

# A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

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

## Compte rendu

### Commission des affaires sociales

– Audition du Haut Conseil de la santé publique sur la stratégie nationale de santé : Dr Véronique Gilleron, présidente, Mme Frédérique Claudot, vice-présidente, Mme Hélène Cléau, membre de la commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients, Mme Carine Franc, membre de la commission Santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle, et Mme Isabelle Millot-Van Vlierberghe, membre de la commission spécialisée Déterminants de santé et maladies non-transmissibles ..... 2

– Présences en réunion ..... 10

Mercredi  
25 mars 2026  
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 57

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de  
M. Nicolas Turquois,  
*vice-président***



*La réunion commence à onze heures.*

*(Présidence de M. Nicolas Turquois, vice-président)*

*La commission auditionne sur la stratégie nationale de santé le Dr Véronique Gilleron, présidente du Haut Conseil de la santé publique, Mme Frédérique Claudot, vice-présidente, Mme Hélène Cléau, membre de la commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients, Mme Carine Franc, membre de la commission Santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle, et Mme Isabelle Millot-Van Vlierberghe, membre de la commission spécialisée Déterminants de santé et maladies non-transmissibles.*

**M. Nicolas Turquois, président.** Nous accueillons les représentantes du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), avec lequel nous souhaitons échanger autour de la stratégie nationale de santé (SNS).

**Dr Véronique Gilleron, présidente du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).** Le Haut Conseil de la santé publique est une instance d'expertise pluridisciplinaire, composée de 120 experts indépendants et bénévoles. Parmi ses missions figurent l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques de santé publique, notamment la stratégie nationale de santé. Il fournit également aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et du conseil sur les questions de santé publique, en répondant à des saisines des ministères et des commissions parlementaires, ou bien par autosaisine. Le HCSP intervient en amont des politiques publiques, et l'ensemble de ses avis et rapports sont publics.

La SNS 2023-2033 a pour objectif de constituer un cadre destiné à guider la planification sanitaire, avec des objectifs déclinés à court, moyen et long terme. Elle se déploie dans le contexte d'une crise majeure et d'un risque systémique pour l'ensemble des systèmes de santé et de soins. Elle s'étend sur une décennie, et non sur cinq ans comme le prévoit la loi, afin de permettre l'atteinte d'objectifs ambitieux.

Quatre grands objectifs structurent cette SNS.

Le premier est la reconstruction du système de santé pour répondre aux enjeux de la refonte du système de santé publique et du système de soins, ainsi que de leur articulation. La refonte du système de santé publique, avec un objectif à cinq ans, passe par une amélioration de l'attractivité des métiers, une clarification de la place de l'expertise et la prise en compte de la territorialisation. L'adaptation du système de soins, avec un objectif à dix ans, implique la réorganisation des soins primaires et une évolution des métiers du soin. Enfin, une meilleure articulation entre les deux systèmes, sur dix ans, passe notamment par l'implication des offreurs de soins dans la promotion de la santé et la prévention.

Le deuxième grand objectif est la diminution de l'impact des maladies chroniques. Cela inclut la diminution du recours aux soins lié à ces maladies – objectif à cinq ans –, le ralentissement de l'augmentation de leur prévalence par une meilleure détection précoce et la prévention – objectif à dix ans –, et l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé – objectif à quinze ans.

Le troisième objectif est le renforcement des actions envers les plus fragiles, avec une réduction des inégalités liées aux maladies chroniques – objectif à cinq ans – et une réduction des inégalités de mortalité. Il implique le développement de la politique du dernier

kilomètre et des dispositifs d'aller vers, ainsi qu'un effort de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le quatrième objectif est la mise en œuvre d'une politique systémique de prévention, à tous les âges de la vie et dans tous les milieux. Cela nécessite de mobiliser tous les acteurs, et de créer des environnements favorables à la santé.

