

N° 2616

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} avril 2026.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION
DE LOI *visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper
un risque sanitaire et social majeur*,

PAR M. YANNICK NEUDER,

Député.

Voir le numéro : 2309.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
I. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES REPRÉSENTENT UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE	5
A. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES SONT UN FLÉAU DE SANTÉ PUBLIQUE PAR LEUR PRÉVALENCE ET LEURS CONSÉQUENCES SANITAIRES.....	5
B. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES REPRÉSENTENT UN COÛT CONSIDÉRABLE ET UN CATALYSEUR D'INÉGALITÉS DE SANTÉ	6
II. L'EXPOSITION CROISSANTE AUX FACTEURS DE RISQUES CARDIONEURO-VASCULAIRES : UNE « BOMBE À RETARDEMENT » POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	10
A. LES RELATIFS PROGRÈS DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES SONT GREVÉS PAR LE RETARD DES DIAGNOSTICS ET DU SUIVI	10
B. LA PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUE : UN ASPECT DÉTERMINANT ET OUBLIÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES	12
III. LA NÉCESSITÉ D'ANTICIPER CE RISQUE SANITAIRE ET SOCIAL MAJEUR PAR UNE PRIORITÉ ACCORDÉE À LA PRÉVENTION ET AU DIAGNOSTIC	14
A. LA PRÉVENTION : UN LEVIER EFFICACE DE RÉDUCTION DU RISQUE CARDIO-NEURO-VASCULAIRE QUI AMÉLIORE L'ESPÉRANCE DE VIE ..	14
B. UNE PRÉVENTION AU PLUS PRÈS DE LA POPULATION RENDUE NÉCESSAIRE PAR LA DÉGRADATION DE L'ACCÈS AUX SOINS	14
COMMENTAIRE DES ARTICLES	19
<i>Article 1^{er}</i> : Renforcer la place du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires dans les politiques nationales de santé	19
<i>Article 1^{er} bis (nouveau)</i> : Autoriser les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes à mesurer la pression artérielle	24
<i>Article 2</i> : Instaurer une action de sensibilisation annuelle aux risques cardio-neuro-vasculaires à destination des salariés	26
<i>Article 2 bis (nouveau)</i> : Renforcer les actions de prévention en milieu scolaire.....	31

<i>Article 2 ter (nouveau) : Rapport sur les bénéfices d'une campagne de dépistage et de sensibilisation dans les établissements d'enseignement supérieur.....</i>	32
<i>Article 2 quater (nouveau) : Rapport sur l'évaluation médico-économique des mesures de prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires.....</i>	33
<i>Article 3 : Gage de recevabilité financière</i>	33
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	35
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR.....	63
ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	67

AVANT-PROPOS

I. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES REPRÉSENTENT UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE

A. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES SONT UN FLÉAU DE SANTÉ PUBLIQUE PAR LEUR PRÉVALENCE ET LEURS CONSÉQUENCES SANITAIRES

Les maladies cardio-neuro-vasculaires aussi appelées maladies cardio-vasculaires constituent un fléau de santé publique puisqu'elles représentent la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième cause de mortalité en France –après les cancers – causant près de 140 000 décès chaque année : soit plus d'un décès sur cinq en France.

Les maladies cardio-neuro-vasculaires désignent un ensemble de troubles qui affectent le bon fonctionnement du cœur et des vaisseaux sanguins. Ces pathologies recouvrent principalement : les cardiopathies coronariennes, affectant les vaisseaux qui alimentent le muscle cardiaque ; les maladies vertébro-vasculaires, affectant les vaisseaux qui alimentent le cerveau ; les artériopathies périphériques, affectant les vaisseaux sanguins alimentant les muscles des jambes ; les cardiopathies rhumatismales, qui touchent le muscle et les valves cardiaques, résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, lui-même causé par une infection bactérienne à streptocoque ; les cardiopathies congénitales, en particulier les malformations cardiaques de naissance et les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires, consistant en une obstruction des veines, notamment celles des jambes, par un caillot sanguin, pouvant être porté jusqu'au cœur ou aux poumons par la circulation sanguine ⁽¹⁾.

Les complications des maladies cardio-neuro-vasculaires les plus fréquentes sont : l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque. Les maladies cardio-neuro-vasculaires induisent également une atteinte des extrémités des membres inférieurs, une insuffisance rénale chronique, des troubles de la vision et des démences.

