

# 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

- Examen de la proposition de loi portant création d'une carte famille ouverte dès le deuxième enfant (n° 2495) (M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur) ..... 2
- Examen de la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur (n° 2309) (M. Yannick Neuder, rapporteur) ..... 14
- Présences en réunion ..... 38

Mercredi  
1er avril 2026  
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 59

**SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026**

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



*La réunion commence à neuf heures trente cinq.*

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

*La commission des affaires sociales examine la proposition de loi portant création d'une carte famille ouverte dès le deuxième enfant (n° 2495) (M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur).*

**M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur.** Pendant six mois, j'ai eu l'honneur et le plaisir de mener une mission d'information sur les causes et les conséquences de la baisse de la natalité, au nom du groupe Horizons & Indépendants. Ce travail nous a permis d'aboutir à des conclusions importantes, qui éclairent le sens et l'esprit de la proposition de loi que je soumets aujourd'hui à votre confiance et à vos suffrages.

La première conclusion qui apparaît est que, en France, malgré la baisse de l'indice de fécondité, le désir d'enfant reste élevé. Pour le dire autrement, de nombreux Français renoncent à leur désir d'enfant. La deuxième conclusion est que la politique familiale forgée après la Seconde Guerre mondiale, politique généreuse qui a permis à la France d'être une exception démographique sur le continent européen, est devenue au fil des ans illisible et inefficace. Elle a perdu de vue ses objectifs pour devenir exclusivement une politique sociale.

Les familles ont changé, et l'enjeu de cette proposition de loi – et plus généralement de la révolution de la politique familiale que nous appelons de nos vœux – est de permettre de répondre à ce changement. L'État doit s'adapter, la politique familiale doit évoluer.

Les familles de deux enfants représentent aujourd'hui 40 % des familles françaises, et pourtant elles sont l'angle mort, voire les grandes oubliées de nos politiques publiques : c'est à ce défi qu'il nous faut répondre. Cette proposition de loi s'inscrit dans le cadre de la niche parlementaire du groupe Horizons & Indépendants ; par définition, les quarante propositions formulées dans le rapport ne peuvent trouver leur place dans une niche. C'est bien une mesure symbolique que je vous présente ce matin, une mesure qui permet d'accompagner les familles de notre pays et de répondre à leurs difficultés, notamment en termes de pouvoir d'achat.

Je sais que beaucoup s'interrogent sur le coût de cette proposition de loi ; je vous rappellerai simplement que la politique familiale représente 110 milliards d'euros dans le budget du pays et 5 % du produit intérieur brut. C'est une politique qui coûte cher, mais qui bien souvent n'atteint pas ses objectifs en raison de dispositifs souvent illisibles.

La proposition de loi que je vous soumets représente un coût de 5 millions d'euros, que nous prendrons dans le budget de la politique familiale, sous la forme d'un redéploiement.

Cette proposition porte la création d'une carte famille dès le deuxième enfant, ce qui permettra d'offrir des réductions dans les transports ferroviaires, des tarifs préférentiels dans les transports publics collectifs et des avantages tarifaires négociés par l'Union nationale des associations familiales (Unaf) auprès d'enseignes commerciales partenaires. L'idée n'est pas d'étendre la carte familles nombreuses, mais bien de considérer que l'État doit soutenir les familles dès le deuxième enfant, pas simplement avec cette carte mais également grâce à bien d'autres dispositifs qui sont aujourd'hui concentrés sur les familles de trois enfants et plus. Je le redis, les familles ont changé, le politique doit s'adapter.

Pour conclure, alors que notre pays est traversé par des fractures politiques, sociales et territoriales profondes, que notre Assemblée s'enfoncé parfois dans des querelles partisans bien trop souvent politiciennes, je crois qu'assigner à la politique familiale l'objectif de réaliser le désir d'enfant des Français permettrait d'unir les responsables politiques autour d'un projet que je crois fédérateur, universel, et qui dépasse les clivages partisans. J'espère qu'ensemble nous pourrions répondre à l'évolution des familles de France, lever les freins qu'elles rencontrent et permettre à ceux qui le souhaitent d'avoir des enfants.

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

**M. Christophe Bentz (RN).** Cette proposition de loi va naturellement dans le bon sens, bien qu'elle manque peut-être d'ambition. Vous partez d'un constat malheureusement réel : alors que le désir d'enfant est autour de 2,3, le nombre d'enfant par femme est à peine à 1,6 – un taux historiquement bas. Vous avez souligné la centralité de la cellule familiale dans notre société, qui est aussi le principal facteur de croissance économique.

Pour remédier à cette politique familiale insuffisante, il faut à la fois rassurer, inciter et assumer. Rassurer les craintes que les familles ont en matière de pouvoir d'achat ; assumer une politique nataliste ; inciter notamment fiscalement – c'est pourquoi notre groupe propose une part fiscale pleine pour le deuxième enfant. Nous accompagnerons ce texte, qui est une nécessité absolue pour notre pays.

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** « *Il est temps de réfléchir au projet ou non d'avoir un enfant* » : voici l'injonction de la lettre que recevra cet été chaque Française de 29 ans de la part d'Emmanuel Macron, comme si les femmes avaient pour unique fonction le réarmement démographique de la France. De son côté, le groupe Horizons propose d'étendre la carte familles nombreuses aux familles de deux enfants. Grâce votre proposition de loi, les familles concernées se verront offrir un poulet rôti dès le deuxième enfant, et elles auront de nombreuses réductions sur leurs croisières, leurs vacances en voilier ou au ski : quelle chance !

Ce serait presque oublier que la carte familles nombreuses, en dehors des réductions sur les transports publics, n'est absolument pas adaptée aux familles précaires. Elle est en revanche bien utile à toutes les entreprises privées partenaires de la carte. Monsieur le rapporteur, vous dites que notre politique familiale s'est diluée, qu'elle a perdu ses objectifs et qu'elle est devenue une politique sociale : j'aimerais bien savoir ce que vous entendez par là.

Chercher les causes de la baisse de la natalité, du renoncement au projet d'enfant, c'est faire face à votre bilan dans le bloc central : en une décennie, les familles ont perdu 221 euros de prestations familiales par an et par enfant. Alors qu'elles ont déjà du mal à boucler leur fin de mois, comment penser qu'elles réussiront à payer les fournitures scolaires et la cantine de leurs enfants ? Votre bilan porte aussi la destruction méthodique du secteur de la petite enfance par sa privatisation : le reste à charge pour les couples de classe moyenne a augmenté de 328 euros pour faire garder son enfant en crèche, et de 604 euros pour une assistante maternelle. Et que dire des familles monoparentales, dont une mère isolée sur trois vit sous le seuil de pauvreté : votre dispositif exclut la moitié d'entre elles, qui n'ont qu'un seul enfant – sans doute parce qu'elles ne correspondent pas à l'idée que vous vous faites de la renatalisation de la France. Et que dire de l'impact sur la carrière des femmes, et du poids de la charge mentale qui leur incombe ! Le temps me manque pour développer ces sujets.

Ni une lettre signée de la plume du Président de la République ni une politique nataliste centrée sur les intérêts des classes moyennes et supérieures ne sauraient répondre à la question de la natalité. Vous voulez que les familles répondent à leur désir d'enfant empêché :

proposez-leur la gratuité des cantines scolaires, des logements sociaux dignes, un service public de la petite enfance et un soutien à la parentalité.

**M. Arnaud Simion (SOC).** Cette proposition de loi a le mérite indéniable de poser un diagnostic lucide sur les failles de notre politique familiale. La baisse de la natalité que connaît notre pays est inédite par son ampleur et sa durée, et elle constitue un défi pour notre modèle social. Oui, la crise démographique est réelle et les familles rencontrent des difficultés croissantes pour avoir des enfants. Ce dont notre pays a besoin, ce n'est pas un ajustement à la marge mais un véritable choc de politique familiale : investir dans la petite enfance, sécuriser les parcours professionnels, soutenir réellement les parents.

Cette crise est multifactorielle : elle tient d'abord à des réalités économiques concrètes – les coûts du logement et de la garde d'enfant freinent les projets parentaux ; elle tient aussi à des contraintes professionnelles persistantes, notamment pour les femmes encore confrontées à un arbitrage entre carrière et maternité. Face à cela, une réponse structurelle est nécessaire : investissement dans les modes de garde, politique du logement, égalité professionnelle réelle et restauration de la confiance dans l'avenir.

La mesure portée par cette proposition de loi reste très en deçà de ces enjeux : elle peut avoir une portée symbolique, mais ne répond pas aux causes profondes de la baisse de la natalité. Le diagnostic est juste mais la réponse demeure insuffisante : il nous faut aller beaucoup plus loin. Cependant, parce que cette proposition va dans le bon sens, le groupe Socialistes et apparentés choisira de la soutenir.

**Mme. Sylvie Bonnet (DR).** Créée en 1921, la carte familles nombreuses est un des plus anciens dispositifs de soutien à la politique familiale française. Elle permet aux familles d'au moins trois enfants, dont au moins un mineur, ou ayant élevé cinq enfants ou plus, de bénéficier de réductions de 30 % à 75 % selon le nombre d'enfants, ainsi que d'avantages auprès des partenaires commerciaux de la SNCF. Dans un contexte de baisse de la natalité et de renoncement croissant des couples à un projet d'enfant, il convient de mieux accompagner les familles de deux enfants. L'objectif de cette proposition est donc de permettre aux familles de deux enfants de bénéficier d'une carte famille afin de soutenir leur pouvoir d'achat tout en favorisant l'usage des transports collectifs. Bien évidemment, le groupe Droite Républicaine accueille avec bienveillance l'inscription de cette proposition de loi à l'ordre du jour de la niche du groupe Horizons & Indépendants, et votera pour.

Toutefois, le problème de fond reste l'explosion du coût du train, qui rend son accès difficile aux familles, même avec une réduction de 30 % à 40 %. Pour les familles nombreuses, prendre la voiture reste moins cher pour les longs trajets, même avec la hausse des prix de l'essence et des péages. Par ailleurs, les cartes SNCF annuelles offrant 50 % de réduction voire plus restent beaucoup plus avantageuses : ainsi, la carte avantage adulte à 49 euros par an garantit une réduction de 60 % pour trois enfants de 4 à 11 ans. La carte familles nombreuses coûte certes moins cher, mais il est regrettable que la SNCF n'ait pas une politique plus favorable aux familles bénéficiaires.

Il serait enfin pertinent de maintenir le bénéfice de cette carte jusqu'aux 21 ans de l'enfant, s'il est étudiant ou apprenti, car la dépendance financière ne s'arrête pas à la majorité.

**Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS).** On entend monter depuis plusieurs mois un discours sur la natalité ; on nous parle de réarmement démographique, on envoie des messages à la jeune génération, à laquelle j'appartiens, pour nous inciter à avoir des enfants. Dans un pays où les mères ne sont pas aidées, où le pouvoir d'achat baisse, où l'on ne peut

pas se loger et où nos corps sont pollués, j'ai le sentiment que l'on se moque de nous, et que c'est une insulte faite non seulement à nos corps mais aussi à nos intelligences.

Paradoxalement, nous assistons aussi à des polémiques assez révélatrices sur la place des enfants dans l'espace public, avec notamment l'exemple des wagons de la SNCF. Pour la première fois, les courbes des naissances et des décès se croisent : il y a bien un signal démographique, mais que cela dit-il de notre société ? On l'a dit, le désir d'enfant est encore présent : le vrai sujet est donc celui d'un excès d'obstacles. Parmi les gens de ma génération, une partie d'entre nous se demande si cela a encore du sens d'avoir des enfants dans un monde où la crise climatique est exacerbée, où nos corps sont empoisonnés – Pfas, pesticides, explosion des cancers pédiatriques. Alors non, la réponse ne se trouve pas dans une injonction à faire des enfants ou dans des dispositifs périphériques, mais dans un changement du système et un soutien réel aux familles.

La carte de réduction que vous proposez peut aider certaines familles dans leurs déplacements, même si le dispositif repose en partie sur des réductions non garanties, dépendantes d'acteurs privés. Toutefois, il faut plutôt prendre le sujet à l'endroit, en partant des conditions de vie réelles. Pourquoi prendre le train en famille est-il aujourd'hui un luxe coûteux ? Qu'avez-vous fait pour favoriser le train par rapport à l'avion ? Pourquoi les transports du quotidien pèsent-ils si lourd dans le budget des familles ?

Il ne s'agit pas de créer des incitations, mais de rendre possible ce que les gens veulent déjà : une carte ne peut malheureusement pas faire cela. Nous pouvons soutenir ce texte, mais le cœur du problème reste les conditions matérielles et concrètes dans lesquelles les gens vivent et où ils se projettent ou non comme parents. Tant que ces conditions ne sont pas traitées, le débat sur la natalité se tiendra sans que soit pris en compte ce qui la détermine réellement.

**M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem).** Cette proposition de loi part d'un constat juste : notre politique familiale ne correspond plus à la réalité de 2026. Aujourd'hui, les familles de deux enfants représentent 40 % des foyers, mais restent pourtant largement exclues des dispositifs conçus au cours du XX<sup>e</sup> siècle pour soutenir et augmenter les fratries. Or le nombre de naissances n'a jamais été aussi bas dans notre pays, avec un indice de fécondité à 1,56 enfant par femme et une baisse de 1 % de la natalité en quinze ans.

C'est pourquoi le groupe Les Démocrates a proposé l'année dernière, à l'initiative de notre collègue Anne Bergantz, de simplifier et de recentrer les allocations familiales sur le premier enfant, à coût budgétaire constant. D'ailleurs, pour ce qui est du titre de votre proposition, vous parlez de « carte famille » au sujet des familles de deux enfants : est-ce qu'une famille avec un seul enfant ne serait pas une famille ? Nous pourrions y revenir.

Nous considérons que votre proposition va dans le bon sens, celui du soutien au pouvoir d'achat des familles et de la reconnaissance de la parentalité. Elle reprend les préconisations de la mission d'information sur les causes et conséquences de la baisse de la natalité que vous présidiez. Notre groupe s'interroge néanmoins sur le financement de cette carte famille : incombera-t-il aux opérateurs et aux partenaires ou à l'État et à la sécurité sociale ?

Comme le dit la formule, une naissance est toujours un acte de foi en l'avenir. Monsieur le rapporteur, croyons en l'avenir !