Le HCSP a ainsi préconisé douze actions stratégiques, que je me contenterai d'énumérer : une SNS sur dix ans avec des objectifs ambitieux ; une évolution du système de santé par étapes ; l'opérationnalisation du principe de « la santé dans toutes les politiques », qui amène à définir la santé comme un paramètre d'évolution des politiques publiques dans une approche intersectorielle et interministérielle ; le développement des conditions de la participation citoyenne ; la mise en œuvre d'une politique de prévention intégrée, incluant le développement de la littératie en santé et le renforcement de l'expertise ; l'anticipation des impacts sanitaires des modifications environnementales dans une approche dite *One Health*, « une seule santé », qui requiert d'identifier l'ensemble des facteurs, qu'ils soient environnementaux, psychosociaux, socio-économiques, professionnels ou comportementaux ; la promotion de l'agilité et de l'approche territoriale ; la mise en œuvre d'un plan pour les outre-mer ; une refonte de la gouvernance et du financement du système de santé, incluant le financement de la prévention, la définition d'indicateurs de performance sociétale, une analyse du retour sur investissement et la réforme de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ; l'adaptation du système d'information pour un meilleur accès aux données et une meilleure interopérabilité ; le développement et le soutien décennal de la recherche en santé publique, qui pourrait s'inscrire dans une loi de programmation de santé publique dotée d'une gouvernance et d'un financement pluriannuel sanctuarisé ; une montée en compétences en matière de prospective dans le champ de la santé.

Atteindre ces objectifs réclame une mobilisation de tous les acteurs. Le système de santé, aujourd'hui centré sur le soin, doit évoluer vers un nouveau modèle à la faveur d'une stratégie-cadre sur le temps long, dotée d'une gouvernance propre, d'objectifs clairs et de mécanismes d'évaluation. Cette stratégie doit permettre une rénovation profonde de notre système et reposer sur des principes d'action explicites permettant d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Notre Parlement appréhende très peu la stratégie nationale de santé dans une perspective pluriannuelle, en comparant les objectifs à leurs déclinaisons concrètes. Nous consacrons un temps phénoménal au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), mais la vision d'ensemble fait défaut.

La raison est simple : non seulement la SNS est de nature réglementaire, mais depuis la fin de la stratégie 2018-2022, et en dépit de travaux préparatoires, aucun décret n'a été pris, alors que les stratégies sectorielles prolifèrent. Doit-on y voir une méconnaissance de la loi, ou bien le signe que la stratégie n'a pas trouvé sa place dans une France très douée pour lancer des plans, mais moins pour les suivre ? Estimez-vous inévitable de devoir relancer un cycle de concertation, tant le paysage a changé en trois ans ? Dans quelle mesure l'absence de décret nuit-elle au pilotage des agences régionales de santé (ARS) pour l'actualisation de leurs projets régionaux de santé (PRS) ? N'y a-t-il pas là matière à une plus grande souplesse pour une véritable territorialisation ?

Enfin, comment concilier le besoin d'une vision véritablement ambitieuse et la nécessité d'un ralentissement de la hausse des dépenses dans les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) ?

**M. Nicolas Turquois, président.** Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Le Parlement et les citoyens ne disposent d'aucune visibilité sur la mise en œuvre de la SNS 2023-2033, en dépit d'une obligation légale de suivi annuel. Pourquoi les obligations légales de suivi et de transparence ne sont-elles pas respectées ? Cette absence de transparence interroge, d'autant que le HCSP a dressé un constat sévère sur l'état de notre système.

Dans ce contexte, j'attire votre attention sur la question particulièrement révélatrice des soins palliatifs. Alors que les besoins augmentent et que le Parlement examine la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, les inégalités territoriales d'accès aux soins palliatifs demeurent très fortes. Le HCSP entend-il peser concrètement pour que la politique nationale en matière de soins palliatifs devienne enfin une réalité ?

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Le HCSP souligne la nécessité d'une meilleure adéquation entre les objectifs et les moyens, une approche qui me semble déterminante compte tenu de l'évolution démographique. Face au vieillissement de la population, qui entraîne une augmentation des besoins de soins, devons-nous continuer avec notre modèle traditionnel, ou bien engager une transformation plus profonde ? Mon groupe parlementaire défend une approche centrée sur la qualité des soins, qui passe par l'amélioration de leur efficacité et de leur pertinence. Les enjeux sont considérables : la charge sinistrielle liée aux erreurs est estimée à près de 1 milliard d'euros par an.

Par ailleurs, nous constatons une fragilisation de la formation continue : en 2024, seuls 15 % des médecins ont complété leur cycle de développement professionnel continu. Pourtant, des marges d'efficacité importantes existent. Un service de dix urologues, par exemple, pourrait générer plus de 300 000 euros d'économies par an en améliorant la pertinence des actes médicaux.

Comment intégrer pleinement ces enjeux d'efficacité et de pertinence dans la SNS ? Comment mieux accompagner les professionnels dans cette transformation ? Comment mieux tirer profit des outils numériques ?

**Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP).** En novembre 2023, Meggy Biodore, une femme de 25 ans d'origine guadeloupéenne, est morte d'une méningite. Le Samu et les pompiers, qui avaient refusé de se déplacer, lui ont conseillé de boire de l'eau. On n'a pas cru cette jeune femme, on a pensé qu'elle surjouait simplement parce qu'elle avait un accent prononcé. Meggy Biodore est morte du syndrome méditerranéen, ce stéréotype raciste qui veut que les personnes d'origine étrangère, surtout les femmes noires et arabes, exagèrent leur douleur.

Une simulation menée au centre hospitalier universitaire de Montpellier révèle que, pour une même douleur thoracique, les hommes blancs ont 50 % de chances de plus que les femmes noires d'être pris en charge en priorité. L'expression « syndrome méditerranéen » a même été retrouvée écrite noir sur blanc sur des comptes rendus d'hospitalisation.

Le Défenseur des droits l'a noté dans son rapport de 2023 : les personnes perçues comme non blanches sont moins bien prises en charge. En revanche, la SNS, dans le volet sur la lutte contre les discriminations, ne fait pas mention des stéréotypes racistes en médecine. Les éléments que je viens de citer ne justifient-ils pas que ce sujet soit intégré dans la SNS ?

**M. Arnaud Simion (SOC).** Sur le terrain, les usagers et les professionnels de santé perçoivent un fort décalage entre les orientations stratégiques nationales et leur mise en œuvre concrète. Comment le HCSP évalue-t-il aujourd'hui l'efficacité réelle des politiques de prévention, notamment dans les territoires les plus fragiles ? Quels leviers opérationnels préconisez-vous d'actionner pour mieux articuler les décisions nationales avec les réalités locales, en associant davantage les collectivités, les professionnels, les usagers et les associations ?

Enfin, au regard des crises récentes, pensez-vous que la SNS est suffisamment outillée pour anticiper et répondre aux futures urgences sanitaires ? Avez-vous identifié des lacunes à corriger en priorité ?

**M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem).** Comme toutes les médailles, la santé a deux faces : la prévention et le soin. La plus grande inégalité réside selon moi dans la différence d'espérance de vie liée aux comportements de santé. Mais alors que nous dépensons 260 milliards d'euros pour les soins, nous faisons bien peu pour la prévention.

Notre système de soins est très bien structuré, mais la prévention, elle, reste éparpillée. Comment remédier à ce manque de structure de la prévention ? Pour ce qui est des données, nous disposons uniquement de données de remboursement de soins, mais très peu sur l'état de santé de la population. Quelles sont vos propositions à ce sujet ?

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Les chiffres relatifs à la santé mentale en France sont accablants : 566 000 passages aux urgences pour motif psychiatrique en 2023, 77 % d'augmentation des épisodes dépressifs en quatre ans, une chute de 34 % du nombre de pédopsychiatres entre 2010 et 2022.

À cet égard, le rapport du HCSP est sans ambiguïté : la dégradation des services de santé mentale met en danger tant les patients que les professionnels. L'affaiblissement de l'offre de soins se fait sentir partout en France, particulièrement dans les territoires ruraux, et nous faisons face à une absence totale de volonté politique sur ce sujet, pourtant déclaré grande cause nationale. Quel bilan intermédiaire dressez-vous de ces deux années consécutives de grande cause nationale ? Comment expliquer notre incapacité collective à agir sur cette problématique ?

**M. François Gernigon (HOR).** La SNS 2023-2033 fait de la prévention, qui représente environ 8 % des dépenses de santé, une priorité. Dans le même temps, une part importante des pathologies reste liée à des facteurs de risque évitables, ce qui démontre le potentiel de la prévention, mais aussi les difficultés à lui donner une place structurante.

Faire de la prévention une priorité suppose-t-il, d'après vous, de lui réallouer une part plus importante des dépenses de santé, et si oui, dans quelle proportion ? Quelles sont les priorités qui, selon vous, n'ont pas encore été suffisamment mises en œuvre depuis 2023 et devraient désormais être accélérées ?

**M. Nicolas Turquois, président.** Nous en venons aux questions des autres députés.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Dans sa contribution à la SNS, le HCSP fait de la santé mentale, grande cause nationale en 2025 et en 2026, un enjeu majeur de santé publique depuis la crise sanitaire. Comment évaluez-vous la prise en compte effective de cet enjeu dans la mise en œuvre de cette stratégie ? Quels leviers vous paraissent prioritaires pour renforcer la prévention, le repérage précoce et garantir une prise en charge adaptée dans l'ensemble du territoire ?