Ces pathologies sont lourdes de conséquences pour les personnes malades et leurs proches et ont un impact majeur sur le fonctionnement du système de santé. Les accidents vasculaires cérébraux occupent une place centrale au sein de ces maladies. L'AVC touche chaque année 120 000 personnes en France, et près de 30 000 d'entre-elles n'y survivent pas. Un AVC survient en moyenne toutes les quatre minutes et une personne sur six aura un AVC au cours de sa vie. Si les trois quarts des AVC surviennent chez des personnes âgées de plus de 65 ans, chaque année 12 000 AVC touchent des personnes âgées de moins de 45 ans dont

(1) Page dédiée aux maladies cardio-neurovasculaires du site du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, consultée le 26 février 2026.

1 000 enfants. En outre, l'AVC est la première cause de décès chez la femme, la deuxième cause de handicap physique chez l'adulte et la troisième cause de déclin intellectuel ⁽¹⁾. On estime à près de 800 000 le nombre de personnes ayant survécu à un AVC, dont près de 70 % vivent avec des séquelles neurologiques d'importance variable allant des troubles visuels, sensitifs, aux troubles du langage, moteurs, éventuellement associés à un trouble de l'humeur, la dépression ou la démence ⁽²⁾.

B. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES REPRÉSENTENT UN CÔÛT CONSIDÉRABLE ET UN CATALYSEUR D'INÉGALITÉS DE SANTÉ

• Les maladies cardio-neuro-vasculaires dans leur ensemble représentent un poids significatif et d'importance croissante dans les dépenses de sécurité sociale. Selon les données du rapport « Charges et produits. Propositions de l'assurance maladie pour 2025 », la dépense remboursée totale a ainsi augmenté entre 2015 et 2022 de 13 % pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires aiguës, de 29 % pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires chroniques et de 11 % pour la prise en charge des traitements du risque cardiovasculaire.

La dépense d'assurance maladie associée se caractérise par son importance et son dynamisme. En 2015, la dépense totale d'assurance maladie en lien avec cette prise en charge s'élevait à 16,2 milliards d'euros – soit une dépense moyenne de 3 444 euros par patient –, en forte hausse en 2023 puisque la dépense totale a atteint 21,87 milliards d'euros cette année-là – soit une dépense moyenne de 3 972 euros par patient ⁽³⁾. La dépense totale a ainsi progressé de 35 % en seulement huit ans.

S'agissant des seuls AVC, la Caisse nationale de l'assurance maladie estime avoir engagé 4,162 milliards d'euros ⁽⁴⁾ au titre de la prise en charge aiguë des AVC intervenus au cours de l'année 2022 – soit 14 588 euros par patient – auxquels s'ajoutent 2,4 milliards d'euros au titre de la prise en charge des séquelles des AVC survenus aux cours des années antérieures, représentant une dépense moyenne de 2 891 euros par assuré au titre de la convalescence et des séquelles dans les suites de l'accident ⁽⁵⁾. La Cour des comptes a réévalué cette estimation à 4,5 milliards d'euros, en y intégrant les dépenses afférentes à la prise en charge médico-sociale ⁽⁶⁾, ce qui permet de refléter plus justement les conséquences de l'AVC sur la perte d'autonomie, et les dépenses d'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes notamment.

(1) France AVC Île-de-France, « Les AVC en chiffres », le 10 avril 2023.

(2) Id.

(3) Caisse nationale de l'assurance maladie, *Datopathologies*.

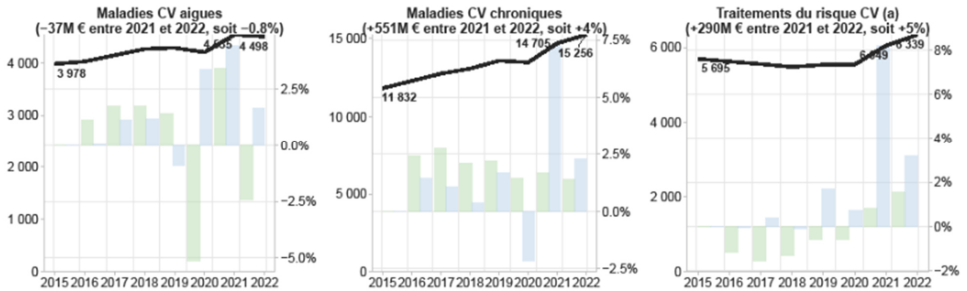
(4) Cour des comptes, *Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*, 29 octobre 2025, p. 99.