**M. François Gernigon (HOR).** L'indice de fécondité de la France en 2025 est le plus bas jamais enregistré en temps de paix. Nous faisons face à un basculement démographique, tandis que notre politique continue de fonctionner selon les critères d'une France où les familles de trois enfants et plus étaient la norme. Ce n'est plus le cas : les

familles de deux enfants sont la catégorie la plus importante, et pourtant elles n'ont pas accès à la carte familles nombreuses. Parallèlement, le désir d'enfant n'a jamais été aussi élevé, mais il fait face à des freins importants. Après l'inquiétude liée à l'évolution du monde, la première raison est celle du coût : 28 % des parents citent le coût financier d'un enfant supplémentaire comme motif de renoncement. Le transport représente 14 % du revenu des ménages et jusqu'à 21 % pour les plus modestes. Avoir deux enfants augmente les dépenses de transports de 83 %. Cette carte famille élargie constituerait donc un signal : la France reconnaît les familles de deux enfants et les accompagne.

Enfin, la politique familiale française est l'une des plus généreuses d'Europe, mais elle s'est progressivement diluée dans une logique de redistribution sociale au détriment de sa lisibilité et de sa vocation d'accompagnement des familles. Le groupe Horizons & Indépendants défend une politique familiale claire, universelle dans son principe, adaptée à la réalité démographique du XXI<sup>e</sup> siècle. Cette carte famille en serait la première pierre. C'est pourquoi je vous invite à voter en faveur de ce texte.

**Mme Audrey Abadie-Amiel (LIOT).** Le solde naturel démographique de la France est devenu négatif en 2025 ; la natalité française recule. Les conséquences de cette natalité en berne sont importantes : elle fragilise le renouvellement des générations et interroge la soutenabilité de notre modèle social fondé sur la solidarité intergénérationnelle. De plus, elle accentue les déséquilibres territoriaux et conduit à la fermeture d'écoles, de maternités et de nombreux services publics, en particulier dans nos territoires ruraux. Cette baisse de la natalité est préoccupante et ne peut être expliquée par un facteur unique, comme l'ont montré les travaux conduits par la députée LIOT Constance de Pélichy et par le rapporteur et auteur du texte que nous examinons aujourd'hui.

Ces travaux ont révélé que les Français souffrent d'un désir d'enfant empêché. Le texte que nous examinons vise à répondre à cette baisse de la natalité en redonnant un peu de pouvoir d'achat aux foyers, grâce au remplacement de la carte familles nombreuses par une carte famille accessible dès le deuxième enfant. Ce faisant, il vise à soutenir l'une des structures familiales les plus répandues en France, les foyers de deux enfants, qui ne bénéficie aujourd'hui d'aucune reconnaissance particulière dans notre politique familiale. En instaurant une carte famille dès le deuxième enfant, cette proposition vise à reconnaître et à soutenir ces familles en leur restituant du pouvoir d'achat.

Néanmoins, compte tenu de l'attachement des Français à la carte familles nombreuses et du fait que l'Unaf négocie actuellement grâce à cette appellation de nombreuses réductions tarifaires avec des entreprises, le groupe LIOT a déposé des amendements pour maintenir, d'une part, la création d'une carte famille comme le propose le texte et, d'autre part, sanctuariser dans la loi l'existence de la carte familles nombreuses, en maintenant la progressivité des avantages tarifaires ouverts par cette carte selon la taille de la famille.

Le groupe LIOT soutiendra donc cette proposition de loi, dont nous considérons qu'elle s'inscrit dans une démarche de fond que nous appelons de nos vœux : refonder une politique familiale universelle, lisible et stable, centrée sur le désir d'enfant plutôt que sur la seule logique de redistribution.

**Mme Karine Lebon (GDR).** De nombreuses familles rencontrent des difficultés concrètes au quotidien : à ce titre, ouvrir la carte famille peut apparaître comme une mesure utile. Mais en l'état ce texte soulève une difficulté de fond : la carte famille repose sur un équilibre ancien construit pour les familles de trois enfants et plus. D'après l'Unaf, l'extension proposée risque de fragiliser le dispositif actuel. Les offres ont été conçues, négociées et calibrées pour un public précis : les élargir sans revoir l'ensemble de

l'architecture ferait peser un risque réel sur la solidité des partenariats existants, notamment avec la SNCF, partenaire historique.

C'est la raison pour laquelle nous avons déposé un amendement visant à confier à l'Unaf un rôle de garant dans la mise en œuvre du dispositif, en particulier sur les modalités d'application et la qualité des conventionnements avec les partenaires.

Une autre limite de ce texte tient à son angle mort territorial : comme souvent, les outre-mer demeurent en marge du dispositif. En théorie, les familles ultramarines peuvent accéder aux avantages proposés ; en pratique, l'offre y est extrêmement réduite, le plus souvent limitée à quelques propositions en ligne – entre cinq et neuf par territoire –, alors qu'on en trouve une trentaine dans les départements hexagonaux et plus de quarante à Paris. L'écart est manifeste. De plus, on parle beaucoup de la SNCF, certes partenaire historique, mais dans les outre-mer il n'y a pas de train. L'universalité affichée ne résiste pas à l'examen des faits.

Enfin, nous ne partageons pas l'orientation politique qui affleure derrière ce texte : la politique familiale doit soutenir les familles, réduire les contraintes matérielles et mieux protéger les enfants ; elle n'a pas à devenir le véhicule d'une logique nataliste. Aider les familles n'autorise pas à orienter les choix de vie, et il n'est pas question que la politique familiale serve, même indirectement, à remettre en cause la liberté des femmes et à contrôler davantage leur corps. Pour toutes ces raisons, nous choisirons de nous abstenir sur ce texte.

**Mme Catherine Ibled (EPR).** La proposition de loi part d'un constat que nous partageons pleinement : celui d'un déclin démographique préoccupant. La baisse continue de la natalité traduit une réalité profonde. Face à cette situation, il est de notre responsabilité collective d'agir : il faut remettre la politique familiale au cœur de nos priorités ; il faut redonner confiance aux familles, soutenir leur pouvoir d'achat et lever les obstacles qui freinent les projets de vie.

Cette proposition va dans le bon sens, en reconnaissant le fait que les familles de deux enfants sont les grandes oubliées de notre politique familiale. En leur apportant un soutien concret sur les dépenses de transport, ce texte envoie un signal : il valorise l'engagement des familles et contribue modestement mais réellement à améliorer leur quotidien.

Pour autant, cette mesure à elle seule ne suffira pas à enrayer le déclin démographique. Le défi auquel nous faisons face est structurel, il appelle une réponse globale. Soutenir la natalité, ce n'est pas seulement accorder des avantages tarifaires, c'est aussi agir sur le logement, sur l'accès aux modes de garde, sur la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle ; c'est redonner de la lisibilité et de la cohérence à notre politique familiale, qui s'est progressivement diluée au fil des années.

Le groupe Ensemble pour la République considère que cette proposition de loi constitue une première étape utile, mais qu'elle doit s'inscrire dans une stratégie plus large en faveur des familles. Nous soutiendrons ce texte en appelant le Gouvernement à aller plus loin, comme il l'a fait avec le congé de naissance adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

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

**Mme Anne Sicard (RN).** Désormais, il y a davantage de Français qui meurent que de Français qui naissent chaque année dans notre pays. Il n'y a jamais eu aussi peu d'enfants nés en France depuis 1945 ; notre indice de fécondité est tombé à 1,56 enfant par

femme. Ce n'est pas une fatalité démographique, c'est avant tout une faillite politique. Ce décrochage coïncide avec le démantèlement de notre politique familiale depuis 2014 par le socialisme de François Hollande puis d'Emmanuel Macron. Baisse répétée du quotient familial, fin de l'universalité des allocations, effondrement du congé parental – passé de 600 000 bénéficiaires en 2011 à 200 000 aujourd'hui. Plusieurs milliards d'euros ont été retirés à la politique familiale en moins de dix ans, et les premières victimes sont, comme toujours, les classes moyennes, ces familles qui travaillent, qui paient, qui transmettent et que l'État oublie systématiquement.

Mais la responsabilité est aussi culturelle : comment s'étonner que des jeunes bombardés depuis des années par l'idée que nous sommes trop nombreux aient moins envie de faire des enfants ? L'idéologie *no kids*, le malthusianisme, l'écologie de gauche sont de puissants ressorts qui ne sont pas seulement paralysants mais bien stérilisants. Une étude récente de Fondapol révèle que l'éco-anxiété est le facteur central pour 20 % des Français de moins de 35 ans qui ont renoncé à la parentalité. Ce sont les familles qui font le choix de la fécondité que l'on pointe du doigt comme des égoïstes, des pollueurs : l'inversion est totale.

Face à cette réalité, que nous propose-t-on aujourd'hui ? Une carte famille étendue dès le deuxième enfant. C'est un pas. Nous voterons en faveur de cette proposition car elle reconnaît que les familles de deux enfants sont l'angle mort de notre politique familiale. Mais soyons honnêtes : ce texte ne sera pas la réponse à l'effondrement qui menace notre pays. Aussi louable soit-il, un avantage tarifaire sur les transports ne saurait être suffisant pour relancer la natalité française. Nous ne pouvons nous satisfaire de demi-mesures face à ce qui est un défi existentiel, car il n'y aura plus de France s'il n'y a plus d'enfants français.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Le constat est là : la natalité a considérablement baissé. De récentes études ont mis l'accent sur les enjeux de pouvoir d'achat pour les familles de plusieurs enfants. Votre proposition est intéressante pour les familles de deux enfants, qui s'en trouveraient davantage aidées. Mais qu'en est-il pour celles qui ont plus de deux enfants ?

La réforme du complément de libre choix du mode de garde a plutôt pénalisé les familles de trois enfants de classe moyenne. Un certain nombre d'études sur les congés parentaux subis ont montré que le coût des modes de garde avait un impact sur ces familles de trois enfants ou plus. En 2019, l'indemnité journalière en cas de maladie pour les mères de familles de trois enfants ou plus a été ramenée de 66 % à 50 %. On voit bien qu'un certain nombre de mesures tendent à défavoriser les parents de trois enfants ou plus. De plus, il me semble nécessaire de lier cette question à celle du taux d'emploi : les mères de trois enfants ont un taux d'emploi deux fois inférieur à celui des mères de deux enfants.

**M. le rapporteur.** Tout d'abord, laissez-moi vous dire que personne ne fait des enfants pour sauver le modèle social ou pour renforcer la souveraineté de notre pays ; je ne crois pas aux injonctions, et la mission d'information que j'ai eu l'honneur de conduire a démontré leur inefficacité.

Dans cette mission, dont le rapport a été voté à l'unanimité, nous avons proposé collectivement d'engager une révolution de la politique familiale en remédiant à toutes les difficultés que rencontrent les familles : les transports, les modes de garde, les contraintes matérielles, l'égalité entre les hommes et les femmes. Cependant, admettez avec moi qu'il est difficile d'engager une révolution aussi importante lors d'une journée d'initiative parlementaire. L'idée était plutôt de proposer une mesure symbolisant notre changement de cap, qui vise à soutenir les familles dès le premier et le deuxième enfant, sans obérer l'accompagnement qui doit rester fort pour les familles nombreuses. Mais entendons-nous :

83 % des familles de notre pays sont des familles de moins de trois enfants, et notre politique familiale a été pensée exclusivement pour les familles nombreuses. C'est donc bien une révolution qu'il nous faudra engager dans les mois à venir.

Monsieur Bentz, je pense diverger avec vous sur l'analyse : l'enjeu est selon moi de répondre aux Français qui souhaitent avoir des enfants et y renoncent pour des raisons matérielles, plutôt que de convaincre par des injonctions ceux qui n'en veulent pas. La priorité est de réduire l'écart entre l'indice de fécondité et le désir d'enfant. On pourra avoir plus tard le débat, plus large, sur les déterminants du renoncement à la parentalité.

Madame Leboucher, votre propos a été assez caricatural : j'ai formulé dans mon rapport quarante propositions dont certaines rejoignent les vôtres. Il s'agissait ici de formuler une mesure courte, symbolique et consensuelle, mais ce serait bien entendu faire offense aux pères et aux mères de notre pays, en particulier des classes populaires, que de prétendre qu'une carte famille suffirait à répondre à leurs difficultés. Il s'agit d'une simple mesure d'accompagnement.

Par ailleurs, je n'ai jamais dit qu'il s'agissait de « renataliser » la France ; ce n'est pas la philosophie de mon rapport, qui est plutôt de répondre au désir d'enfant empêché. C'est un défi universel qui peut nous réunir au-delà de nos sensibilités politiques et de nos appartenances partisans.

Madame Bonnet, vous avez raison au sujet du coût du train. Quant au seuil d'âge, il me semble que votre interrogation est résolue dans les textes actuels puisque les réductions de la carte familles nombreuses sont valides tant qu'un des enfants est mineur, même si les autres ont plus de 21 ans.

Madame Garin, vous avez raison : il s'agit bien de répondre aux conditions matérielles des familles, ce que cette carte ne saurait faire à elle seule.

Monsieur Isaac-Sibille, cette proposition représente un coût de 5 millions d'euros. Je rappelle que celui de la politique familiale est de 110 milliards d'euros et qu'elle est assez illisible et inefficace, comme vous l'avez dit vous-même. Il me semble acceptable de prendre 5 millions d'euros dans ce maquis d'aides incompréhensible pour les Français afin de financer un dispositif clair et efficace. Je salue à cette occasion le travail approfondi et nourri qu'a mené Anne Bergantz sur les familles au sein du groupe Les Démocrates.

Madame Abadie-Amiel, je partage votre inquiétude ; c'est aussi le cas de l'Unaf que nous avons rencontrée. C'est pourquoi je vous propose un amendement de réécriture, qui fixe dans la loi la progressivité des réductions tarifaires et commerciales pour répondre aux contraintes spécifiques des familles nombreuses et ne pas leur faire courir le risque de perdre des avantages. Une famille nombreuse sera plus et mieux aidée qu'une famille de deux enfants, ce qui est normal puisqu'elle ne rencontre pas les mêmes difficultés.

J'en profite pour saluer le travail important de Constance de Pélichy, présidente de cette mission d'information.

Madame Lebon, vous avez raison, les outre-mer sont bien trop souvent l'angle mort de nos politiques publiques. Si mon texte est adopté en commission, je proposerai en séance un amendement pour demander voire imposer à l'Unaf de mettre en place des partenariats dédiés à l'outre-mer.

Madame Ibled, vous avez parfaitement raison et je l'ai dit : personne ne fait un enfant pour sauver notre modèle social, et ce ne sont pas des politiques d'injonction qui répondront au défi vertigineux du déclin démographique.

Je crois avoir répondu à M. Bazin sur l'importance de continuer d'avoir des politiques dédiées aux familles nombreuses. Si les familles de deux enfants sont aujourd'hui l'angle mort de nos politiques publiques, il ne faut pas que les familles nombreuses le deviennent demain au motif qu'elles sont statistiquement moins représentées.

