière.

M. le rapporteur. La santé mentale des Français est effectivement un enjeu prioritaire ; j'ai moi-même alerté le ministre de la santé et de la prévention à ce propos.

Avis favorable.

Mme Laurence Cristol (RE). Un tel amendement me semble relever plutôt du PLFSS : il s'agit tout de même de 1,2 milliard d'euros. Par ailleurs, les ressources allouées à la psychiatrie ont déjà augmenté de 3,9 % dans la LFSS 2022. Même s'il reste beaucoup à faire, de nombreux progrès ont été enregistrés. Nous avons développé les centres médico-psychologiques et l'offre d'accueil familial. Nous avons également apporté des réponses aux besoins urgents, notamment en ce qui concerne les psychotraumatismes. Certes, nous ne saurions nous satisfaire de la situation, et la santé mentale reste un vrai sujet d'inquiétude, mais il vaut mieux poursuivre les actions engagées depuis deux ans que de créer un nouveau programme.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS23 de M. Arthur Delaporte.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement vise à créer un fonds dédié à la recherche sur l'endométriose et à la prise en charge de cette maladie. Le Président de la République, deux jours avant l'examen de la proposition de loi de notre collègue Clémentine Autain relative à l'endométriose, il y a un an, avait dit

que ce texte serait l'occasion d'élaborer un plan ambitieux et doté de moyens. Force est de constater que ces moyens n'ont toujours pas été débloqués.

Alors que l'endométriose touche une femme sur dix, les soins disponibles et la recherche ne sont pas à la hauteur. Il faut sept à dix ans, parfois même quinze ans, pour diagnostiquer une endométriose. Seuls cinq à dix médecins sont capables d'effectuer des interventions très spécialisées. Par ailleurs, le Gouvernement a refusé d'inscrire l'endométriose sur la liste des ALD exonérantes, dite ALD 30. Une stratégie nationale existe, mais il faut un calendrier et un budget. Nous vous proposons donc d'abonder un programme de recherche et de prise en charge, à hauteur de 20 millions d'euros.

Contre l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS24 de M. Arthur Delaporte.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement vise à rendre gratuites les protections périodiques pour les 1,7 à 2 millions de femmes concernées par la précarité menstruelle. Avec l'inflation, le coût de ces protections est de plus en plus important. Le rapport de Mmes Romeiro Dias et Taurine sur les menstruations évaluait leur coût à 10 euros par mois, soit 120 euros par an. Le fonds que nous proposons de créer, doté de 240 millions d'euros, permettrait de protéger ces femmes. La France ne serait pas un cas unique : ainsi, l'Écosse, a mis en place une gratuité totale des protections menstruelles.

Certaines initiatives vont déjà dans le bon sens, par exemple l'installation de distributeurs de protections périodiques gratuites dans les universités, mais elles restent balbutiantes. Il faut absolument mener une politique ambitieuse et volontariste, ce que le fonds permettra de faire.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Je salue cet amendement, ainsi que le travail du Gouvernement, car le budget visant à lutter contre la précarité menstruelle a déjà été augmenté. Je vous encourage à poursuivre collectivement l'effort.

Contre l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS96 de Mme Marie-Charlotte Garin.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). La grossesse est une période particulière dans la vie d'une femme. Selon certains sondages, 75 % des femmes enceintes déclarent avoir besoin d'aide face au stress que déclenche cet état. L'amendement vise ainsi à prévoir une prise en charge intégrale, sans reste à charge, de l'accompagnement psychologique des femmes enceintes et des jeunes mamans qui le souhaitent.

Contre l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS94 de Mme Marie-Charlotte Garin.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). À travers cet amendement, nous abordons une question qui reste trop souvent taboue : celle des

fausses couches. Or une grossesse sur quatre se termine ainsi, et une femme sur trois en moyenne est concernée par le problème au cours de sa vie. Un épisode aussi douloureux constitue un choc pour les parents. Nous vous proposons d'ouvrir des crédits pour instaurer et financer un congé spécial de trois jours en cas de fausse couche. Il pourrait bénéficier tant à la femme traversant cette épreuve qu'à son conjoint ou sa conjointe.

Contre l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendements II-AS132 de M. Christophe Bentz et II-AS127 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune).

M. le rapporteur. L'amendement II-AS132 est identique au suivant, déposé par Mme Rousseau. Si j'ai tenu à présenter un amendement moi aussi, c'est parce que la cause de la défense des femmes, si elle essentielle et prioritaire, doit être débarrassée de la substance idéologique de Mme Rousseau. Même si je n'ai pas à justifier les avis favorables que j'ai émis sur les amendements précédents, je précise que je les ai soutenus car ils allaient dans le bon sens. En revanche, je ne saurais défendre celui de Mme Rousseau, car celle-ci monte les femmes contre les hommes et les hommes contre les femmes.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). La position de M. le rapporteur pour avis est d'une grande bassesse. Étant donné la qualité de nos débats et le sujet dont nous traitons ici – car il est question des violences sexistes et sexuelles –, c'est absolument pitoyable. De la part d'un homme, qui plus est, c'est particulièrement déplacé.