D'autre part, alors que la soutenabilité de notre modèle suscite des interrogations, avez-vous identifié des axes prioritaires sur lesquels travailler, avec une projection à cinq ou dix ans, en parallèle du travail sur le PLFSS, qui, lui, reste annuel et donc réducteur ?

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** En 2021, le Gouvernement a lancé une expérimentation intitulée Structures d'exercice coordonné participatives (Secpa) dans vingt-six centres et maisons de santé situés dans des quartiers prioritaires. Ces structures font des malades non pas des objets médicaux, mais des sujets de soins. En janvier, le Gouvernement a décidé d'intégrer les Secpa dans France Santé, avec pour conséquence un financement limité à 50 000 euros par an qui menace leur pérennité et les emplois associés. Cette décision est d'autant plus absurde que le conseil stratégique et le comité technique de l'innovation en santé appellent tous les deux à intégrer les Secpa dans le droit commun.

Madame Cléau, vous avez rendu un rapport en août 2025 qui interroge les changements incessants d'orientation politique et l'instabilité des financements. Quel regard portez-vous sur le bilan sanitaire et social des Secpa ? Êtes-vous favorable à leur entrée dans le droit commun ?

**Mme Anchya Bamana (RN).** La déclinaison à Mayotte des orientations ambitieuses de la SNS soulève des interrogations. Mayotte connaît une situation sanitaire sans équivalent : forte croissance démographique, pression migratoire, précarité massive, hôpital en tension permanente. Comment le HCSP évalue-t-il l'adaptation de la SNS aux contraintes mahoraises ? La stratégie nationale prévoit-elle un renforcement structuré des capacités hospitalières à Mayotte pour limiter la dépendance sanitaire vis-à-vis de La Réunion, vers laquelle de nombreux patients sont encore évacués, ce qui engendre des coûts élevés et des ruptures de parcours de soins ? Comment la stratégie intègre-t-elle les déterminants de santé liés à l'environnement à Mayotte ? Enfin, quelles mesures structurelles préconisez-vous pour faire face aux insuffisances du dépistage du cancer du sein et au manque chronique de médecins à Mayotte ?

**Mme Josiane Corneloup (DR).** Le rapport du HCSP sur la santé des adolescents agit comme un véritable électrochoc. Il documente une perte de 13 % de la capacité cardiorespiratoire de la jeunesse en vingt ans, l'explosion du temps passé devant les écrans, une épidémie de dette de sommeil et une prévalence alarmante des troubles anxiodépressifs, particulièrement chez les jeunes filles. Vous plaidez avec raison pour un effort de prévention, et une approche interministérielle. Mais, dans le même temps, le pass Sport a été supprimé, ce qui est parfaitement antinomique avec le constat que vous dressez.

À tous égards, nous avons besoin d'un véritable plan Marshall de la prévention en santé. Mais les médecins généralistes, en nombre insuffisant et accablé par les formalités administratives, n'ont tout simplement pas le temps de se consacrer à la prévention. Dès lors, quel mécanisme financier et organisationnel préconisez-vous pour que l'acte de prévention soit enfin valorisé ? Comment inverser l'équation économique pour que l'assurance maladie finance le maintien en bonne santé plutôt que la réparation des pathologies chroniques ?

**Dr Véronique Gilleron.** Avant de laisser mes collègues vous répondre, permettez-moi de préciser deux points. D'une part, le HCSP est une instance d'expertise bénévole et indépendante. Elle conseille le gouvernement sur les questions de santé publique, mais n'est pas chargée de la politique de santé, et à ce titre elle n'est pas comptable, par exemple, de la non-publication de la SNS. De même, nous préconisons systématiquement d'évaluer et au besoin de réajuster les actions que nous recommandons, mais nous n'effectuons pas nous-mêmes ce travail d'évaluation.

**Mme Isabelle Millot-Van Vlierberghe, membre de la commission spécialisée Déterminants de santé et maladies non-transmissibles du HCSP.** Dans sa constitution de 1946, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « *état de complet bien-être physique, mental et social* ». Cette vision nous guide, et implique que les indicateurs à évaluer ne sont pas uniquement liés à la maladie, mais aussi au bien-être et à la qualité de vie. L'approche intersectorielle en découle : chaque déterminant de santé – logement, travail, éducation, culture – constitue un élément de réflexion sur ce qui façonne la santé des populations.