**Article 1<sup>er</sup>** : *Créer une carte famille ouvrant droit à des réductions tarifaires dans les transports et à des avantages, modulés selon la taille du foyer*

*Amendement AS19 de M. Jérémie Patrier-Leitus ; sous-amendements AS23 de Mme Élise Leboucher et AS20 et AS21 de Mme Marie-Charlotte Garin*

**M. le rapporteur.** Mon amendement de réécriture permet de répondre à une grande partie de vos inquiétudes. Sur le plan légistique, il modifie l'insertion de la carte famille dans le code de l'action sociale et des familles, où elle bénéficiera d'un chapitre dédié. Surtout, il prévoit de distinguer explicitement les tarifs sociaux d'un côté et les avantages commerciaux de l'autre. Il pose également le principe de la progressivité des tarifs sociaux dans les transports ferroviaires en fonction du nombre d'enfants. En effet, nous ne souhaitons pas que l'État ou la SNCF tire prétexte de l'octroi de la carte famille aux familles de deux enfants pour réduire l'ensemble des avantages. Cet amendement précise enfin le contenu du décret d'application.

**Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS).** Le sous-amendement AS20 vise à étendre le bénéfice de la carte famille aux transports collectifs urbains et non urbains, afin de soutenir les familles de manière plus égalitaire sur l'ensemble du territoire.

Le sous-amendement AS21 vise à augmenter le taux de recours à la carte famille afin de garantir le bénéfice effectif de ce droit, puisqu'il s'agit d'un dispositif sous-utilisé, le taux de recours étant d'à peine 20 %. L'éligibilité à cette carte sera vérifiée de manière systématique par la caisse d'allocations familiales.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Nous nous accordons sur le fait que les transports sont coûteux et que l'extension de la carte familles nombreuses aux familles de deux enfants permet d'ouvrir de nouveaux droits – même si je remarque que les défenseurs de cette proposition s'opposent au blocage du prix du carburant, ce qui ne cesse d'étonner. Je tiens à m'arrêter sur le cas des entreprises privées qui ont, par contrat ou par décision, accordé des réductions aux familles nombreuses. Or ces réductions ne sont pas encadrées par la loi, ce qui pose un problème, car on observe parfois des rabais dérisoires, de l'ordre de quelques centimes.

Par exemple, en Haute-Garonne, la carte familles nombreuses permet de bénéficier d'une réduction de 4 euros sur un pack découverte au ski ou de la gratuité des frais de dossier pour des services de proximité à 50 euros l'intervention. Dans une chaîne de restauration, il faut que les deux parents titulaires de la carte soient présents. Les trois enfants choisissent chacun un plat à la carte. Dans ce cas, deux menus sont offerts – sous réserve de présenter la carte familles nombreuses –, le troisième restant payant. Pour certaines activités sportives en intérieur, pour bénéficier de 5 % de remise, il faut envoyer par courriel une copie de la carte familles nombreuses en cours de validité. On reçoit alors un code promo permettant de réserver l'activité à prix réduit sur le site. Une fois la réservation effectuée, il faut encore envoyer une copie de la carte après le paiement.

En somme, si l'on veut que ce dispositif ait du sens, il faut que les réductions soient prescrites par la loi : c'est pourquoi nous proposons par le sous-amendement AS23 qu'elles soient d'au moins 20 %. Une réduction de 5 % est davantage une perte de temps qu'une aide pour les familles, et c'est surtout une manière pour les entreprises de faire les malines sans accorder la moindre réduction.

**M. le rapporteur.** Monsieur Clouet, je partage votre philosophie : la carte famille est une carte d'État, et elle ne doit pas devenir une vitrine publicitaire pour des entreprises privées qui proposeraient des réductions insignifiantes. Les réductions accordées aux familles doivent être réelles. Cependant, il ne s'agit pas non plus de dissuader des entreprises qui consentaient jusqu'alors à accorder des réductions. Je propose que nous travaillions pour la séance à un amendement incitant l'Unaf à bâtir de véritables partenariats afin que les réductions soient significatives. Cependant, le fait de fixer un montant me dérange car certaines réductions peuvent prendre d'autres formes, non financières ; de plus, le seuil de 20 % me semble un peu rigide, et il risque d'empêcher des partenariats par ailleurs utiles. Avis défavorable sur le sous-amendement AS23.

Madame Garin, vous avez raison : le taux vertigineux du non-recours à la carte familles nombreuses est regrettable, alors que ce dispositif était auparavant très apprécié des Français. J'espère que la création de la carte famille nous permettra de travailler, avec l'État et l'Unaf, à une amélioration du recours à ces cartes. Avis favorable sur les sous-amendements AS20 et AS21.

**Mme Agnès Pannier-Runacher (EPR).** Je voudrais réagir à l'idée selon laquelle il serait problématique d'avoir des réductions de 5 %. D'une part, pour avoir géré des activités de loisirs – et pour avoir été bénéficiaire de la carte familles nombreuses –, je peux vous dire que 5 % peuvent parfois être d'une grande aide pour les familles. Toute réduction est bonne à prendre. D'autre part, considérer que les familles sont influencées par le marketing au point d'accorder un avantage démesuré à une entreprise dès lors que celle-ci propose la plus petite réduction me semble relever d'une vision caricaturale de l'économie privée. Le débat est un peu lunaire. Il ne faut pas vouloir tout encadrer : laissons aux familles le soin de choisir ce qui leur semble bénéfique.

**M. Christophe Bentz (RN).** Monsieur le rapporteur, vous assumez la portée symbolique de votre proposition de loi, ce qui ne réduit en rien l'intérêt de notre débat. Historiquement, les politiques familiales relevaient d'une logique d'incitation à la fondation de familles nombreuses. On n'en est plus du tout là aujourd'hui. Je déplore le fait que nos politiques actuelles n'incitent pas à augmenter la taille de la famille, quelle qu'elle soit à l'origine. Aussi, je pense qu'il y a matière à affirmer une politique familiale davantage volontariste.

Il me semble également importer de distinguer non pas les enfants mineurs et les enfants majeurs, mais les enfants à charge et ceux qui ne le sont plus, car c'est bien cette notion qui prévaut dans la réalité économique des familles – je pense notamment aux cas d'enfants porteurs de handicaps.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Mme Pannier-Runacher disait que toute réduction était bonne à prendre : mieux vaut alors une réduction de 20 % qu'une de 5 %. Je vous rejoins, monsieur le rapporteur, dans la volonté que de véritables partenariats soient établis : c'est pourquoi nous maintenons notre amendement, car nous pensons qu'un seuil de 20 % fixé dans la loi ne peut qu'inciter à rechercher ces partenariats.

**Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS).** Je soutiens le sous-amendement de notre collègue Hadrien Clouet. J'ai été assez choquée par les propos de Mme Pannier-Runacher. D'une part, nous n'avons jamais parlé d'argument marketing ; d'autre part, si toute réduction est peut-être bonne à prendre, notre rôle en tant que législateur est de prendre position du côté des familles et de leur proposer le cadre le plus sécurisant et le plus avantageux possible. M. le rapporteur soulignait lui-même l'effet « *pinkwashing* », au profit des entreprises, de réductions qui se révèlent dérisoires. Nous souhaitons voir dans les faits un véritable soutien aux familles.

**M. le rapporteur.** Peut-être pouvons-nous concilier vos points de vue en distinguant deux situations pour les entreprises. D'un côté, toute entreprise pourra proposer des réductions sur présentation de la carte famille, ce qui sera toujours bénéfique comme l'indiquait Mme Pannier-Runacher. Cependant, ce sera autre chose d'être partenaire officiel de l'Unaf. Pour donner l'exemple un peu éloigné des jeux Olympiques, on a vu que les partenaires officiels qui consentaient à un soutien financier important étaient, à raison, mieux reconnus. Il n'est pas question que l'Unaf accorde une haute visibilité à des entreprises dont les efforts ne seraient pas suffisants. Il s'agit bien de trouver un équilibre entre la liberté des entreprises, leur capacité à soutenir les familles et le rôle de l'État en termes de politique familiale.

*La commission rejette le sous-amendement AS23.*

*Puis elle adopte successivement les sous-amendements AS20 et AS21 et l'amendement AS19 sous-amendé.*

*En conséquence, l'article 1<sup>er</sup> est ainsi rédigé et les amendements AS9 de Mme Anne Sicard, AS12 de M. Christophe Bentz, AS3 de Mme Ségolène Amiot, AS1 de Mme Karine Lebon, AS4 de Mme Élise Leboucher, AS15 de M. Christophe Bentz, AS2 de M. Yannick Monnet et AS7 de Mme Marie-Charlotte Garin tombent.*

### **Après l'article 1<sup>er</sup>**

*Amendement AS18 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**Mme Audrey Abadie-Amiel (LIOT).** Le taux de recours au dispositif de la carte familles nombreuses demeure insuffisant, alors même que celui-ci bénéficie d'une forte adhésion lorsqu'il est connu. Cela s'explique en grande partie par un déficit d'information des publics concernés. Le présent amendement vise donc à identifier les leviers permettant d'améliorer la diffusion de l'information relative à la carte familles nombreuses et à la future carte famille, en s'appuyant notamment sur les canaux existants de l'administration fiscale et des organismes de sécurité sociale.

**M. le rapporteur.** Je partage votre intention. Néanmoins, votre amendement est satisfait par l'adoption du sous-amendement AS21 de Mme Garin, qui vise précisément à lutter contre le non-recours.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS5 de Mme Ségolène Amiot*

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Par cet amendement, qui vise à demander un rapport relatif aux familles monoparentales, nous proposons de prendre en compte l'ensemble

des familles. Je rappelle que 25 % des familles sont monoparentales et que, dans 85 % des cas, il s'agit de mères élevant seules leurs enfants. Par ailleurs, une femme sur trois vit en dessous du seuil de pauvreté, si bien que la part d'enfants en situation de pauvreté appartenant à une famille monoparentale atteint 41 %. Si nous voulons réellement soutenir le pouvoir d'achat et traiter le problème de la pauvreté des familles, les familles monoparentales doivent bénéficier de la carte familles nombreuses. Ce rapport permettrait de réfléchir à la manière de les aider.

**M. le rapporteur.** La politique familiale, comme toutes les politiques publiques, doit être visible pour être efficace. Il ne faut donc pas multiplier les cartes.

L'amendement de rédaction globale que vous avez adopté pose le principe de la progressivité des tarifs sociaux. D'ici à la séance, il faut adapter le dispositif de la carte famille aux spécificités des familles, notamment dans les outre-mer. Ainsi, nous pourrions inciter l'Unaf à prévoir des dispositifs et à développer des partenariats prenant en compte les particularités des familles, notamment monoparentales.

Je vous invite à retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

**Mme Karine Lebon (GDR).** Je vous remercie d'avoir établi le lien entre les familles monoparentales et les outre-mer, où elles sont nettement plus nombreuses que dans l'Hexagone. Mme Amiot a rappelé que, au niveau national, ce taux s'élève à 25 %. Or il atteint 58,4 % en Guadeloupe, 60,4 % en Martinique, 55,5 % en Guyane, 45,8 % à La Réunion et 41 % à Mayotte. Il faut se pencher sur cette question.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS17 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**Mme Audrey Abadie-Amiel (LIOT).** Il s'agit d'un amendement d'appel. L'article L. 2151-4 du code des transports prévoit l'octroi de réductions tarifaires dans le transport ferroviaire au bénéfice des familles nombreuses. Or ces dispositions ne sont mises en œuvre que par la SNCF. Dans le contexte d'ouverture à la concurrence du transport ferroviaire de voyageurs, cette situation crée une rupture d'égalité entre les usagers, d'autant que le décret d'application de cet article n'a toujours pas été pris.

Par cet amendement, nous souhaitons interroger le Gouvernement sur les raisons de ce retard et nous lui demandons de préciser les mesures ainsi que le calendrier envisagé pour garantir l'application effective de ces dispositions à l'ensemble des opérateurs ferroviaires.

**M. le rapporteur.** Vous soulevez un véritable problème. En 2018, le Parlement avait adopté un nouveau pacte ferroviaire prévoyant l'extension des tarifs sociaux pratiqués depuis plus d'un siècle par la SNCF aux entreprises concurrentes du secteur ferroviaire. Huit ans après la promulgation de cette loi, les décrets d'application n'ont toujours pas été pris.

Lors des travaux préparatoires à ce texte, j'ai interrogé le Gouvernement à ce sujet. Il a clairement répondu que les nouveaux opérateurs ferroviaires, à l'instar de la SNCF, seront bien soumis à l'obligation de pratiquer les tarifs sociaux prévus par le code des transports.

Si un rapport ne me paraît pas nécessaire, je vous invite, en revanche, à poser la question au Gouvernement en séance. Il doit publier ce décret d'application. Je vous invite à retirer votre amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 2 : Gage de recevabilité financière**

*La commission adopte l'article 2 non modifié.*

**Titre**

*Amendement AS13 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** Au terme de ce débat, je souhaite rappeler que les couples sans enfant sont aussi des familles. Malheureusement, de nombreux couples ne peuvent avoir d'enfants, ce qui est source, très souvent, de souffrances psychologiques et morales.

Naturellement, nous voterons en faveur de ce texte qui vise à encourager la natalité. Toutefois, il subsiste des angles morts en matière de soutien aux familles, notamment aux couples qui n'ont pas encore d'enfant ou qui n'en comptent qu'un seul.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'ensemble de la proposition de loi modifiée.*

La réunion est suspendue de dix heures quarante à onze heures.

\*

*La commission des affaires sociales examine la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur (n° 2309) (M. Yannick Neuder, rapporteur).*

**M. Yannick Neuder, rapporteur.** Nous sommes réunis pour examiner, en première lecture, dans le cadre de la semaine transpartisane, la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur.

Cette proposition de loi n'est pas seulement un texte de santé publique ; c'est un texte politique, au sens le plus noble du terme. Elle constitue un signal fort et un acte de responsabilité collective face au mur que nous voyons se dresser devant nous et que nous refusons d'ignorer.

Dès mon premier mandat de député, j'ai défendu cette question car, en ma qualité de cardiologue, je sais que la véritable bataille se gagne en amont sur le terrain de la prévention. Les maladies cardio-neuro-vasculaires, dont le coût est estimé à 282 milliards d'euros, constituent la première cause de mortalité dans l'Union européenne.

Ce texte s'inscrit dans la continuité du plan européen *Safe Hearts* – pour un cœur en bonne santé –, présenté par la Commission européenne le 16 décembre dernier, que j'ai eu

l'honneur de coconstruire avec mes homologues européens lorsque j'étais ministre de la santé. Il en est la déclinaison nationale concrète.

Ces maladies représentent un enjeu considérable de santé publique. Premièrement, il s'agit de maladies graves – accident vasculaire cérébral (AVC), infarctus, insuffisance cardiaque – qui sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France. Elles sont à l'origine de près de 140 000 décès chaque année dans notre pays, soit plus d'un décès sur cinq.