L'amendement II-AS127 vise à mieux prendre en compte la santé mentale des survivantes de violences sexistes et sexuelles dans le cadre des dispositifs de prévention de santé. Visiblement, M. le rapporteur pour avis n'a pas été confronté dans sa vie à ce genre de problèmes. Alors que les victimes sont invitées à libérer leur parole, l'accompagnement psychologique mis à leur disposition reste insuffisant. De nombreuses personnes se sentent encore seules pour affronter leurs traumatismes.

Afin d'être à la hauteur des enjeux de l'ère post-#MeToo, il est urgent d'apporter une réponse politique à l'omniprésence des violences sexistes et sexuelles. L'amendement a ainsi pour objectif d'augmenter les crédits alloués à la santé mentale de l'action 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* du programme 204, à raison de 1 million d'euros. Cela permettra de prendre en charge les psychotraumas des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles. La réduction de crédits de paiement et d'autorisations d'engagement proposée en contrepartie est formelle : le groupe Écologiste - NUPES appelle évidemment le Gouvernement à lever le gage.

M. Arthur Delaporte (SOC). Il ne s'agit pas d'amendements identiques, contrairement à ce qu'indiquait M. le rapporteur pour avis, car celui-ci a divisé par deux le montant du transfert proposé par Mme Rousseau.

Par ailleurs, ses propos méritent une condamnation collective de notre part : on ne peut pas à la fois prétendre que l'on défend les droits des femmes et plagier un amendement dont c'est précisément l'objet, mais en réduisant à la fois son montant et sa substance idéologique. Quand on se dit défenseur des droits des femmes, on est nécessairement féministe. Il n'est donc pas possible de laisser passer des propos comme ceux qu'a tenus M. le rapporteur, surtout quand il s'agit d'une question aussi grave que celle des victimes de violences sexistes et sexuelles. Nous reconnaissons là la manière d'agir du Rassemblement National : il cherche à récupérer des causes, mais son substrat idéologique reste le même, c'est-à-dire antiféministe.

M. le rapporteur. Madame Garin, vous ne savez rien des liens qui peuvent exister entre ma vie personnelle et les questions abordées à travers les amendements précédents. Par ailleurs, il n'est nul besoin d'être une femme pour être féministe.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement II-AS40 de M. Arthur Delaporte.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement d'appel vise à allouer un budget important – 5 millions d'euros – à la lutte contre le harcèlement et les violences sexistes et sexuelles dans le cadre des études de santé, car il est urgent de combattre le problème.

Il y a deux semaines, j'ai reçu à ma permanence des étudiants en médecine. Ils ont évoqué l'enquête de l'Association nationale des étudiants en médecine de France, selon laquelle, sur 11 754 étudiants, 75 % déclaraient avoir subi des symptômes anxieux et 67 % étaient en burn-out ; surtout, 4 % disaient avoir été victimes d'agressions sexuelles et celles-ci auraient été commises, dans 75 % des cas, par des supérieurs hiérarchiques à l'hôpital.

Alors que l'on envisage de mettre en place une quatrième année d'internat dans les déserts médicaux pour les étudiants en médecine générale, il faut prendre en compte les conditions d'enseignement et faire en sorte que, dans le cadre des études de santé, des violences sexistes et sexuelles ne puissent être commises. Le fonds dédié que nous proposons de créer permettrait d'assurer le suivi des étudiants lors des stages en milieu hospitalier. En effet, les critères légaux et réglementaires ne sont pas toujours respectés. Plus généralement, il faut un meilleur accompagnement des formations et de l'internat.

M. le rapporteur. Sagesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS44 de Mme Isabelle Santiago.

M. Elie Califer (SOC). Cet amendement d'appel vise à créer des parcours de soins spécialisés dans les psychotraumas dont souffrent les enfants victimes de violences sexuelles et, plus tard, les adultes qu'ils sont devenus. Tous les témoignages le confirment : les violences sexuelles subies dans l'enfance créent des souffrances physiques et psychotraumatiques extrêmes et durables : conduites

d'évitement, cauchemars traumatiques, hyperactivité, dissociation, dépression sévère, etc.

La société prend peu à peu conscience de ces souffrances après les avoir longtemps minimisées, voire ignorées. C'est un progrès, mais cette prise de conscience doit aller jusqu'à l'exigence de réparation, à laquelle ces enfants ont droit, même une fois qu'ils sont devenus adultes. Or, la réparation, c'est d'abord le soin. L'état des connaissances permet d'affirmer qu'il existe des soins spécialisés dans les psychotraumas. Ne pas les prodiguer aux enfants victimes revient à priver ces derniers d'une chance, ce qui est inacceptable. Le coût de tels soins est aussi un obstacle à la reconstruction ; il est indispensable de mieux le prendre en compte.

La définition d'un parcours de soins pour les personnes victimes de violences sexuelles dans leur enfance impose donc d'intégrer deux aspects indissociables : la spécialisation des praticiens pour soigner les psychotraumatismes et la prise en charge financière de ces soins, pour que les victimes qui en ont besoin y aient réellement accès.