(5) Ces dépenses comprennent 2,1 milliards d'euros au titre des dépenses hospitalières, 1,6 milliard au titre des dépenses de soins de ville et 0,365 milliard au titre des prestations en espèces.

(6) Cour des comptes, *Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*, 29 octobre 2025, p. 99.

ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE REMBOURSÉE AU TITRE DES MALADIES ET FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Source : Assurance maladie, Rapport « Charges et produits. Propositions de l'assurance maladie pour 2025 », p. 28.



- Le recueil des données relatives aux trois pathologies cardio-neuro-vasculaires les plus fréquentes que sont les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques révèle de fortes disparités territoriales d'incidence, de prévalence et de mortalité. Cette situation démontre l'insuffisance des politiques de santé à corriger l'inégale exposition aux facteurs de risques comme à corriger les inégalités d'accès aux soins cardio-neuro-vasculaires.

Chaque année en moyenne 459 personnes pour 100 000 habitants sont hospitalisées en France pour une cardiopathie ischémique, mais ce taux dépassait ou approchait les 500 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants en Corse (577), en Grand Est (563), en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (554), en Occitanie (519) et à La Réunion (491) ⁽¹⁾.

Le taux d'incidence des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque et le taux de prévalence de cette maladie sont notablement plus marqués à La Réunion, dans les Hauts-de-France et en Normandie qu'en moyenne nationale.

L'analyse des données relatives aux AVC révèle en outre que les départements ultramarins se singularisent par une prévalence des patients hospitalisés et une mortalité pour ce motif bien supérieure à celle observée au niveau national puisque l'incidence de patients hospitalisés pour AVC dans ces départements varie entre 291 et 384 pour 100 000 habitants, à comparer à une incidence de 231 pour 100 000 habitants dans le reste de la France. La prévalence de l'AVC dans ces départements est comprise entre 2,4 % et 3,3 % de la population, soit un taux supérieur aux 2 % de la population en moyenne nationale. Enfin, la mortalité par AVC dans les départements d'outre-mer se situe entre 83 et 98 décès pour 100 000 personnes, à rapporter aux 58 décès pour 100 000 personnes pour ce motif au niveau national : soit un taux de survie près de deux fois moindre outre-mer qu'en France métropolitaine.

(1) Santé publique France, Maladies cardio-neuro-vasculaires : de fortes disparités régionales qui persistent, le 30 juin 2025.

Ces inégalités territoriales illustrent les défaillances des politiques de santé en matière de prévention primaire ⁽¹⁾, secondaire et d'adaptation des structures de prise en charge aiguë comme d'accès à ces structures en tous points du territoire. Ce constat est particulièrement marqué s'agissant du nombre de lits de structures spécialisées comme les unités neuro-vasculaires ou de réhabilitation cardiaque qui diffèrent fortement d'un département à l'autre, sans relation évidente les données épidémiologiques des besoins de la population sur le territoire.

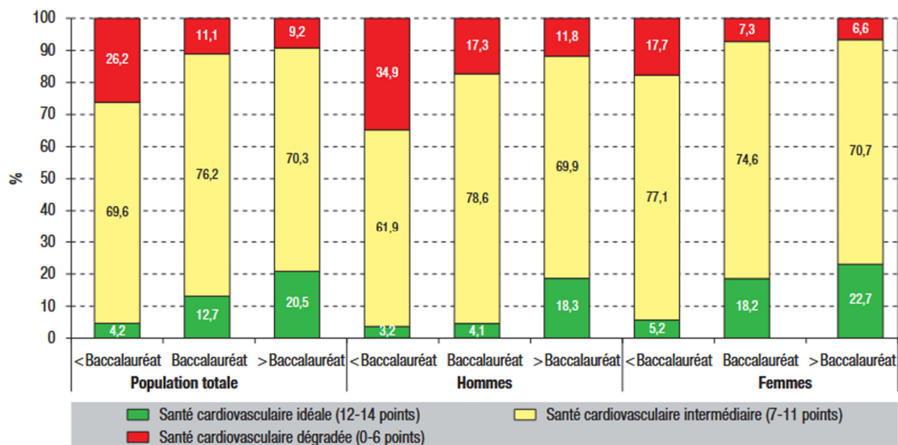
Outre les inégalités territoriales, l'incidence des hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires invite à considérer le risque cardio-neuro-vasculaire comme un marqueur social. En effet, l'incidence des hospitalisations pour ce motif est de 30 % supérieure dans les communes défavorisées et ce taux est porté à 60 % s'agissant de l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les communes les plus défavorisées ⁽²⁾. Cette plus forte incidence s'explique par une plus forte prévalence des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire, par un dépistage plus tardif et à un stade plus avancé de la maladie et par un moindre recours aux traitements de prévention des personnes socialement moins favorisées. L'étude de santé sur l'environnement la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (dite « Esteban ») sur la santé cardio-vasculaire de la population révèle également une corrélation entre un moindre niveau d'éducation et une santé cardio-vasculaire dégradée, ce qui confirme le constat selon lequel ces affections constituent un puissant catalyseur des inégalités de santé à la fois territoriales et sociales.