Deuxièmement, les dépenses de santé en lien avec la prise en charge de ces maladies ont explosé, passant de 16,2 milliards d'euros en 2015 à 21,8 milliards en 2023, soit une hausse de plus de 35 % en huit ans. À défaut d'un changement de cap, 43 % de la population française pourrait souffrir d'une pathologie chronique en 2035, le nombre de patients en affection longue durée passerait de 14 à 18 millions, et le déficit de l'assurance maladie pourrait atteindre 41 milliards d'euros à l'horizon 2030. Nous sommes face à un mur sanitaire, économique et social.

Troisièmement, ces maladies sont un catalyseur d'inégalités. En effet, la mortalité liée aux AVC est deux fois plus élevée en outre-mer qu'en métropole. Il est inacceptable que les hospitalisations liées à ces maladies soient 30 % plus fréquentes dans les communes défavorisées, voire 60 % plus fréquentes s'agissant des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Quatrièmement, la prévalence de ces maladies est en constante augmentation. En 2023, 5,5 millions de personnes étaient atteintes de ces pathologies, ce qui représente près de 1 million de personnes supplémentaires par rapport à 2015. Cette évolution est liée à la consommation de tabac et d'alcool, à la sédentarité et au stress.

Cinquièmement, il existe un angle mort : le cœur des femmes. Nous avons longtemps cru que les maladies cardiovasculaires étaient une pathologie masculine. Or c'est faux et dangereux. En 2023, 72 078 femmes en sont décédées contre 64 161 hommes. En effet, alors qu'on déplore chaque jour 24 décès liés aux cancers du sein et 2 liés aux accidents de la route, ce sont 200 femmes qui meurent chaque jour d'une maladie cardiovasculaire en France – soit huit fois plus que d'un cancer du sein. Pourtant, les femmes restent sous-diagnostiquées, sous-traitées et sous-dépistées. À cet égard, je me félicite de la campagne « Tu as vu ta/ton gynéco ? Tu as vu ta/ton cardio ? », lancée par La Fondation cœur et recherche et la Société française de cardiologie, qui sera diffusée à la télévision à partir du 12 avril.

Je souhaite que le texte contribue à changer cette réalité. Il est de notre responsabilité d'intervenir pour en finir avec la logique du tout-curatif. Changeons de paradigme : le modèle qui consiste à attendre l'apparition de la maladie pour la traiter est à bout de souffle. Il faut prendre un véritable virage préventif et instaurer une démarche d'aller vers les patients avant que la maladie ne les rattrape.

La France accuse un retard structurel en la matière. Elle ne consacre qu'environ 2 % de ses dépenses de santé à la prévention, quand d'autres pays, comme l'Allemagne et les pays nordiques, affichent des niveaux nettement supérieurs. Ce texte constitue un signal fort pour commencer à rattraper notre retard.

L'efficacité de la prévention est établie par la science. L'étude du professeur Jean Ferrières, publiée dans *The New England Journal of Medicine*, montre qu'il est possible de gagner jusqu'à quatorze ans d'espérance de vie en maîtrisant les cinq grands facteurs de risque cardiovasculaire. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 80 % des AVC et

des infarctus sont évitables. Dès lors que nous pouvons éviter quatre accidents sur cinq, comment justifier notre inaction ?

L'accès aux soins nous impose d'inventer de nouvelles manières de faire. Trois quarts des Français ont renoncé à une consultation au moins dans les cinq dernières années, soit 7 millions de plus qu'en 2024. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un cardiologue dépasse les trois mois. Par conséquent, le dépistage fortuit n'est plus adapté. Il faut privilégier une démarche d'aller vers, structurer et démocratiser les dispositifs.

L'article 1<sup>er</sup> prévoit d'inclure le dépistage cardio-neuro-vasculaire dans les bilans de prévention aux âges clefs de la vie. L'article 2 impose aux entreprises l'organisation d'une action annuelle de sensibilisation pour informer les actifs qui ne consultent jamais. Enfin, l'article 3 prévoit le gage financier.

Le texte a été construit avec les acteurs de terrain – la Société française de cardiologie, la Fédération française de cardiologie, la Société française neurovasculaire – et a donné lieu à l'audition de quatre-vingt-sept personnes. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé plusieurs amendements visant à intégrer au dispositif les contributions des personnes auditionnées ainsi que les propositions formulées par nombre d'entre vous.

Je tiens à rendre un hommage particulier à ceux qui ont participé à l'élaboration de ce texte dès le début de nos travaux : les professeurs Bernard Iung, Hélène Eltchaninoff, Martine Gilard, Charlotte Cordonnier, Xavier Leclerc, Ariel Cohen, Victor Aboyans, Gérard Helft, Jérôme Roncalli, Claire Mounier-Vehier ; les docteurs Marc Villaceque, Thierry Garban, Vincent Pradeau, Olivier Thébault ; le sénateur Khalifé Khalifé.

Ce texte n'est pas la fin d'un chemin ; c'est le début d'une nouvelle politique de santé publique fondée sur la prévention et l'aller vers. Nous disposons des données, de l'appui de la science et d'un cadre législatif. Il ne nous manque plus que la volonté politique ; je suis convaincu que nous l'avons.

Je remercie les collègues cosignataires, les personnes auditionnées et je salue l'engagement de Cyrille Isaac-Sibille, de Sabrina Sebaihi, de Sandrine Runel, de Loïc Prud'homme et d'Agnès Pannier-Runacher, qui se sont mobilisés sur d'autres leviers complémentaires de la prévention, notamment la lutte contre l'alimentation ultratransformée.

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

**M. Serge Muller (RN).** Cette proposition de loi met en lumière une réalité inquiétante : la place qu'occupent les maladies cardio-neuro-vasculaires dans notre système de santé. Le constat est sans appel : ces pathologies engendrent plus d'un million d'hospitalisations chaque année et plus de 140 000 décès, mobilisant ainsi lourdement les services hospitaliers, tant sur le plan humain que financier.

Nous souhaitons que ce texte permette d'engager une réflexion sur la place que nous accordons à la prévention. Face aux inégalités de santé, un État comme le nôtre doit prendre pleinement sa part pour endiguer ce fléau. Parmi les facteurs de risque, l'obésité occupe une place majeure. Le nombre de personnes en situation d'obésité est passé de 8,5 % en 1997 à 15 % en 2012, puis à 17 % en 2020 pour atteindre 18,1 % en 2024.

Puisque prévenir, c'est guérir, nous devons agir ensemble sur ces facteurs de risque, notamment l'obésité. Pour autant, le développement de la prévention ne saurait justifier un amenuisement des moyens humains et financiers alloués aux soins. Notre système de santé ne doit pas être piloté par une logique comptable. La santé n'est pas une dépense,

mais un investissement sur le long terme. La prévention et le soin doivent être complémentaires. Garantir une société en bonne santé nécessite d'y consacrer les moyens.

Le groupe Rassemblement National votera ce texte consensuel.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Je tiens tout d'abord à vous remercier, monsieur le rapporteur, de porter le sujet important de la prévention au débat de notre commission.

La prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires est en effet un enjeu de santé publique majeur. J'insiste sur ces deux mots, non seulement sur le terme « cardio », qui renvoie notamment aux infarctus du myocarde, bien identifiés par la population, mais aussi sur le mot « neuro ». En effet, les AVC sont davantage méconnus, alors qu'ils touchent 120 000 personnes chaque année en France. Ces accidents sont très souvent responsables de séquelles invalidantes, handicapantes, et de pseudo-maladies dégénératives. Ce sont de véritables drames humains, certainement évitables.

Les facteurs de risque favorisant ces pathologies sont bien connus : le diabète, l'hypertension artérielle, le cholestérol, l'excès de poids ou certaines prédispositions génétiques auxquels s'ajoutent des comportements comme le tabagisme, l'alcool ou la sédentarité.

C'est pourquoi le groupe Ensemble pour la République souscrit pleinement à l'objectif de ce texte, à savoir le renforcement de la prévention. L'article 1<sup>er</sup>, qui intègre la sensibilisation et le dépistage de ces pathologies et de leurs facteurs de risque dans les programmes de santé nationaux et les rendez-vous de prévention, va dans le bon sens. Ces rendez-vous aux âges clefs de la vie, introduits en 2023, sont un véritable outil de politique préventive.

Néanmoins, nous émettons une réserve sur l'article 2. Si nous en partageons l'objectif, nous contestons ses modalités d'application. Imposer aux entreprises une session annuelle d'information sur les risques cardio-neuro-vasculaires constitue une contrainte supplémentaire que nous ne pouvons soutenir en l'état. Les entreprises nous demandent de simplifier et d'alléger la législation et non de leur imposer des contraintes supplémentaires. Par ailleurs, la taille de beaucoup d'entre elles ne permettra pas d'organiser une telle session dans de bonnes conditions.

C'est pourquoi nous avons travaillé avec vous à une réécriture de cet article. L'amendement de rédaction globale que nous avons déposé vise à maintenir l'objectif de sensibilisation et de dépistage sans faire peser sur les employeurs une charge disproportionnée. Sous réserve de son adoption, le groupe Ensemble pour la République votera en faveur du texte.

**Mme Karen Erodi (LFI-NFP).** Je commencerai mon propos en parlant de vies et non de statistiques. Derrière le terme « cardio-neuro-vasculaires », il y a 140 000 familles endeuillées chaque année. Il y a des corps fatigués, des cœurs qui lâchent, des vies brisées par l'AVC, première cause de handicap chez l'adulte.

On nous dit que c'est une question de mode de vie. On culpabilise l'individu qui mange mal ou qui ne bouge pas assez, alors que la réalité est tout autre : la santé cardiaque est une question de classe sociale. Comment bien manger quand le prix est le premier obstacle pour plus de la moitié des Français ? Une alimentation équilibrée coûte trop cher.

Par ailleurs, comment prendre soin de soi quand on travaille dans des conditions qui détruisent la santé ? Regardons la vérité en face. La mortalité cardiovasculaire est multipliée par trois chez les femmes ouvrières. En outre, 73 % des Français renoncent à des

soins à cause de la distance ou du coût. Enfin, on attend deux fois plus longtemps qu'en 2019 pour obtenir un rendez-vous chez un cardiologue.

Face à ce naufrage, votre texte est d'une froideur comptable. Vous réduisez la prévention à un outil destiné à réduire la dépense publique et à augmenter la productivité. Vous traitez les malades comme des lignes comptables que l'on raye d'un budget.

L'article 2 prévoit une action de sensibilisation en entreprise – très bien. Mais qui peut croire qu'une petite conférence annuelle suffira à compenser l'épuisement professionnel, la suppression des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le recul de l'âge de la retraite ? De plus, vous n'associez ni les salariés ni la médecine du travail à ces actions. Vous ne prévoyez aucune sanction à l'encontre des employeurs qui ne respecteraient pas leurs obligations en matière de prévention.

La France ne consacre que 186 euros par habitant à la prévention, contre plus de 450 euros chez nos voisins allemands, par exemple. Votre texte ne propose aucun moyen supplémentaire et ne traduit aucune ambition réelle. La santé n'est pas une marchandise. Le cœur des travailleurs et des travailleuses n'est pas une machine que l'on répare pour produire davantage. De manière structurelle, le développement du capitalisme a affecté la santé des individus.

Avec mon groupe parlementaire La France insoumise, nous réclamons une politique qui s'attaque à la racine du mal : le capitalisme. Malgré tout, nous voterons pour cette proposition de loi, car toute avancée visant à protéger la santé des travailleurs et des travailleuses, aussi faible soit-elle, est bonne à prendre.

**M. Élie Califer (SOC).** Les maladies cardio-neuro-vasculaires progressent de manière inquiétante dans nos sociétés. Chaque année, elles sont à l'origine de plus de 1 million d'hospitalisations et de 140 000 décès, constituant ainsi la deuxième cause de mortalité selon la Cour des comptes.

Véritable épidémie silencieuse, la prévalence de ces maladies constitue un paradoxe puisque nous savons déjà comment éviter la majorité d'entre elles. Il faut d'ailleurs souligner leur prévalence insupportable en outre-mer, directement liée à la précarité – phénomène dont vous avez connaissance. Aux principaux facteurs de risque – le cholestérol, le diabète, l'hypertension, l'obésité, l'alcool, le tabac, la sédentarité, la malnutrition – s'ajoute la précarité. Ce sont autant d'éléments que nous sommes en mesure de contrôler en mettant en œuvre une politique de prévention et de développement dans certains territoires.

Nos voisins l'ont compris. Selon Eurostat, en 2022, l'Allemagne a consacré 450 euros par habitant aux soins préventifs et l'Autriche 410, quand la France en a dépensé seulement 186. Un tel écart interpelle et doit conduire à une mobilisation. Notre pays a choisi d'agir uniquement lorsque l'état de santé de nos concitoyens est déjà dégradé, et ce de manière parfois irréversible. Les conséquences de cette inaction sont fatales. En cas d'AVC, par exemple, près de la moitié des patients conservent des séquelles importantes : troubles moteurs, cognitifs ou du langage. L'AVC est la première cause de handicap en France. Pourtant, les spécialistes considèrent que 80 % d'entre eux pourraient être évités si l'on prévenait les principaux facteurs de risque.

Il y a une véritable politique de prévention à mener. Il est impératif d'engager sans délai une politique ambitieuse de prévention primaire, comme nous y invite cette proposition de loi. Elle nous appelle aussi à réaliser un investissement durable qui engendrerait des bénéfices humains et sanitaires majeurs et des retombées financières tout aussi déterminantes dans le contexte actuel de déficit. En effet, prévenir, c'est déjà guérir.

C'est la raison pour laquelle le groupe Socialistes et apparentés votera pour cette proposition de loi, en espérant qu'elle constitue une première étape permettant d'aller encore plus loin.

**Mme Josiane Corneloup (DR).** Chaque année dans notre pays, près de 140 000 vies sont emportées par les maladies cardio-neuro-vasculaires. Les plus de 1,2 million d'hospitalisations rappellent l'ampleur de ce fléau silencieux. Pourtant, dans bien des cas, ces drames pourraient être évités.

Ces maladies s'installent souvent lentement, nourries par des facteurs de risque connus – l'hypertension, le diabète, le cholestérol, le tabac, la sédentarité –, soit autant de signaux faibles que notre système peine encore à détecter à temps. Près d'une personne hypertendue sur deux ignore sa situation et plus d'un diabétique sur cinq n'est pas diagnostiqué.

Nous continuons de soigner les conséquences quand nous devrions prévenir les causes. Trop souvent, notre système intervient trop tard, une fois la maladie installée, les complications apparues ; les marges de manœuvre sont alors réduites. Ce déséquilibre est le résultat de choix que nous devons assumer et corriger en faisant de la prévention le premier pilier de notre politique de santé.