La charte d'Ottawa de 1986, texte fondateur de la promotion de la santé, décrit cinq leviers d'action qui restent d'une grande pertinence aujourd'hui : inscrire la santé dans toutes les politiques, agir sur les environnements pour les rendre favorables, renforcer l'action communautaire, développer les aptitudes individuelles et collectives par l'éducation pour la santé, et réorienter les systèmes de santé vers davantage de prévention et de promotion de la santé. Nous insistons particulièrement sur l'importance de faire évoluer les environnements plutôt que de renvoyer la responsabilité à l'individu. Enfin, ce que l'on nomme les données probantes est essentiel. La recherche scientifique nous donne les clefs de ce qui fonctionne, mais il faut toujours prendre en compte les particularités locales, que ce soit à Mayotte ou dans les territoires ruraux, pour que les solutions soient efficaces.

**Mme Carine Franc, membre de la commission Santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle du HCSP.** Vous nous avez interrogées sur le rôle de l'assurance maladie dans le financement du passage justement vers un système significativement plus préventif. L'assurance maladie doit-elle financer l'intégralité de la prévention ? Elle le fait déjà à travers le dépistage ou la vaccination. Le rapport du HCSP sur la santé des jeunes, alarmant j'en conviens, montre bien que la prévention est un sujet intersectoriel et donc interministériel. Elle requiert des politiques ambitieuses et des objectifs stratégiques à long terme. À cet égard, le HCSP préconise de structurer la prise en compte de la santé et de l'équité en santé dans toutes les politiques sanitaires et non sanitaires, et surtout de sanctuariser les financements des démarches intersectorielles.

Aujourd'hui, la régulation s'opère principalement *via* les discussions annuelles de la LFSS, avec une vision budgétaire centrée sur l'Ondam. Cette approche annuelle, certes nécessaire pour répondre aux besoins immédiats, est peu compatible avec la projection à long terme qu'exigent des objectifs de santé publique.

**Mme Hélène Cléau, membre de la commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients du HCSP.** La santé des individus ne dépend pas uniquement des comportements individuels ; les inégalités sociales de santé sont avant tout produites par nos modes de vie collectifs. Une politique dotée d'objectifs clairs et d'une stratégie à long terme est donc indispensable pour allouer les financements nécessaires, notamment pour pérenniser les démarches d'aller vers.

Un rapport publié en août 2025 sur la déclinaison de l'approche « la santé dans toutes les politiques » met en lumière la nécessité de concerter les parties prenantes et d'assurer la pérennité des dispositifs. Mettre fin à une expérimentation peut finalement renforcer les inégalités que le dispositif était censé combattre.

Il importe également de privilégier les démarches intersectorielles par rapport aux approches sectorielles, qui mettent en concurrence les thématiques de santé ou les populations à risque, au lieu de les faire progresser de concert. Enfin, ces efforts passent par un renforcement de la démocratie en santé à une échelle territoriale très fine.

**Mme Frédérique Claudot, vice-présidente du HCSP.** Je rebondis sur cette notion de démocratie en santé pour répondre à l'interpellation sur le syndrome méditerranéen. Si notre rapport ne l'évoque pas, c'est peut-être parce que nous tenions pour acquis le principe d'égalité en droit : depuis la loi de 2002, les droits des usagers sont inscrits dans le code de la santé publique. On parle beaucoup de la notion d'équité, sans aucun doute nécessaire, mais il convient de ne pas la substituer à celle d'égalité en droit, au risque de voir réapparaître des discriminations. Aujourd'hui, ces questions sont abordées dans les facultés de médecine et dans la formation continue, notamment dans les enseignements en droit et en éthique, et je puis témoigner, en tant qu'enseignante en éthique, de la forte attractivité de ces sujets pour les étudiants.

En matière de santé mentale, je pense que nous partions de si loin que les deux années de grande cause nationale servent surtout à combler une partie de notre retard. Le secteur de la psychiatrie a besoin de temps, notamment pour la formation des professionnels, afin d'offrir des soins tant curatifs que préventifs.

**Dr Véronique Gilleron.** La plupart des rapports du HCSP consacrent systématiquement une analyse à la situation des territoires d'outre-mer. Nous connaissons bien la diversité des situations : les Antilles, avec une population vieillissante et des problématiques environnementales et d'addiction ; La Réunion et Mayotte, avec une population beaucoup plus jeune ; ou encore la Guyane, où des populations sont très éloignées du système de soins.