Contre l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement II-AS45 de Mme Isabelle Santiago.

M. Elie Califer (SOC). Cet amendement vise à organiser une campagne nationale relative aux violences sexuelles faites aux enfants. Chaque enfant doit pouvoir vivre et grandir en sécurité. Son bien-être et son développement en dépendent. La prévention des violences sexuelles est une responsabilité collective : c'est une grande cause qui doit mobiliser la société tout entière. Une grande campagne nationale s'impose donc. Elle devra être ambitieuse, répétée et accessible à tous, en particulier aux personnes en situation de handicap.

Au cours des dernières années, plusieurs associations ont mené des campagnes de sensibilisation. Toutefois, ces initiatives se heurtent à un manque de moyens et de relais au niveau de l'État, ce qui limite leur portée. Depuis la campagne d'information et de prévention sur les maltraitances et les violences sexuelles sur mineurs intitulée « Se taire, c'est laisser faire », en 2002, les pouvoirs publics n'ont jamais axé de campagne de prévention sur les violences sexuelles faites aux enfants, privilégiant des campagnes globales sur les violences dont ils sont victimes.

La grande campagne nationale que nous proposons de lancer permettra de faire connaître les manifestations de ces violences sexuelles, leurs conséquences sur les victimes et les recours possibles pour ces dernières, ainsi que de mobiliser les témoins, en rappelant que les actes en question sont interdits par la loi et sanctionnés par le code pénal.

M. le rapporteur. Avis favorable.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Je le soutiens moi aussi. J'en profite pour exprimer un regret : les groupes de la majorité n'ont pas adopté les

amendements précédents qui avaient pour objet la protection des personnes. Pourtant, protéger les gens exige des moyens humains et financiers.

Mme Laurence Cristol (RE). L'organisation de campagnes de ce type fait partie des recommandations de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. Une campagne ciblée a déjà eu lieu en mars et une autre sera organisée en mars 2023. Ce que vous proposez s'inscrit donc dans la ligne de l'action du Gouvernement.

La commission rejette l'amendement.

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

ANNEXE : PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR

➤ *Table ronde des professionnels de santé et usagers de la Haute-Marne :*

– **Dr François Molli**, médecin généraliste

– **Association Avenir santé sud Haute-Marne – M. Mathieu Thiébaud**, président

➤ **Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Mme Cécile Lambert**, directrice générale par interim, **Mme Nathalie Schneider**, cheffe de projet accès territorial aux soins, et **Dr Julien Carricaburu**, conseiller médical auprès de la directrice générale

➤ **Direction de la sécurité sociale – Mme Clélia Delpech**, sous-directrice à la sous-direction du financement du système de soins, et **M. Aurélien Leconte**, chef du bureau des relations avec les professionnels de santé

➤ *Table ronde des syndicats de soignants :*

– **Syndicat des médecins libéraux (SML) *** – **Dr Philippe Vermesch**, président

– **Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) – M. John Pinte**, président, et **Mme Maryse Alcindor**, vice-présidente

– **Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes (SNMKR) – M. Guillaume Rall**, président, et **M. Morgan Colas**, régional Centre-Val de Loire, président de l'URPS Kiné Île-de-France

➤ **Association de citoyens contre les déserts médicaux – M. Maxime Lebigot**, président, **M. José Collado**, vice-président en charge de l'Orne, et **Mme Annie Fortems**, vice-présidente en charge de l'Île-de-France

➤ *Table ronde des fédérations d'établissements :*

– **Fédération hospitalière de France-Grand Est *** – **M. Arnaud Robinet**, président, **M. Thierry Gebel**, délégué régional, et **Mme Sophie Truchet**, déléguée adjointe

– **Fédération nationale des établissements de santé de proximité (FNESP) – M. Bernard Mabileau**, directeur des centres hospitaliers de Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine, délégué FNESP Grand Est

➤ *Table ronde des représentants d'étudiants en médecine et jeunes médecins :*

– **Intersyndicale nationale des internes (ISNI)** – Mme Olivia Fraigneau, présidente, et M. Maxime Cumunel, délégué général

– **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)** – M. Raphaël Presneau, président, et M. Victor Vandenberghe, vice-président

➤ **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)** * – M. Yaël Thomas, président

➤ *Table ronde des représentants d'élus :*

– **Assemblée des départements de France (ADF)** – M. Éric Bellamy, directeur délégué Solidarité, Santé et Travail, et M. Brice Lacourieux, conseiller relations avec le Parlement

– **Association des maires ruraux de France (AMRF)** – M. Gilles Noël, président des maires ruraux de la Nièvre

– **Association nationale Nouvelles Ruralités (ANNR)** – M. Bernard Delcros, président, et M. Julien Mezzano, délégué général

➤ **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)** – M. Benoît Ourliac, sous-directeur, et Mme Noémie Vergier, adjointe à la cheffe du bureau des professions de santé

➤ **Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG)** – Dr Erik Samtmann, président

➤ **Cabinet de la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé** – Mme Sophie Augros, conseillère médicale, chargée des questions d'organisation et d'exercice des professions de santé, et M. Abel-Marie Soullier, conseiller parlementaire

* 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.