Prévenir, c'est éviter des hospitalisations et des décès. C'est aussi permettre à nos concitoyens de vivre plus longtemps et surtout en meilleure santé. Maîtriser les principaux facteurs de risques cardiovasculaires, c'est permettre de gagner jusqu'à quatorze années d'espérance de vie. C'est dire combien la prévention est déterminante.

Nous devons agir en amont. Pour le groupe Droite Républicaine, cette orientation est la bonne. Elle répond à une réalité que chacun constate sur le terrain, celle d'un système qui peine à anticiper, qui doit aujourd'hui se rééquilibrer. Au-delà de l'enjeu sanitaire, il existe des enjeux sociaux, territoriaux et économiques.

Il ne s'agit pas seulement de mieux soigner, il s'agit d'éviter que l'on soit malade. Il ne s'agit pas seulement de prolonger la vie, mais d'en préserver la dignité et la qualité. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter des années à la vie, mais de donner de la vie aux années. Pour toutes ces raisons, fidèles à notre engagement en faveur d'une politique de santé plus juste, plus efficace et plus préventive, le groupe Droite Républicaine votera pour cette proposition de loi.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** D'abord, je vous remercie de reconnaître que les femmes ont un cœur, et que celui peut être atteint des mêmes pathologies que le cœur des hommes.

La France accuse un retard considérable en matière de dépenses de soins préventifs qui s'élèvent à 190 euros par an et par habitant contre 457 en Allemagne et 410 en Autriche.

Les maladies cardio-neuro-vasculaires sont la deuxième cause de mortalité dans notre pays et représentent près de 20 milliards d'euros de dépenses annuelles pour l'assurance maladie. Surtout, elles révèlent de profondes inégalités sociales. Les hospitalisations sont 30 % plus fréquentes dans les communes défavorisées, et jusqu'à 60 % dans les territoires les plus précaires en ce qui concerne les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Il s'agit donc d'un problème de santé publique majeur ainsi que d'un enjeu fondamental d'accès aux soins et d'égalité.

Ce texte propose d'agir sur la prévention, qui est systématiquement le parent pauvre des budgets de la sécurité sociale. Nous regrettons que ses mesures manquent d'ambition. Nous déplorons notamment l'omission de certains facteurs de risque, tels que la consommation d'alcool – 23,6 % des Français consomment dix verres par semaine – et le tabagisme, qui concerne 25 % des adultes. De même, l'absence de prise en compte de la pollution de l'air intérieur et atmosphérique nous amène à nous interroger.

Notre groupe défendra des amendements visant à mieux prendre en compte ces enjeux et à renforcer les obligations des employeurs en matière de santé des salariés. Nous proposons notamment d'élargir la liste des facteurs de risque en y intégrant explicitement la consommation d'alcool et le tabagisme, la pollution de l'air ou l'exposition aux pesticides. Nous vous invitons aussi à examiner les biais liés aux discriminations dans la prise en charge de ces maladies qui affectent les femmes, les pauvres ou qui relèvent du racisme – le syndrome méditerranéen est un exemple bien connu.

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** Je vous remercie, monsieur le rapporteur, d'avoir ouvert le débat sur les questions de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. Elles sont essentielles mais souvent négligées.

Je vous remercie également d'avoir rappelé la particularité de la santé des femmes, notamment en matière cardiaque, qui est un sujet souvent passé sous silence. Je vous sais gré de mettre votre expertise dans ce domaine au service de nos travaux parlementaires, et de nous permettre ainsi d'avancer.

Je me permets de formuler deux observations. Premièrement, je regrette l'absence de gouvernance en matière de politique de prévention qui exige pourtant une vision et une incarnation politiques et qui devrait faire l'objet d'une évaluation. Si les initiatives sont nombreuses et souvent pertinentes, elles ne sont malheureusement ni coordonnées ni évaluées. Cela étant, votre texte n'a pas cette vocation, je le reconnais très volontiers.

Deuxièmement, je partage la réserve exprimée par notre collègue Jean-François Rousset : le groupe Les Démocrates s'inquiète de la charge qui pourrait peser sur les employeurs. J'ai toutefois bien compris, monsieur le rapporteur, que vous étiez disposé à réécrire cette disposition. Dans ces conditions, mon groupe votera en faveur de votre texte.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Le texte que nous examinons répond à une réalité sanitaire que nous ne pouvons plus ignorer. Les maladies cardio-neuro-vasculaires constituent l'un des principaux défis de santé publique. L'Union européenne l'a compris en se dotant en décembre dernier du plan *Safe Hearts*.

Nous devons également, à l'échelon national, nous saisir de ce sujet. Les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de mortalité en France, avec plus de 140 000 décès chaque année et plus de 1,2 million d'hospitalisations. Leur coût est tout aussi considérable, avoisinant les 20 milliards d'euros annuels.

Mais au-delà des chiffres, il faut rappeler une évidence : ces maladies sont dans une large mesure évitables. Pourtant, notre pays accuse un retard préoccupant en matière de prévention, avec des dépenses jusqu'à deux fois inférieures à celles de certains de nos voisins européens. Dans ce contexte, le groupe Horizons & Indépendants considère que ce texte apporte une réponse utile, pragmatique et attendue.

D'une part, accentuer l'effort en matière de dépistage est nécessaire pour détecter plus tôt, agir plus vite et éviter des complications souvent lourdes et fatales. D'autre part, renforcer la prévention, en faisant du lieu de travail un outil en la matière, constituerait également une avancée. En effet, les malaises, souvent d'origine cardiaque, représentent plus

de la moitié des accidents du travail en France. Enfin, la science est claire : maîtriser les facteurs de risque cardiovasculaires permettrait de gagner jusqu'à quatorze années de vie en bonne santé. Aussi est-ce l'un des investissements en matière de santé publique les plus importants que nous puissions réaliser ; il ne faut pas le négliger. Pour toutes ces raisons, le groupe Horizons & Indépendants soutiendra pleinement cette proposition de loi.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Je souhaite d'abord saluer l'engagement constant du docteur Neuder en matière de prévention. Deuxième cause de mortalité en France, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de plus de 140 000 décès chaque année. Selon la Cour des comptes, le nombre d'AVC progressera de 35 % d'ici à 2035.

Chaque infarctus est un drame familial. Trop souvent, les personnes qui en sont victimes basculent dans le handicap ou la dépendance, alors même que ces accidents auraient pu, dans une très large mesure, être évités. Comme l'a rappelé avec sévérité la Cour des comptes en octobre 2025, la prévention cardiovasculaire reste insuffisamment ciblée et les inégalités sociales et territoriales persistent, voire se creusent. Nous sommes parmi les plus mauvais élèves de l'Union européenne en matière de dépenses de prévention.

L'un des problèmes est l'ignorance des facteurs de risque. Un hypertendu sur deux ignore sa maladie et plus d'un cinquième des diabétiques ne savent pas qu'ils le sont. L'information est donc vitale. À cet égard, l'entreprise constitue un espace privilégié pour sensibiliser les salariés. C'est précisément ce que propose le texte, et c'est la raison pour laquelle nous le soutiendrons.

Le groupe LIOT défendra également des amendements d'appel s'inspirant du rapport parlementaire de notre collègue Stéphane Viry consacré au diabète, afin d'améliorer son dépistage et de renforcer la prévention en la matière.

D'aucuns évoqueront le coût de cette proposition de loi. Nous leur répondons qu'investir dans la prévention permet de dégager des bénéfices médico-économiques et de diminuer globalement les dépenses. Une étude publiée en juillet 2025 dans *The New England Journal of Medicine* établit clairement qu'une maîtrise efficace des facteurs de risque peut faire gagner jusqu'à quatorze années d'espérance de vie.

Investir aujourd'hui, c'est réduire demain le poids des affections de longue durée, des hospitalisations évitables et des séquelles irréversibles. C'est un investissement pour la vie, l'autonomie et la soutenabilité de notre modèle social. Pour toutes ces raisons, le groupe LIOT votera en faveur de ce texte.

**Mme Karine Lebon (GDR).** Cette proposition de loi est essentielle. Elle l'est d'abord parce que les maladies cardio-neuro-vasculaires figurent parmi les principales causes de mortalité, et l'AVC demeure l'une des premières causes de handicap acquis chez l'adulte. Elle l'est ensuite parce qu'elle place la prévention à la mesure de son importance dans la vie réelle, son absence conduisant à des décès, à des handicaps, à des vies bouleversées et laissant des familles durablement éprouvées.

Nous soutenons donc pleinement l'objectif de ce texte : mieux prévenir, mieux sensibiliser, mieux dépister, agir plus tôt. Il est toutefois dommage qu'il faille encore, pour convaincre, parler d'abord d'économies pour le système de santé, de coûts pour le système économique et de perte de productivité, alors que nous devrions d'abord évoquer la souffrance humaine, la dignité et le droit de chacune et chacun à vivre en bonne santé.

Certes, la prévention permet d'éviter des dépenses massives et réduit un coût social et économique considérable. Mais la première raison d'agir, ce sont les vies que l'on veut préserver. Ce débat doit aussi nous obliger à regarder les inégalités territoriales en face :

ces pathologies ne frappent pas partout avec la même intensité. Elles touchent davantage certains territoires et les classes populaires, notamment celles et ceux pour qui l'accès à la prévention, à une alimentation de qualité ou à un suivi médical régulier restent plus difficiles.

L'exemple de La Réunion est, à cet égard, particulièrement éclairant. L'incidence annuelle standardisée des AVC y atteint 384 pour 100 000 habitants contre 231 au niveau national, tandis que la mortalité représente 87 décès pour 100 000 habitants contre 58 au niveau national. Au sein même de l'île, les écarts sont frappants, les personnes résidant à l'est étant particulièrement exposées à ce risque.

La santé de ces personnes se dégrade plus tôt. Des familles sont confrontées à l'inquiétude : des proches doivent accompagner, soutenir, réorganiser le quotidien. Lorsqu'un territoire est davantage exposé aux AVC et aux maladies cardio-vasculaires, notre devoir est d'agir plus tôt, plus fortement et plus justement.

En matière de santé, prévenir, c'est protéger des parcours de vie, préserver des équilibres familiaux et donner à chacune et à chacun une chance de vivre en meilleure santé. La prévention ne peut donc pas être uniforme, elle doit être territorialisée, socialement juste et réellement accessible. Cela étant, le groupe GDR votera bien entendu pour cette proposition de loi.

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

**M. Stéphane Viry (LIOT).** Avec cette proposition de loi, que je vous remercie d'avoir déposée, nous sommes au cœur de la raison d'être de notre commission. Du reste, la Cour des comptes nous invitait à légiférer sur cette question dans le rapport très sévère qu'elle a rendu à l'automne dernier et dont vous avez globalement repris les recommandations.

Ce texte s'appuie sur un constat simple : ces maladies sont l'une des premières causes de mortalité en France et représentent une dépense de santé très élevée, estimée à près de 20 milliards d'euros. Paradoxalement, alors que ces pathologies sont parfaitement connues, nous privilégions le soin à la prévention.

On peut évidemment s'étonner que le corps politique, notamment le législateur, ne se soit pas saisi plus tôt de cette question d'intérêt national. Votre initiative permet d'infléchir cette tendance et d'ouvrir une voie. Je tenais donc à vous exprimer de nouveau ma satisfaction et à vous remercier, monsieur le rapporteur, pour vos travaux.

Nous avons compris que la réponse passe par le dépistage coûte que coûte, afin que les patients ignorant leur pathologie sachent qu'ils en sont atteints ; il convient donc de renforcer la prévention.

Si votre proposition de loi devait être adoptée par notre assemblée, sera-t-elle pour autant examinée prochainement par le Sénat dans le cadre de la navette ? Ce texte pourra-t-il entrer en vigueur d'ici à quelques mois ?

**Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS).** Vous avez été nombreux à prendre la parole en faveur de la prévention, notamment des maladies cardio-neuro-vasculaires, et vous allez voter ce texte, mais où étiez-vous quand il fallait défendre le sport santé pour lutter contre l'obésité ? Où étiez-vous quand il fallait défendre l'accès à une alimentation saine, notamment pour les populations les plus précaires, et soutenir la sécurité sociale de l'alimentation ? Où étiez-vous quand il fallait faire face au lobby du tabac et trouver les moyens de créer une génération sans tabac ?

Où êtes-vous quand nous essayons de parler de l'organisation du temps de travail dans notre société ? Tout à l'heure, nous avons parlé des familles nombreuses : quand on est une mère de famille nombreuse qui n'a pas les moyens de manger correctement, comment prévenir les maladies cardiovasculaires ? Vous refusez d'avoir cette discussion !

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), les députés écolos ont déposé de nombreux amendements pour promouvoir des politiques de prévention, mais la majorité d'entre vous a systématiquement été aux abonnés absents. La différence fondamentale entre une bonne partie des députés ici présents et les députés de gauche, c'est que nous, nous avons une lecture systémique de ce problème de santé publique grave et mortel que sont les maladies cardio-neuro-vasculaires. Malheureusement, la proposition de loi traite ce problème par le petit bout de la lorgnette, alors qu'il demande une réponse systémique. Où serez-vous, lors de l'examen du prochain PLFSS, quand il faudra voter des moyens concrets de prévention et des financements pour l'hôpital public ? Je crains que la réponse à cette question soit aux abonnés absents.

Sans moyens suffisants, ce type de textes pétris de bonnes intentions ne sera ni à la hauteur politiquement ni à la hauteur des familles dont les proches ont été victimes de ces maladies, ces familles auxquelles on n'offre que des beaux discours, mais aucun résultat concret.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Permettez-moi de préciser que c'est nous qui nous sommes battus pour la reconnaissance de l'activité physique adaptée et du sport santé, pour le développement des maisons sport-santé dans l'ensemble du territoire ; la Seine-Maritime, qui en était dépourvue en 2017, en compte désormais dix. C'est nous aussi qui avons proposé les consultations aux âges clefs de la vie, dans un objectif de prévention.

J'entends vos propos, madame Garin, mais vous ne pouvez pas nous interpellier de la sorte, en nous reprochant de n'avoir rien fait en matière de prévention. Au contraire, nous avons proposé de nombreuses mesures – je n'en ai cité que quelques-unes –, même si, j'en conviens, il reste des choses à faire : la prévention n'est jamais finie.

**M. le rapporteur.** Monsieur Muller, je retiens de votre intervention que vous envisagez la santé comme un investissement plutôt que comme une dépense ; c'est une vision nécessaire pour les politiques de prévention, notamment si nous voulons évoluer vers un modèle pluriannuel.