Pour notre rapport sur les rendez-vous de prévention aux âges clefs de la vie, nous avons auditionné l'ARS de Guyane. Concernant Mayotte, nous avons été saisis sur les problématiques d'accès à l'eau potable et les épidémies de choléra, et nous avons rendu des avis publics à ce sujet. Le défi majeur est de rendre opérationnels les cadrages nationaux tels que la SNS dans des territoires aux spécificités marquées, qu'il s'agisse de l'outre-mer ou des zones de désertification médicale en métropole.

**Mme Carine Franc.** Je souhaite ajouter un mot sur l'efficacité et la pertinence des soins. Il existe sans doute des marges d'amélioration de l'efficacité des ressources investies dans le système de soins. À cet égard, l'amélioration de la pertinence des soins est cruciale. Elle consiste à dispenser le bon soin pour répondre au bon besoin, ce qui implique des mécanismes d'universalisme proportionné pour un dépistage précoce. Les marges de progression se situent notamment dans l'amélioration de la coopération interprofessionnelle et de l'interopérabilité des bases de données, afin d'éviter la mobilisation redondante de ressources.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Je pense que la santé mentale réclame une cohérence et une véritable stratégie de santé publique. Pourtant, il n'existe aucun lieu de coordination pour une politique dédiée. Je crois que le HCSP doit jouer un rôle à cet égard.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Vous n'avez pas répondu à ma question sur l'actualisation des PRS, qui me paraît déterminante compte tenu du manque de souplesse pour la territorialisation de la SNS. Par exemple, une ARS ne peut pas modifier les zonages pour les aides lorsqu'il y a une pénurie d'orthophonistes.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Pour rebondir sur la pertinence et l'efficacité des soins, je pense qu'un travail reste à mener sur la prise en compte du parcours de soins par les professionnels adaptés. Nous ne sommes pas encore parvenus à nous dire que, en l'absence de médecin de proximité, une infirmière peut déjà réaliser une évaluation et une orientation vers le bon interlocuteur. L'intervention de professionnels non adaptés à la situation représente un coût.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** La prise en soin en psychotraumatologie est aujourd'hui excessivement faible en France, en raison d'un manque de professionnels formés à cette discipline et à l'accompagnement des victimes de traumatismes. Ce manque concerne aussi la formation et le soutien des professionnels qui interviennent auprès de ces victimes, comme dans la justice ou la police. Comment les plans relatifs à la santé mentale appréhendent-ils la psychotraumatologie et la victimologie ?

**Mme Frédérique Claudot.** Monsieur le rapporteur général, il nous est difficile de répondre à votre question en l'absence de décret. Et naturellement, le HCSP n'est pas décisionnaire à ce sujet. Néanmoins, si cette situation porte préjudice aux usagers du système de santé, ils ont la possibilité de déposer un recours pour carence.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Ma question portait sur la déclinaison territoriale une fois le décret pris, et sur la capacité des ARS à actualiser plus facilement les PRS lorsque les objectifs de santé publique ont évolué. Je constate un flottement entre l'échelon national et l'échelon régional, où un besoin d'adaptation se fait sentir. Ma question porte sur les conséquences de l'absence de décret.

**Mme Frédérique Claudot.** Jusqu'à présent, le décret n'a pas été pris et les ARS ont continué à fonctionner. C'est la seule réponse que je peux vous apporter.

**Dr Véronique Gilleron.** Je ne dispose pas des compétences requises pour vous répondre précisément, madame Amiot, sur les psychotraumatismes. Néanmoins, sur la santé mentale comme sur d'autres plans de santé, le HCSP prône une prise en compte intersectorielle de ces problématiques, et nous insistons sur la nécessité de ne pas mettre en œuvre des plans de manière isolée, mais de les mettre en cohérence avec l'ensemble des autres plans de santé.

**M. Nicolas Turquois, président.** Nous vous remercions, mesdames, d'avoir répondu aux questions de notre commission.

*L'audition s'achève à douze heures trente.*

### Présences en réunion

*Présents.* – Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, M. Julien Gokel, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, M. Éric Michoux, Mme Joséphine Missoffe, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Agnès Pannier-Runacher, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. Arnaud Simion, M. Emmanuel Taché, M. Nicolas Turquois, Mme Annie Vidal

*Excusés.* – M. Louis Boyard, M. Elie Califer, M. Paul Christophe, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, M. Olivier Fayssat, Mme Karine Lebon, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Frédéric Valletoux, M. Stéphane Viry