En outre, la santé cardio-neuro-vasculaire de la population générale est globalement médiocre selon l'Agence nationale de santé publique, puisque seul un adulte sur dix présente une santé cardio-vasculaire idéale, en dépit des progrès réalisés en matière de réduction de la prévalence du tabagisme au sein de la population française, grâce à une prévention ciblée sur ce facteur de risque.

(1) Selon l'Organisation mondiale de la santé, la prévention primaire désigne l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, accidents ou handicaps. La prévention secondaire désigne l'intervention qui dont l'objectif est de diminuer la prévalence d'une maladie au sein de la population, par un ensemble d'intervention à un stade très précoce de la maladie ou du trouble pour en limiter l'évolution ou faire disparaître les facteurs de risque. La prévention tertiaire désigne les interventions après la survenue de la maladie pour en réduire les complications et les risques de rechute et limiter les séquelles d'une pathologie ou de son traitement.

(2) Santé publique France, « Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux en France », dans *Épidémiologie des maladies cardiovasculaires en France*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro hors-série du 4 mars 2025, p. 63.

NIVEAU DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE DE LA POPULATION SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION (ÉTUDE ESTEBAN 2015)



Source : Santé publique France, « Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux en France », dans *Épidémiologie des maladies cardiovasculaires en France*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro hors-série du 4 mars 2025, p. 101

- Au titre des inégalités de santé, la santé cardiologique des femmes fait depuis quelques années l'objet d'une attention particulière compte tenu des conséquences particulièrement graves liées au retard de diagnostic des maladies cardio-neuro-vasculaires chez les femmes.

Ces maladies touchent particulièrement les femmes. En France en 2023, plus 72 000 femmes et 64 000 hommes sont décédés des suites d'une maladie cardio-neuro-vasculaire ⁽¹⁾. À titre de comparaison, 13 000 femmes meurent chaque année d'un cancer du sein. On estime à 200 le nombre de femmes qui décèdent chaque jour d'une maladie cardio-neuro-vasculaire. Les femmes sont concernées par l'ensemble des facteurs de risque tels le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, la sédentarité et le manque d'activité physique, l'obésité, le stress, l'anxiété et la dépression. À ces facteurs de risque traditionnels s'ajoutent des facteurs de risque spécifiques qui les exposent plus particulièrement. Il en va ainsi des complications d'une grossesse, des modifications hormonales, de l'endométriose, du cancer du sein ou des maladies inflammatoires chroniques, dont la prévalence est plus forte chez les femmes. Au-delà de l'exposition des femmes à une plus grande variété de facteurs de risque, ces derniers sont plus préjudiciables aux femmes qu'aux hommes. À titre d'exemple, le risque cardio-neuro-vasculaire induit par le tabagisme est plus élevé chez la femme que chez l'homme : alors que le risque cardio-vasculaire lié au tabagisme est multiplié par 1,4 pour un fumeur par rapport à un non-fumeur, ce risque est multiplié par 4,5 pour une fumeuse par rapport à une non-fumeuse. De la même manière, un homme atteint du diabète de type 2 a un risque cardiovasculaire multiplié par 2, tandis que ce risque est multiplié par 4 chez une femme atteinte du diabète de type 2 ⁽²⁾. La santé cardiologique des

(1) Contribution écrite de la fondation Agir pour le cœur des femmes.

(2) Id.

femmes jeunes tend en outre à se détériorer dans la mesure où l'incidence du syndrome coronaire aigu augmente de 5 % par an chez les femmes de moins de 65 ans ⁽¹⁾.