Monsieur Rousset, nous avons discuté dans le cadre de la coconstruction de cette proposition de loi et j'ai bien compris les réticences de votre groupe ; vous craignez que ce texte ne crée des obligations supplémentaires pour les entreprises, sans tenir compte de leurs différences. Grâce à votre amendement de réécriture AS10, nous avons trouvé une formulation satisfaisante.

Madame Erodi, j'entends votre engagement contre le capitalisme, mais l'objectif de ce texte consiste à s'occuper de la santé des gens – ce que j'essaie de faire depuis plus de vingt-cinq ans. Nous avons tous connaissance des faits que vous avez évoqués, mais soyez assurée que l'ambition qui m'anime, tant à l'échelon européen, lorsque nous avons fait adopter ce texte par la Commission européenne en décembre, que dans le cadre de mon mandat de parlementaire, est simple : agir concrètement pour la vie des gens.

Nous savons que 1 Français sur 6 sera potentiellement victime d'un AVC. Aussi, sur les 577 députés que compte notre assemblée, on peut estimer qu'une centaine en seront victimes. Je prends cet exemple à dessein, afin que nous prenions conscience de la gravité de ce sujet : lequel ou laquelle d'entre nous sera victime d'un AVC ?

Monsieur Califer, vous nous avez sensibilisés à la situation dans les outre-mer en évoquant l'augmentation significative de la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires. Vos propos montrent bien à quel point ces pathologies sont multifactorielles ; en cela, ils sont une réponse à Mme Erodi. Comme vous l'avez rappelé, 80 % des accidents vasculaires sont évitables. Les inégalités sociales et les rythmes de travail sont en cause, mais il existe de nombreux facteurs de risque : certains sont médicaux – le diabète, l'hypertension ; d'autres sont environnementaux, et nous pouvons collectivement les réduire ; d'autres encore sont liés à des habitudes de vie – la consommation d'alcool et de tabac, notamment.

Madame Corneloup, vous avez insisté sur le nombre de personnes hypertendues et de diabétiques qui s'ignorent. Un amendement vise précisément à autoriser certains professionnels de santé à prendre des mesures de tension artérielle ; les kinésithérapeutes, par exemple, n'en ont pas le droit en l'absence d'une prescription médicale. De plus, la législation en vigueur prévoit que toute pharmacie dispose d'un tensiomètre, mais ne précise rien quant à l'acte lui-même – rappelons à cette occasion que les tensiomètres sont en vente libre. Notre objectif consiste à favoriser au maximum le dépistage en faisant en sorte que tout professionnel de santé puisse prendre la tension artérielle d'un patient.

Madame Rousseau, vous avez évoqué le cœur des femmes, qui est un sujet important. Nous avons confirmé que les violences sexistes et sexuelles constituent un facteur de risque supplémentaire d'atteinte cardiovasculaire, notamment en raison du stress engendré – des études l'ont montré. La rédaction initiale de ce texte était fortement imprégnée de cardiologie et se concentrait sur le dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète et du cholestérol ; grâce au travail transpartisan, elle est devenue plus légistique et plusieurs amendements permettront d'y ajouter une dimension portant sur la prévention de la consommation d'alcool et de tabac.

En revanche, je n'ai pas compris à quel syndrome méditerranéen vous faisiez allusion – il en existe deux. Je vous répondrai par le *French paradox* : en France, certaines habitudes alimentaires semblent, paradoxalement, limiter l'expression de certains facteurs de risque cardiovasculaire.

Monsieur Grelier, j'entends votre volonté de ne pas mettre les entreprises en difficulté.

Madame Colin-Oesterlé, merci d'avoir évoqué les accidents du travail, que j'avais identifiés : 50 % des décès survenant à l'occasion d'un accident du travail sont liés à des malaises, majoritairement d'origine cardiovasculaire. Lors des nombreuses auditions de délégués syndicaux – y compris celle du délégué général de Force ouvrière hier –, nous avons constaté une faible utilisation du fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle en la matière. Ces éléments alimenteront certainement nos travaux sur le prochain PLFSS.

Monsieur Colombani, vous avez cité le rapport de la Cour des comptes, qui m'avait beaucoup heurté lors de sa publication en octobre dernier. Il fait état d'une augmentation de 35 % des AVC, ce qui renforce ma volonté d'agir.

Parmi ses recommandations figure le nécessaire renforcement de la prévention pour neutraliser les facteurs de risque ; une étude de *The New England Journal of Medicine* a montré que, en maîtrisant les facteurs de risque, on gagne quatorze ans de vie pour les femmes et dix pour les hommes. Il sera également nécessaire d'augmenter le nombre de lits dans les unités neurovasculaires, qui prennent en charge très précocement les victimes d'AVC

pour effectuer une thrombolyse ou l'évacuation du caillot du cerveau, afin de limiter les séquelles.

Madame Lebon, nous avons beaucoup discuté de l'épidémie – pourrait-on dire – de facteurs de risque sur l'île de La Réunion, en particulier du diabète. C'est chez vous qu'il est le plus important, avec une prévalence de 10 %. En vous écoutant, des chiffres me sont revenus en mémoire : il y a sept accidents vasculaires par jour à La Réunion ; si l'on y ajoute les infarctus, on arrive à un total de dix accidents cardio-neuro-vasculaires par jour. Il est donc tout à fait légitime que nous nous en préoccupions.

Monsieur Viry, vous vous demandez si nous nous faisons plaisir ce matin en commission, avant de recommencer la semaine prochaine en séance publique, et si ce texte finira dans le cimetière des propositions de loi. Soyez rassuré, le Sénat veut l'inscrire à son ordre du jour, soit dans le cadre d'une journée de niche, soit à l'occasion d'une semaine transpartisane, comme nous l'a confirmé le président de la commission des affaires sociales, avec lequel nous sommes en discussion.

Madame Garin, j'entends vos propos, mais je trouve un peu sévère votre expression traiter « *par le petit bout de la lorgnette* », étant donné que nous déclinons un plan européen – il fallait ouvrir la porte.

En 2035, 75 % de nos dépenses de santé se répartiront entre trois grands domaines : la santé mentale, et plusieurs années seront nécessaires pour structurer les choses dans le cadre des plans Santé mentale ; le plan Cancer, dont la nouvelle version, comme le registre des cancers, enrichira nos données ; le domaine cardiovasculaire, qui ne bénéficiait pas encore d'un plan dédié. Cette proposition de loi va combler ce manque ; nous pourrons l'incrémenter à l'occasion de l'examen du prochain PLFSS.

Enfin, le 8 août dernier, lorsque j'étais ministre de la santé, j'ai pris le décret qui permet de généraliser le sport santé, en particulier auprès des patients souffrant de diabète de type 2. Cela a fait suite à l'action mémorable de l'un de nos collègues, qui a rallié Metz à Paris en courant et à vélo pour sensibiliser l'opinion publique à cette pathologie.

Madame Vidal, nous avons tous à cœur d'améliorer l'état de santé de nos concitoyens.

**Article 1<sup>er</sup> :** *Renforcer la place du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires dans les politiques nationales de santé*

*Amendement AS6 de M. Paul-André Colombani*

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** La liste des facteurs de risque proposée, limitée au diabète, à l'hypertension et au cholestérol, constitue une première base pertinente, qui pourrait être utilement élargie, notamment aux déterminants comportementaux, environnementaux et psychosociaux. Cet amendement vise à prévoir une approche plus globale, qui permettrait de mieux refléter la diversité des facteurs en jeu.

**M. le rapporteur.** Je comprends le sens de votre amendement : les trois facteurs de risque cardiovasculaire – diabète, hypertension et cholestérol – figurant dans le texte ne reflètent pas la réalité. Il faut y ajouter les déterminants comportementaux – l'alimentation et le risque d'obésité, le tabagisme et la sédentarité –, les facteurs de risques environnementaux – pollution de l'air, exposition au bruit et conditions de travail – et les facteurs de risques psychosociaux – stress chronique et troubles du sommeil.

J'avais initialement choisi les trois facteurs de risque cardiovasculaire pour leur caractère mesurable et rapidement corrigeable. Toutefois, les auditions et vos travaux m'ont convaincu de la nécessité d'élargir cette liste. Cependant, les facteurs de risque sont évoqués à l'alinéa 3, qui vise les dispositions de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique. C'est pourquoi je vous demande de retirer votre amendement au profit de mon amendement AS24.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS23 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur.** Afin de clarifier la place de la prévention cardio-neuro-vasculaire dans les programmes de prévention, cet amendement a pour but d'alléger la rédaction initiale de l'alinéa 2, qui modifie les dispositions de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, relatif à l'ensemble des programmes de santé. En effet, certains d'entre eux ont un objet de prévention spécifique incompatible avec la prise en compte des maladies cardio-neuro-vasculaires – la prévention du saturnisme et du botulisme ou le dépistage néonatal, par exemple.

Il s'agit de faire simplement référence à la prévention cardio-neuro-vasculaire dans le cadre des programmes de prévention, en recourant aux termes « le cas échéant ». Mon amendement AS24 vise quant à lui à développer à l'alinéa 3 le détail des facteurs de risque pris en compte dans le cadre des rendez-vous de prévention à certains âges clefs de la vie.

Cette modification, qui répond à une préoccupation exprimée par la direction générale de la santé, vise à garantir l'intelligibilité des dispositions du code relatives aux programmes de santé et aux rendez-vous de prévention.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS11 de Mme Sandrine Rousseau et AS1 de M. Élie Califer tombent.*

*Amendement AS7 de M. Stéphane Viry*

**M. Stéphane Viry (LIOT).** L'amendement a pour objectif le renforcement de l'effectivité des rendez-vous de prévention, en intégrant des outils concrets de repérage précoce des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Ainsi, il vise à permettre la diffusion des outils existants par voie numérique, notamment par l'intermédiaire de l'espace numérique de santé, afin de mieux atteindre les populations à risque et de renforcer l'accessibilité des démarches de prévention. Il s'agit d'améliorer les dispositifs existants de façon pragmatique, sans créer d'obligation nouvelle pour les professionnels de santé. La massification du recours à des outils existants rendra le dépistage plus efficace. Cet amendement s'inspire du travail de notre collègue Salvatore Castaglione sur le diabète de type 2.

**M. le rapporteur.** Permettez-moi de revenir rapidement sur les deux amendements tombés à la suite de l'adoption de mon amendement AS23. Madame Rousseau, je vous propose de sous-amender mon amendement AS24, afin que la consommation d'alcool y figure au même titre que la consommation de tabac. Monsieur Califer, je me conforme aux avis des sociétés savantes s'agissant de la fibrillation auriculaire : les chiffres de la prévalence poussent à ne pas la retenir comme un facteur de risque cardiovasculaire, mais à la considérer uniquement comme une pathologie.

J'entends l'objectif visé par l'amendement de M. Viry, puisque le diabète de type 2 touche 4,4 millions de personnes – en réalité plus de 5 millions si l'on tient compte des 700 000 diabétiques qui s'ignorent. Du point de vue de la santé publique, j'y souscris pleinement, mais du point de vue légistique, l'amendement vise à donner la possibilité aux professionnels de santé de remettre un questionnaire, sans créer d'obligation.

Par conséquent, je m'en remets à la sagesse de la commission.

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

*Amendement AS24 de M. Yannick Neuder, sous-amendement AS33 de Mme Sandrine Rousseau et sous-amendements identiques AS32 de Mme Sabrina Sebaihi et AS34 de M. Serge Muller ; amendement AS3 de M. Élie Califer (discussion commune)*

**M. le rapporteur.** Mon amendement vise à clarifier la prise en compte du risque cardio-neuro-vasculaire dans le cadre des rendez-vous de prévention à certains âges clefs de la vie, prévus à l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique. À cet effet, il précise que ces rendez-vous permettent à la fois de sensibiliser aux facteurs de risque dans une optique de prévention primaire, mais également de dépister à un stade précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurelles – les souffles cardiaques, par exemple –, par une auscultation, le cas échéant.

Il a aussi pour objectif la prise en charge par l'assurance maladie du dosage de la lipoprotéine (a), qui coûte 19 euros, dans le cadre de ces rendez-vous de prévention. En effet, un taux élevé est un marqueur reconnu du risque de développer une maladie cardiovasculaire.

Cet amendement vise également à systématiser l'évaluation du risque cardiogynécologique, suivant la recommandation du fonds de dotation Agir pour le cœur des femmes. Cela suppose une évaluation systématique, au cours du rendez-vous de prévention, de plusieurs éléments : le facteur de risque obstétrical, c'est-à-dire les antécédents obstétricaux tels que la prééclampsie, l'hypertension gestationnelle et le diabète gestationnel, qui constituent des marqueurs de risque cardio-neuro-vasculaire à long terme bien identifiés dans la littérature scientifique internationale ; le facteur de risque hormonal, c'est-à-dire la prise d'un contraceptif, la grossesse ou encore la ménopause, qui génèrent une vulnérabilité cardio-neuro-vasculaire spécifique insuffisamment prise en compte dans l'évaluation de la santé cardiologique ; enfin, la clinique spécifique des maladies cardio-neuro-vasculaires chez les femmes, qui empêche de dépister les maladies à un stade précoce comme en attestent les symptômes atypiques de l'infarctus chez la femme, conduisant à un retard de diagnostic, à une prise en charge plus tardive et à une surmortalité évitable – liée à la sous-représentation des femmes dans les études cliniques.

Enfin, mon amendement précise qu'un tel dépistage est obligatoirement proposé à l'assuré lors des rendez-vous de prévention.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Le sous-amendement AS33 vise à intégrer à l'amendement AS24 le dépassement des repères de consommation d'alcool. L'alcool et le tabac sont les grands absents de cette proposition de loi. Il est paradoxal d'oublier ces facteurs de risque en matière de prévention cardiovasculaire tout en insistant sur les comportements individuels qui y sont liés dans le cadre du plan Cancer. Parce que je ne doute pas qu'il s'agisse d'un oubli et non d'une mauvaise intention, il me semble prioritaire d'intégrer cet élément au texte de loi.

Quant au sous-amendement AS32, il vise à prendre en considération, dans la prévention, l'état d'obésité comme facteur de risque.

**M. Serge Muller (RN).** L'obésité constitue un enjeu majeur de santé publique, en progression constante dans l'ensemble du territoire. Elle représente un facteur de risque déterminant dans la survenue des maladies cardio-neuro-vasculaires. Il apparaît donc indispensable d'intégrer explicitement la prévention et la prise en charge de l'obésité dans la présente proposition de loi.

**M. Élie Califer (SOC).** L'amendement AS3 vise à introduire systématiquement, dans les rendez-vous de prévention proposés aux personnes âgées d'au moins 40 ans, une évaluation individuelle du risque d'événement cardiovasculaire fatal, lorsque l'état de santé et la situation du patient le permettent.