II. L'EXPOSITION CROISSANTE AUX FACTEURS DE RISQUES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES : UNE « BOMBE À RETARDEMENT » POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

A. LES RELATIFS PROGRÈS DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES SONT GREVÉS PAR LE RETARD DES DIAGNOSTICS ET DU SUIVI

• Les pouvoirs publics ont déployé progressivement à partir des années 2000 une politique de prise en charge de l'AVC. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a en outre consacré l'objectif de réduire de 13 % le taux de mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires avant l'année 2008 ⁽²⁾. En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») a par ailleurs créé les projets régionaux de santé ⁽³⁾, défini les missions des agences régionales de santé (ARS) ⁽⁴⁾ et permis l'organisation d'une véritable planification de l'offre de soins sur les territoires ⁽⁵⁾, ayant notamment rendu possible la structuration d'une filière de prise en charge de l'AVC en France.

Le plan national AVC 2010-2014 ⁽⁶⁾ a permis d'organiser territorialement la prise en charge rapide de toute suspicion d'AVC et d'accident ischémique transitoire (AIT).

Un parcours de prise en charge de l'urgence cardio-neuro-vasculaire a ainsi vu le jour, permettant de garantir une prise en charge rapide de tout patient victime d'un AVC à chaque étape du parcours ⁽⁷⁾. Ce parcours de prise en charge a pour point d'entrée la régulation médicale par le service d'accueil médical d'urgence (Samu), qui oriente le patient en urgence vers son hospitalisation, idéalement en unité neuro vasculaire (UNV), laquelle débouche sur une réadaptation du patient jusqu'à la phase de consolidation au sein d'un service médical et de réadaptation (SMR). Le parcours s'achève par le retour à domicile du patient alors que son suivi en ville est déjà organisé, idéalement au moyen du programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado).

(1) Id.

(2) Plus précisément, l'objectif 69 vise une réduction des cardiopathies ischémiques de 13 % chez les hommes et 10 % chez les femmes, et une diminution des thromboses veineuses profondes de 15 % avant 2008.

(3) Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, codifié à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique.

(4) Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, codifié à l'article L. 1431-2 du code de la santé publique.

(5) Article 128 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, codifié à l'article L. 6121-1 du code de la santé publique.

(6) Ministère de la santé et des sports, « Plan d'action national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », avril 2010.

(7) Circulaire DGOS n° DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales accidents vasculaires cérébraux.

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado)

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) accompagne le retour à domicile des patients hospitalisés en organisant les premiers rendez-vous médicaux et paramédicaux en sortie d'hospitalisation. Près de 800 conseillers de l'assurance maladie travaillent au déploiement du Prado, au sein des établissements de santé. On estime aujourd'hui que 3,7 millions de patients ont pu bénéficier de ce dispositif d'aide au retour à domicile. Alors que ce dispositif avait été initialement développé dans les années 2010 pour améliorer l'accompagnement du retour à domicile à la sortie de la maternité, il a rapidement été étendu à l'accompagnement du retour à domicile de certains patients atteints de maladies chroniques ou sujets à des hospitalisations répétées. Ainsi, le Prado bénéficie aujourd'hui aussi bien aux personnes hospitalisées âgées de plus de 75 ans qu'aux patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral ou bronchopneumopathie chronique obstructive.

Dans le parcours de sortie d'hospitalisation d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque, le retour à domicile est structuré autour d'une consultation chez le médecin traitant dans les sept jours suivant la sortie de l'hôpital, d'une consultation chez le cardiologue dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation et d'un suivi hebdomadaire par l'infirmier sur une période allant de deux à six mois selon la sévérité de la pathologie.

● Dans un récent rapport ⁽¹⁾ consacré à la prévention et la prise en charge des AVC, la Cour des Comptes déplore le retard de déploiement du Prado pour les patients hospitalisés pour un AVC et le manque de suivi en ville de ces patients à l'issue de la phase aiguë. Selon ce rapport, près de 8 000 victimes d'un AVC hospitalisées au cours de l'année 2022 n'avaient toujours pas consulté ni médecin généraliste, ni cardiologue, ni neurologue en juin 2024 ⁽²⁾. Selon ce même rapport, en 2022, près de 20 000 patients victimes d'un AVC, bénéficiant du régime de l'affection de longue durée (ALD), n'avaient pas de médecin traitant, alors que celui-ci est réputé coordonner le parcours de soins du patient et s'assurer de la bonne observance de ses traitements par celui-là ⁽³⁾. La Cour déplore le faible déploiement du Prado au sein de la filière de prise en charge de l'AVC, puisqu'en 2023 seuls 12 000 patients ont bénéficié de cet accompagnement en sortie de leur hospitalisation, soit à peine 10 % de la population cible, alors que ces patients ont souvent des séquelles de nature à entraver leur capacité à organiser par eux-mêmes leur parcours de soins en ville, lequel est en outre marqué par d'importantes difficultés d'accès à certains soins de réhabilitation qui se traduisent en particulier dans les délais d'attente importants avant le premier rendez-vous avec le professionnel libéral de rééducation.

La Cour des comptes recommande de généraliser le Prado à l'ensemble des patients victimes d'un AVC et hospitalisés dans un établissement disposant d'une unité neuro-vasculaire ⁽⁴⁾.

(1) Cour des comptes, *Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*, 29 octobre 2025.

(2) Cour des comptes, *Id.*, p. 12.

(3) *Ibid.*

(4) *Ibid.*

• Les progrès réalisés en matière de prise en charge rapide des AVC en France dans les suites du plan national AVC sont donc à relativiser au regard des inégalités persistantes d'accès aux soins constatées sur l'ensemble du territoire et du retard de déploiement des filières AVC constaté par la Cour des comptes, pouvant s'expliquer par le fait que ce plan n'a pas été reconduit depuis 2014 et qu'aucune stratégie nationale n'a pris la suite depuis. En outre, l'Agence nationale de santé publique alerte dans une publication récente sur la hausse préoccupante de l'épidémiologie des AVC sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de l'exposition croissante de la population française aux facteurs de risques évitables. Selon l'Agence, l'épidémiologie des AVC nécessite la mise en place rapide d'une stratégie de prévention compte tenu de l'impact majeur attendu sur le système de soins et la société : « *Ces tendances très défavorables font peser un lourd fardeau sur la société compte tenu du coût important associé à l'hospitalisation pour AVC et ses séquelles, notamment chez les adultes encore actifs professionnellement.* » ⁽¹⁾

B. LA PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUE : UN ASPECT DÉTERMINANT ET OUBLIÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES

En 2023, la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires était de 8,18 % soit environ 5,5 millions de personnes malades, ce qui représente près d'un million de personnes supplémentaires atteintes par rapport à 2015, année où la prévalence de ces maladies dans la population était de 7,34 % soit 4,7 millions de personnes ⁽²⁾.

Ainsi, en dépit des relatifs progrès dans la prise en charge en urgence des maladies cardio-neuro-vasculaires notamment sous l'impulsion du plan national AVC jusqu'en 2014, dont certaines limites ont cependant été soulignées récemment par la Cour des comptes ⁽³⁾, l'augmentation de la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires s'explique par l'exposition croissante de la population aux facteurs de risque, et indirectement pas l'insuffisance des politiques publiques en matière de prévention primaire et secondaire. Un facteur de risque désigne un élément clinique ou biologique associé à une augmentation du risque de développer une maladie entretenant un lien de causalité entre l'exposition au facteur de risque et le développement de ladite maladie ⁽⁴⁾.

Bien que les maladies cardio-neuro-vasculaires aient une origine multifactorielle, les habitudes de vie jouent un rôle majeur dans l'apparition, le développement et l'aggravation de ces maladies et des maladies associées comme les maladies rénales et le diabète de type 2 : on parle de facteurs de risque comportementaux. Ces principaux facteurs de risques sont : le tabagisme, la

(1) *Santé publique France*, op. cit., p. 24.

(2) *Caisse nationale de l'assurance maladie, Datapathologies*.

(3) *Cour des comptes*, op. cit.

(4) *Caisse nationale de l'assurance maladie, Feuille de route maladies cardiovasculaires et associées (MCVA)*, 30 janvier 2025.

consommation d'alcool, une alimentation défavorable à la santé, le manque d'activité physique et la sédentarité, les troubles du sommeil, le stress, la dépression, l'usage de drogues.