Il s'agit de faire en sorte que chaque patient prenne connaissance de son coefficient de risque et dispose ainsi de repères clairs pour mieux mettre en œuvre des habitudes de vie favorables à sa santé. La mise à disposition d'un indice chiffré favorise l'adhésion ultérieure aux recommandations médicales de prévention.

**M. le rapporteur.** Madame Rousseau, je ne voudrais pas que l'on considère que l'absence de la mention de l'alcool dans ce texte est un oubli ; ce n'est pas le cas. Toutefois, des études controversées alimentent des discussions au sein de la communauté scientifique et cardiologique. J'ai évoqué tout à l'heure le *French paradox* : une faible consommation d'alcool – un verre par jour pour les femmes et deux pour les hommes – pourrait avoir un effet protecteur grâce aux polyphénols. C'est pourquoi la consommation modérée d'alcool n'est pas identifiée comme un facteur de risque.

Toutefois, votre sous-amendement est bien rédigé puisqu'il y est question d'une consommation excessive d'alcool. Celle-ci est associée à une augmentation des risques d'hypertension artérielle, de cardiomyopathie – c'est-à-dire de dilatation du ventricule gauche –, d'arythmie et d'accident vasculaire. Parce que ces risques sont plus importants que le rôle protecteur d'une consommation modérée, je suis favorable au sous-amendement AS33.

Pour avoir créé avec Anne-Sophie Joly les premières journées nationales de l'obésité et cosigné la proposition de loi de Mme Sabrina Sebaihi pour une génération sans sucre, je suis également favorable aux sous-amendements identiques AS32 et AS34.

Enfin, je comprends l'objectif de l'amendement de M. Califer, mais je ne peux lui donner un avis favorable pour des raisons légistiques. Par conséquent, demande de retrait au profit de mon amendement AS24, qui vise également à évaluer le risque d'accident cardiaque grave quel que soit l'âge du patient au moyen de l'examen clinique et biologique, notamment par le dosage du bilan lipidique ; sinon avis défavorable.

J'entends votre demande de remboursement de certains tests lorsqu'ils ne sont pas prescrits – notamment le test d'effort pour les patients de moins de 40 ans –, mais nous y reviendrons à l'occasion de l'examen d'autres amendements.

*La commission adopte successivement le sous-amendement AS33, les sous-amendements identiques AS32 et AS34, et l'amendement AS24 sous-amendé.*

*En conséquence, les amendements AS3 et AS2 de M. Élie Califer tombent.*

*Amendement AS25 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur.** L'hypercholestérolémie familiale est une maladie génétique qui concerne 1 naissance sur 250. On estime le nombre de personnes touchées entre 260 000

et 270 000, dont 30 000 enfants, qui sont susceptibles d'être victimes d'un infarctus ou d'un AVC beaucoup plus rapidement que les autres. Je l'ai constaté dans ma pratique : dans la plupart des cas, un jeune de 16, 18 ou 20 ans qui fait un infarctus souffre d'une hypercholestérolémie familiale. Or seuls 1 000 enfants ont été identifiés.

Les Pays-Bas, la Norvège et le Royaume-Uni ont instauré des tests génétiques pour dépister cette maladie ; d'autres pays européens pratiquent le dépistage en cascade. Dans mes précédentes fonctions de ministre de la santé, j'ai mandaté la Haute Autorité de santé (HAS) pour déterminer les meilleures modalités de dépistage systématique des enfants ; elle devrait communiquer ses recommandations au cours du second semestre 2026.

Cet amendement vise à identifier précocement les enfants atteints, à instaurer une prise en charge adaptée, possible dès l'âge de 6 ans, et à dépister les membres de leur famille. Il s'agit donc de mieux diagnostiquer l'hypercholestérolémie familiale en intégrant un dépistage à la consultation de la sixième année de l'enfant, au moment de l'entrée au cours préparatoire.

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

*Amendements AS12 et AS13 de Mme Karen Erodi*

**Mme Karen Erodi (LFI-NFP).** On vous dit : « Allez vous faire dépister, c'est important pour la santé. » Vous prenez alors rendez-vous et, après vous avoir examiné, le médecin vous explique qu'il faut faire des examens complémentaires : un bilan sanguin, une échographie cardiaque, un électrocardiogramme, etc. Vous regardez les tarifs, le reste à charge s'accumule : 50 euros par-ci, 80 euros par-là, 120 euros pour l'échographie. Vous faites les comptes : vous n'avez pas les moyens et vous renoncez aux examens.

Ce scénario concerne les 73 % de Français qui renoncent aux soins, d'après le troisième baromètre de la Fédération hospitalière de France publié en mars 2026. Parmi eux, 40 % renoncent pour des raisons purement financières. Comment faire de la prévention lorsqu'il faut payer pour accéder au diagnostic ?

L'amendement AS12 vise à demander un rapport sur la prise en charge intégrale des examens cardiovasculaires et neurologiques. Les chiffres sont implacables : une étude de Santé publique France de 2016 montre que le nombre de décès précoce par infarctus du myocarde et insuffisance cardiaque est significativement plus élevé chez les Français les plus défavorisés. Résultat : ceux qui en ont les moyens accèdent rapidement aux examens, au dépistage précoce et à la prise en charge ; les autres attendent et au pire renoncent.

Nous nous devons de mettre un terme à cette médecine à deux vitesses. Ce rapport évaluera le coût du remboursement intégral, proposera des pistes de financement reposant sur des recettes nouvelles, parce qu'on ne fait pas de la prévention efficace en maintenant des barrières financières.

L'amendement AS13 concerne les dépassements d'honoraires. Nous savons tous qu'ils sabotent l'accès aux soins, mais personne n'ose affronter le problème. Les chiffres sont accablants, et nous ne pouvons pas les ignorer. En 2024, les dépassements d'honoraires se sont élevés à 4,3 milliards d'euros, soit 5 % d'augmentation par an depuis 2019. Ils représentent 14 % du reste à charge des ménages. Les délais d'attente pour consulter un cardiologue ont doublé depuis 2019. Dans certaines régions, il faut attendre presque cinq mois avant d'en voir un. Et la répartition des cardiologues sur le territoire continue d'être dictée par le profit, toujours le profit.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est formel : ces dépassements excessifs sont l'aimant qui attire les médecins vers les quartiers aisés des grandes villes, au détriment du reste du pays. Les dépassements nourrissent la désertification médicale. Résultat : les déserts médicaux s'étendent. Les chiffres sont parlants : 73,7 % des cardiologues exercent en secteur 1. C'est pire pour les neurologues, avec seulement 57,9 %. Entre 9 et 14 % de ces spécialistes exercent carrément hors convention. Vous comprendrez ce que cela signifie en pratique : les patients les plus précaires doivent choisir entre payer des dépassements, ce qu'ils ne peuvent pas se permettre, ou attendre des mois dans la douleur, voire pire. Or ce sont précisément eux qui risquent le plus de décéder d'un infarctus.

Avec cet amendement, nous demandons la remise d'un rapport sur l'interdiction des dépassements d'honoraires en cardiologie, en neurologie et en médecine vasculaire, afin de permettre un accès effectif aux soins à tous les patients. En effet, on ne peut pas parler de prévention pour tous en maintenant des privilèges de classe qui tuent.

**M. le rapporteur.** Avant d'émettre un avis, je voudrais compléter mes propos sur le dépistage de l'hypercholestérolémie chez les enfants en mettant en exergue la belle expérimentation en cours dans les Bouches-du-Rhône, qui a été étendue à l'ensemble de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Tous les enfants y bénéficient d'un dépistage systématique du cholestérol, ce qui a des effets très positifs. Je remercie ceux qui sont à l'origine de cette action, notamment l'agence régionale de santé et l'union régionale des professionnels de santé.

L'amendement AS12 demande la remise d'un rapport sur la prise en charge intégrale des examens de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires. Il serait en effet intéressant de disposer d'un état des lieux en ce qui concerne les niveaux de prise en charge proposés, qui varient selon le type d'examen, le profil du patient bénéficiaire et le contexte de la prescription, à l'hôpital ou en ville. Les examens de dépistage cardio-neuro-vasculaire font l'objet d'une prise en charge de droit commun par l'assurance maladie selon des modalités variables en fonction la nature de l'acte.

L'électrocardiogramme de repos est inscrit à la classification commune des actes et remboursé à hauteur de 70 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous réserve qu'il soit réalisé sur prescription et dans le cadre du parcours de soins coordonné. Il en va de même pour les échographies cardiaques et les échodopplers vasculaires. Dans ces deux cas, le reste à charge pour l'assuré correspond au ticket modérateur, qui sera pris en charge par la mutuelle ou pourra donner lieu à la complémentaire santé solidaire si le patient y est éligible.

Inversement, le remboursement du test d'effort est conditionné à l'existence d'une indication médicale reconnue – présence de symptômes, facteurs de risque cardiovasculaire documentés ou suivis dans le cadre d'une affection de longue durée. En pratique, pour un patient de moins de 40 ans n'ayant ni symptôme ni facteur de risque médical documenté, le test d'effort n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. La totalité du coût de l'acte reste alors à la charge de l'assuré, sans base de remboursement opposable.

Enfin, l'ensemble de ces examens est pris en charge lorsqu'ils sont prescrits à l'hôpital.

J'ai conscience que ces différences sont source de confusion et d'incertitude, non seulement pour le patient mais aussi pour le prescripteur. Celui-ci peut hésiter à prescrire un examen coûteux à un patient qui ne disposerait pas d'une prise en charge garantie, ce qui ne favorise pas le dépistage précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires.

Pour toutes ces raisons, avis favorable à l'amendement AS12.

S'agissant de l'amendement AS13, vous avez raison d'alerter au sujet des dépassements d'honoraires excessifs, qui s'ajoutent aux difficultés d'accès aux soins de nos concitoyens. Cet accès se dégrade tendanciellement, ce qui complique non seulement le dépistage et le diagnostic précoces, mais aussi et surtout le suivi des pathologies cardio-neuro-vasculaires.

Toutefois, je rappelle que nous disposons déjà d'un rapport très complet sur la pratique des dépassements d'honoraires, rédigé par deux parlementaires en mission. Nos collègues Jean-François Rousset et Yannick Monnet ont remis ce travail de grande qualité en octobre dernier au Premier ministre Sébastien Lecornu. Ils plaident notamment en faveur d'un plafonnement des dépassements d'honoraires. Je ne suis pas certain qu'un nouveau rapport soit véritablement utile pour éclairer la représentation nationale sur cette pratique en cardiologie, en neurologie et en médecine vasculaire. Je signale par ailleurs que la cardiologie et la médecine vasculaire figurent parmi les quatre spécialités les plus vertueuses en matière de dépassements d'honoraires.

L'amendement AS13 est satisfait. Demande de retrait.

*La commission adopte successivement les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 1<sup>er</sup> modifié.*

**Article 1<sup>er</sup> bis (nouveau) :** *Autoriser les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes à mesurer la pression artérielle*

*Amendement AS26 de M. Yannick Neuder et sous-amendement AS37 de Mme Sandrine Rousseau*

**M. le rapporteur.** L'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquente et un facteur de risque important de maladies cardiovasculaires ou rénales ainsi que de démence. Près de 30 % des adultes sont hypertendus, soit 17 millions de personnes, et plus de 6 millions n'ont pas connaissance de leur maladie.

Il existe un décalage entre, d'une part, la facilité du dépistage, le développement des appareils d'automesure à domicile et le fort recours aux soins et, d'autre part, la prise en charge insuffisante des patients concernés. Seulement un sur quatre bénéficie d'un contrôle de sa pression artérielle.

Afin de rendre le dépistage précoce plus performant, il est proposé de permettre aux pharmaciens ainsi qu'aux masseurs-kinésithérapeutes de mesurer la pression artérielle. Leur proximité avec la population et leurs missions élargies en matière de prévention, notamment dans le cadre de Mon bilan prévention, justifient cette évolution, qui est par ailleurs soutenue par la HAS.

Je profite de cette occasion pour indiquer que, comme je l'avais déjà fait, je proposerai mi-mai à tous les députés et à tout le personnel de l'Assemblée nationale un dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète et du cholestérol. Cette opération avait eu beaucoup de succès, et la Présidente de l'Assemblée nationale a donné son accord pour qu'elle ait lieu à l'occasion de la semaine mondiale de l'hypertension artérielle.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** L'amendement du rapporteur prévoit une rémunération des pharmaciens lorsqu'ils mesurent la pression artérielle, mais il n'en est pas

de même pour les masseurs-kinésithérapeutes. Mon sous-amendement a pour objet de rétablir l'équilibre.

**M. le rapporteur.** Le sous-amendement est satisfait. La convention prévoit déjà que les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités curatives.

Avis défavorable.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Je suis d'accord pour revoir ce sous-amendement en vue de la séance publique, mais il faut que les masseurs-kinésithérapeutes soient expressément mentionnés.

*La commission **adopte** successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé.*

**Article 2 :** *Instaurer une action de sensibilisation annuelle aux risques cardio-neuro-vasculaires à destination des salariés*

*Amendement AS10 de M. Jean-François Rousset, sous-amendements AS36 et AS35 de Mme Sandrine Rousseau et sous-amendement AS31 de M. Yannick Neuder*

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Personne ne conteste la nécessité de mieux sensibiliser les salariés aux risques cardio-neuro-vasculaires. Mais imposer à toutes les entreprises d'organiser chaque année une session à cet effet ne tient pas compte des réalités. Une petite entreprise de dix salariés n'a pas les mêmes capacités d'organisation qu'un gros groupe. En outre, certaines branches ont déjà mis en place leurs propres outils de prévention grâce au dialogue social.

Cet amendement que nous avons travaillé ensemble, ce dont je vous remercie, ne supprime pas l'objectif prévu par l'article. Mais il propose deux leviers plus adaptés.

Il s'agit tout d'abord de confier cette mission de sensibilisation aux services de santé au travail – qui sont précisément prévus pour cela – et de permettre l'intervention des acteurs de prévention agréés des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou du service sanitaire. Votre sous-amendement AS31 propose d'adapter la rédaction de manière bienvenue.

Je propose ensuite de mettre à profit la visite médicale de mi-carrière, conduite par le médecin du travail ou par un infirmier de santé au travail exerçant en pratique avancée, pour rendre obligatoire la sensibilisation aux facteurs de risque et proposer systématiquement un dépistage précoce. C'est le bon moment, le bon interlocuteur et le bon cadre.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Le sous-amendement AS36 propose de conserver le principe d'une action annuelle de sensibilisation dans l'entreprise sur les risques cardiovasculaires.

Le sous-amendement AS35 prévoit quant à lui d'introduire la consommation excessive d'alcool parmi les facteurs de risque cardiovasculaire pouvant faire l'objet d'actions de promotion de la santé organisées par l'employeur.

**M. le rapporteur.** Mon sous-amendement AS31 corrige une erreur matérielle, puisque les articles du code de la santé publique visés par l'amendement sont relatifs à la réserve sanitaire et non au service sanitaire. La réserve sanitaire est destinée à faire face à des situations exceptionnelles, comme des catastrophes naturelles. M. Rousset souhaite que l'on

puisse faire participer les étudiants en santé aux activités de prévention dans le cadre du service sanitaire. J'y suis très favorable.

Avis favorable à l'amendement AS10, qui comprend deux volets : d'une part, la sensibilisation aux facteurs de risques, qui relève de la prévention primaire, et, d'autre part, le dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires dans le cadre d'une visite obligatoire au milieu de la carrière professionnelle, ce qui relève de la prévention secondaire.

L'action de sensibilisation en milieu professionnel relève des missions des services de prévention et de santé au travail (SPST). Elle peut être menée en partenariat avec une association de prévention en santé agréée, avec une CPTS ou avec les étudiants en santé dans le cadre de leur service sanitaire. L'ajout proposé par l'amendement répond à une préoccupation à la fois des CPTS et des ordres professionnels, qui souhaitent prendre part à ce type d'actions de prévention dans les territoires. Il est parfaitement conforme aux missions de prévention qui leur incombent respectivement.

Cette nouvelle rédaction de l'article 2 clarifie le cadre juridique du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires sur le lieu de travail, en inscrivant cette prévention dans les missions des services de santé au travail prévues par l'article L. 4622-2 du code du travail. Cela répond à une préoccupation de l'Ordre national des infirmiers, qui juge indispensable que les SPST soient le pivot des actions de prévention au sein des entreprises, grâce à une approche pluridisciplinaire entre médecins du travail, infirmiers et intervenants extérieurs.

Chacun sait que les SPST jouent un rôle très actif dans la sensibilisation aux enjeux de santé publique, y compris lorsqu'ils ne sont pas directement liés aux risques professionnels. Ils relaient des messages de santé publique en entreprise et jouent un rôle très important lors des campagnes nationales, comme Octobre rose pour le cancer du sein, Movember pour les cancers masculins ou Mars bleu pour le cancer colorectal, mais aussi en matière de prévention des infections et maladies sexuellement transmissibles.

En outre, à la demande de nombreux syndicats de professionnels de santé et des ordres professionnels, la rédaction proposée substitue la notion de « dépistage obligatoirement proposé » à celle de « dépistage obligatoire ».

Enfin, l'amendement inscrit ce dépistage dans le cadre légal existant de la visite médicale obligatoire de mi-carrière, prévue à l'article L. 4624-2-2 du code du travail, tout en précisant que le dépistage ainsi proposé comprend à la fois une évaluation clinique et une évaluation biologique.

Cette modification vise à garantir la portée concrète et l'application uniforme du dépistage réalisé dans le cadre professionnel, tout en concentrant ce dernier sur un âge clef dans la survenue des maladies cardio-neuro-vasculaires, c'est à dire entre 45 et 50 ans.

Avis favorable au sous-amendement AS35 de Mme Rousseau.

En revanche, demande de retrait pour le sous-amendement AS36, afin d'en évaluer la portée d'ici à la séance. En effet, il va plus loin que la prévention du risque cardiovasculaire en imposant une périodicité annuelle pour l'ensemble des campagnes de vaccination et de prévention des services de santé de prévention. Je n'y suis pas opposé par principe, mais il faut en discuter.

**M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem).** Comment transformer les entreprises en lieu de promotion de la santé ? Cette question est au cœur de la mission qui m'a été confiée par le Gouvernement. L'article est fondamental de ce point de vue. Les services de santé au travail sont étroitement liés à la prévention et à la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. Les entreprises veulent bien s'occuper des risques professionnels, mais elles

considèrent que la prévention ne relève pas de leur responsabilité. Il faut arriver à les impliquer dans ce rôle, sans pour autant leur faire supporter une responsabilité supplémentaire. Cela supposera des discussions. On sait que le stress au travail peut engendrer des problèmes cardiovasculaires, de même que des problèmes personnels peuvent entraîner des décès sur les lieux de travail.

*La commission adopte le sous-amendement AS36.*

*Puis elle rejette le sous-amendement AS35.*

*Elle adopte successivement le sous-amendement AS31, l'amendement sous-amendé.*

*En conséquence, l'article 2 est ainsi rédigé et les amendements AS15 et AS14 de Mme Karen Erodi, AS8 de M. Paul-André Colombani et AS5 de M. Élie Califer tombent.*

**M. le rapporteur.** Il me semble que nous avons fait l'inverse de ce que nous voulions faire, car j'étais favorable au sous-amendement AS35 et défavorable au sous-amendement AS36.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous corrigerons cela en séance publique.

## Après l'article 2

*Amendement AS4 de M. Élie Califer*

**M. Élie Califer (SOC).** Cet amendement vise à introduire dans le code de l'éducation une disposition visant à renforcer la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires au sein des établissements secondaires. Il prévoit que les élèves reçoivent une information sur la prévalence et l'évolution de ces maladies, ainsi que sur leurs principaux facteurs de risque. L'objectif est de sensibiliser les jeunes aux comportements et aux habitudes de vie pouvant influencer sur leur santé cardiovasculaire et de favoriser l'adoption de pratiques préventives dès le lycée. En intégrant cette prévention dans le parcours scolaire, le dispositif vise à renforcer la culture de la santé dès l'adolescence et à contribuer à la réduction des risques cardiovasculaires à long terme.

**M. le rapporteur.** Je comprends l'objectif de votre amendement. Mon amendement AS27 a le même objet, mais son champ d'application vise l'ensemble des établissements scolaires et pas seulement ceux du secondaire. Il prévoit également d'élargir la palette des intervenants en permettant aux professionnels libéraux et aux CPTS, qui sont très volontaires, de mener des actions de prévention.

Demande de retrait.

*L'amendement est retiré.*

**Article 2 bis (nouveau) : Renforcer les actions de prévention en milieu scolaire**

*Amendement AS27 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur.** Comme je l'ai indiqué, cet amendement vise à étendre les actions de prévention en milieu scolaire aux maladies cardio-neuro-vasculaires et à autoriser les partenariats entre l'éducation nationale et les associations de prévention en santé agréées

ou les CPTS pour réaliser des actions de sensibilisation au risque cardio-neuro-vasculaire en milieu scolaire.

Il permet de sécuriser juridiquement et de faciliter l'intervention d'acteurs spécialisés de la prévention en santé en milieu scolaire, dans le cadre de l'article L. 541-1 du code de l'éducation. En mentionnant les associations agréées et les CPTS, l'amendement lève les freins juridiques et opérationnels à leur intervention tout en favorisant une meilleure articulation entre politiques éducatives et de santé.

Cette évolution suit les recommandations de l'OMS, qui fait des « écoles promotrices de santé » le levier central de la prévention. Plusieurs pays à haut niveau de performance en santé publique, tels que la Finlande ou les Pays-Bas, ont organisé des interventions régulières de professionnels de santé en milieu scolaire, avec des effets démontrés sur l'amélioration de l'alimentation, de l'activité physique et des connaissances des enfants en matière de santé. Les données scientifiques montrent que ces interventions précoces permettent de modifier durablement les comportements et de réduire les facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire.

En intégrant la prévention de ce risque parmi les actions d'information, l'amendement touche à un enjeu majeur de santé publique, car les comportements déterminants s'acquièrent dès l'enfance. Des essais randomisés conduits en milieu scolaire, notamment grâce au programme *Cardiovascular Health in Children* portant sur plus de 1 200 enfants, ont démontré qu'une intervention associant l'éducation à la santé et l'activité physique permet d'améliorer significativement les comportements et de réduire les facteurs de risque cardiovasculaire, notamment le taux de cholestérol, par rapport au groupe témoin.

Cet amendement contribue ainsi à développer une culture de prévention en milieu scolaire en mettant à la disposition des équipes pédagogiques l'expertise d'acteurs légitimes et reconnus en matière de prévention.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 2 ter (nouveau) :** *Rapport sur les bénéfices d'une campagne de dépistage et de sensibilisation dans les établissements d'enseignement supérieur*

*Amendement AS20 de Mme Karen Erodi*

**Mme Karen Erodi (LFI-NFP).** Un quart des étudiants vit avec moins de 100 euros par mois une fois le loyer payé, et la moitié d'entre eux avec moins de 200 euros. Ces chiffres alarmants figurent dans l'enquête de la Fédération des associations générales étudiantes publiée en février 2026. Un étudiant sur trois indique être en situation de mal-logement. Plus de 40 % d'entre eux habitent dans un logement mal isolé, humide ou sans ventilation suffisante. Un étudiant sur cinq a recours à l'aide alimentaire pour se nourrir, et ils sont près de 40 % à avoir dû renoncer à des soins en 2020. Dans 43 % des cas, ces renoncements s'expliquent par des raisons purement financières.

Précarité financière extrême, mal-logement structurel, malnutrition chronique, stress lié aux études et à la survie, renoncements massifs aux soins : ces facteurs cumulés favorisent directement le développement des maladies cardiovasculaires. Comme le montre une étude de Santé publique France en 2016, le nombre des décès précoces par infarctus est significativement plus élevé chez les Français les plus défavorisés. Les étudiants en situation de précarité sont en première ligne.

Cette proposition prévoit des campagnes de prévention sur tous les lieux de travail, mais absolument rien dans l'enseignement supérieur. Les étudiants sont les oubliés de votre politique. Notre amendement comble ce vide. Il demande la remise d'un rapport sur une campagne de dépistage et de sensibilisation dans l'enseignement supérieur. Les maladies cardiovasculaires se développent très tôt et les facteurs de risque s'installent pendant ces années d'études. En attendant le remboursement des soins à 100 % proposé par notre groupe, agissons !

*Suivant l'avis du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.*

**Article 2 quater (nouveau) :** *Rapport sur l'évaluation médico-économique des mesures de prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires*

*Amendement AS29 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur.** Cet amendement demande au Gouvernement de remettre un rapport pour évaluer l'efficacité des mesures d'amélioration de la prévention proposées par le texte ainsi que leur efficience globale, grâce à une série d'indicateurs permettant d'apprécier, d'une part, le coût des mesures et, d'autre part, les recettes supplémentaires.

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

*Amendement AS22 de M. Jean-Hugues Ratenon*

**M. Jean-Hugues Ratenon (LFI-NFP).** La prévention est un enjeu primordial et, lorsque survient un accident, la qualité de la prise en charge est extrêmement importante. Je profite de cette occasion pour saluer l'hôpital public, notamment le service de neurochirurgie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Pierre, à La Réunion, qui effectue un travail remarquable et de haut niveau pour prendre en charge les AVC graves. J'ai été témoin il y a à peine quinze jours de la qualité de son travail et de son accueil.

Mais il ne faut pas oublier le retour à domicile. Quels sont les moyens disponibles pour les victimes et leur suivi après leur hospitalisation ? Pour nombre de familles, c'est au moment de la sortie de l'hôpital que le plus difficile commence – et ce encore plus outre-mer que dans l'Hexagone. Le retour à la case, comme on dit chez nous, n'est plus seulement une question médicale. C'est aussi une affaire de dignité, d'autonomie et de conditions de vie. Quand le logement est inadapté, inaccessible ou insalubre, les proches s'épuisent et les patients peinent à se rétablir. Ils subissent alors la double peine de la souffrance dans la misère.

C'est pourquoi cet amendement demande la remise d'un rapport visant à mieux comprendre les besoins réels en matière de cadre de vie des patients, afin de construire enfin une prise en charge continue à domicile qui soit digne et humaine.

**M. le rapporteur.** Je suis d'accord avec vous : la réhabilitation après un AVC est déterminante pour prévenir la récurrence et pour préserver l'autonomie et la qualité de vie des personnes qui en sont victimes. À cet égard, la prise en charge à l'issue de la phase d'hospitalisation et lors du retour à domicile est essentielle.

Je ne suis pourtant pas favorable à cet amendement dans la mesure où nous disposons d'un rapport de la Cour des comptes consacré à la prévention et à la prise en charge des AVC, publié le 29 octobre 2025. Il comprend des développements très fournis à propos

du retour à domicile après un AVC. Ce rapport nous renseigne notamment sur le déploiement insuffisant du programme d'accompagnement du retour à domicile – dit Prado – dans la filière de prise en charge de l'AVC et en appelle à sa généralisation, notamment dans les territoires disposant d'une unité neurovasculaire.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Je reviens sur le syndrome méditerranéen mentionné par Mme Rousseau. Ce n'est pas un poisson d'avril : il existe une forme chronique de la brucellose, décrite par le professeur Janbon, qui s'appelle la patraquerie méditerranéenne. Elle associe des douleurs et des troubles psychologiques. Elle est bien connue dans le Sud, y compris en Corse. Je souhaitais le préciser car nous avons besoin de nous éclairer mutuellement.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Où commence le Sud ?

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Là où vivent des brebis, car elles sont le principal vecteur de transmission de la brucellose...

**Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS).** Le propos de Mme Rousseau tout à l'heure consistait à dire qu'on a tendance à ne pas dépister suffisamment et à ne pas prendre en charge correctement les personnes racisées, ce qui conduit à de très graves inégalités de traitement. Comme en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, on voit que la science, en particulier la médecine, a encore du chemin à faire.

*La commission rejette l'amendement.*

### **Article 3 : Gage de recevabilité financière**

*Amendement AS28 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur.** L'amendement vise à supprimer des gages, puisque la proposition n'aura de conséquences ni sur les recettes et les dépenses de l'État ni sur les recettes des organismes de sécurité sociale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 3 modifié.*

*Enfin, elle adopte l'ensemble de la proposition de loi modifiée.*

*La réunion s'achève à douze heures quarante.*

### **Présences en réunion**

*Présents.* – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, Mme Sylvie Bonnet, M. Elie Califer, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Stella Dupont, Mme Karen Erodi, M. Olivier Falorni, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Martine Froger, Mme Marie-Charlotte Garin, M. François Gernigon, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, Mme Catherine Ibled, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Alim Latrèche, Mme Christine Le Nabour, Mme Karine Lebon, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Christine Loir, M. Thomas Ménagé, M. Christophe Mongardien, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Jérémie Patrier-Leitus, M. Sébastien Peytavie, Mme Angélique Ranc, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, Mme Céline Thiébault-Martinez, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

*Excusés.* – M. Gaëtan Dussausaye, M. Yannick Monnet, M. Jean-Philippe Nilor

*Assistaient également à la réunion.* - M. Pierre Cordier, M. Thomas Portes, Mme Anne Sicard