Alors que l'incidence de ces maladies et de leurs formes graves s'accroît, la France accuse un certain retard en matière de prévention : qu'il s'agisse de la prévention primaire au moyen d'actions de sensibilisation dès le plus jeune âge et tout au long de la vie sur les facteurs de risque de ces maladies, mais aussi de prévention secondaire consistant en une organisation à l'échelle nationale de dépistages réguliers à un stade précoce des maladies, avant la survenue de leurs formes graves. En effet, alors que la France présente un ratio de mortalité évitable par prévention établi à 114 morts évitables pour 100 000 habitants, soit un score inférieur à la moyenne de 145 pour 100 000 habitants dans les pays de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) ⁽¹⁾, cette apparente performance est en fait attribuable à la qualité du système de soins plus qu'à la prévention primaire.

La prévalence de certains facteurs de risques est nettement supérieure en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, traduisant un retard en matière de prévention primaire notamment en matière de tabagisme et de consommation d'alcool. S'agissant du tabagisme, le taux de fumeurs quotidiens est supérieur à 23 % en France, alors qu'il n'est que de 14,8 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit une exposition à ce facteur de risque supérieure de 56 % en France. La consommation d'alcool est également plus importante en France à la moyenne de l'OCDE puisqu'elle s'établit à 10,4 litres d'alcool pur consommés par an et par habitant, contre 8,5 litres en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit une exposition à ce facteur de risque supérieure de 22 % en France ⁽²⁾. Selon l'Agence nationale de santé publique, la population française se distingue en outre par une forte exposition aux autres facteurs de risque : près de 72 % des adultes n'atteignent pas la recommandation de manger au moins cinq fruits et légumes par jour ; quatre adultes sur cinq consomment plus de 6 grammes de sel par jour ; près de 40 % des adultes présentent un niveau de sédentarité élevée ; un adulte sur deux déclare avoir eu des troubles du sommeil au cours des huit derniers jours et 12,5 % d'entre eux ont connu un épisode dépressif au cours des douze derniers mois ⁽³⁾. Selon l'Agence, si les écarts constatés entre les femmes et les hommes tendent à se réduire dans les données les plus récentes, cette convergence s'explique malheureusement par l'adoption par les femmes de comportements de plus en plus défavorables à leur santé, tendant à converger avec les niveaux de risque les plus élevés observés chez les hommes ⁽⁴⁾.

(1) *Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), Panorama de santé 2025, France, p. 2.*

(2) *Id.*

(3) *Santé publique France, op. cit., p. 81.*

(4) *Id.*

III. LA NÉCESSITÉ D'ANTICIPER CE RISQUE SANITAIRE ET SOCIAL MAJEUR PAR UNE PRIORITÉ ACCORDÉE À LA PRÉVENTION ET AU DIAGNOSTIC

A. LA PRÉVENTION : UN LEVIER EFFICACE DE RÉDUCTION DU RISQUE CARDIO-NEURO-VASCULAIRE QUI AMÉLIORE L'ESPÉRANCE DE VIE

Les données scientifiques les plus récentes confirment l'impact majeur de la prévention primaire et secondaire dans la diminution de l'incidence et de la gravité des maladies cardio-neuro-vasculaires et dans l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Une récente étude menée par le professeur Jean Ferrières parue en juillet 2025 ⁽¹⁾ montre qu'il est possible de gagner jusqu'à quatorze années d'espérance de vie lorsque les cinq principaux facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire – le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et le surpoids – sont efficacement maîtrisés. Cette étude conduite sur 2 000 patients met en évidence que les femmes ne présentant aucun facteur de risque gagnent en moyenne 14,5 années d'espérance de vie, tandis que les hommes n'en présentant aucun gagnent pour leur part en moyenne 11,8 années d'espérance de vie. L'étude démontre enfin que la maîtrise d'un seul des cinq facteurs permettrait une amélioration de l'espérance de vie comprise entre quatre et six années, avec des variations selon le facteur concerné et le sexe.

Ces résultats illustrent l'impact favorable global de la prévention cardio-neuro-vasculaire, qui ne devrait pas avoir pour unique priorité la prise en charge urgente des formes les plus graves. Ils invitent en premier lieu à renforcer la prévention primaire par des actions de sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, pour permettre d'influencer réellement les comportements individuels et habitudes de vie dans un sens favorable à la santé et réduire l'exposition de la population française à ces facteurs de risque. Ils invitent également à développer la prévention secondaire par l'organisation d'actions de dépistage au plus près de la population, dans le but de détecter les maladies cardio-neuro-vasculaires à un stade précoce pour garantir que l'entrée dans un parcours de soins soit plus précoce et limiter ainsi la prévalence des formes les plus graves de ces maladies.

B. UNE PRÉVENTION AU PLUS PRÈS DE LA POPULATION RENDUE NÉCESSAIRE PAR LA DÉGRADATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

● La troisième édition du baromètre de l'accès aux soins de la Fédération hospitalière de France (FHF) révèle que près de trois quarts des Français ont renoncé à au moins une consultation médicale au cours des cinq dernières années, en hausse de 10 % par rapport à 2024, soit 7 millions de personnes supplémentaires en difficulté d'accès aux soins ⁽²⁾. Selon ce baromètre, le délai moyen d'attente pour

(1) Ferrières J. et al., *Lifetime gain from cardiovascular risk factor control*, *New England Journal of Medicine*, juillet 2025.

(2) Fédération hospitalière de France, *Baromètre de l'accès aux soins*, 3^e édition, 17 mars 2026.

une consultation de cardiologie est supérieur à trois mois⁽¹⁾. Dans ce contexte, marqué par la dégradation de l'accès aux soins de la population, la sensibilisation aux facteurs de risques et le dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires nécessite la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national d'actions précisément identifiées dès le plus jeune âge et tout au long de la vie à certains âges clés, au plus près de la population, et plus simplement dans le cadre du suivi médical individuel.

Face à ce constat, plusieurs initiatives récentes proposent de renforcer la prévention et le dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires auprès de la population.

● Le plan pour un cœur en bonne santé a été présenté par la Commission européenne le 16 décembre 2025, dans le cadre d'un paquet global sur la santé⁽²⁾. Ce plan contient dix initiatives visant à réduire la prévalence et la gravité des maladies cardio-neuro-vasculaires, première cause de mortalité dans l'Union européenne – 1,7 million de décès chaque année – pour un coût associé estimé à 282 milliards d'euros du fait de la baisse de productivité et des moindres performances économiques. Les principales mesures contenues dans ce plan sont les suivantes :

– la promotion d'un programme de prévention tout au long de la vie qui soit à la fois personnalisé et accessible dans un format numérique ;

– une information renforcée des consommateurs sur les aliments transformés pour les orienter vers des choix plus sains ;

– une modernisation de la législation de prévention du tabagisme ;

– une proposition de recommandation du Conseil concernant la vaccination contre les infections respiratoires en tant que mesure de prévention des maladies cardio-vasculaires et une recommandation relative au traitement et à la surveillance personnalisés des maladies cardio-vasculaires ;

– la réalisation d'un tableau de bord des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire dans l'Union européenne ;

– la mise en œuvre d'un soutien renforcé à l'innovation et la recherche au moyen d'un incubateur pour l'innovation ;

– l'intégration de l'intelligence artificielle et des technologies numériques dans les soins cardio-vasculaires ainsi que l'élaboration d'une feuille de route pour la recherche et l'innovation dans le domaine des maladies cardio-vasculaires.

(1) Id.

(2) Commission européenne, *Communication sur un plan de l'Union européenne pour la santé cardiovasculaire : plan pour un cœur en bonne santé.*

● Par ailleurs, une feuille de route sur la santé cardio-vasculaire est portée par la direction générale de la santé dans l’optique de renforcer la prévention, au plus près de la population. Cette feuille de route est structurée autour de quatre objectifs : agir en promotion de la santé tout au long de la vie sur les déterminants socio-environnementaux, mobiliser tous les professionnels du premier recours pour le repérage des facteurs de risque et l’évaluation du risque cardio-vasculaire, développer les ressources de proximité de repérage et de prise en charge globale du risque cardio-vasculaire et développer les connaissances sur le risque cardio-vasculaire et l’efficacité des stratégies ⁽¹⁾.

● Enfin, la Caisse nationale de l’assurance maladie (Cnam) formule diverses recommandations relatives au renforcement de la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires dans son dernier rapport « Charges et produits » ⁽²⁾. Le rapport fait état d’une priorité accordée au déploiement d’actions concrètes et coordonnées en faveur de la prévention, impliquant notamment les assurances et les complémentaires santé, les entreprises, l’éducation nationale et les professionnels de santé au sens large. Le rapport en appelle à « *une mobilisation massive et urgente* », compte tenu de la dégradation des projections épidémiologiques montant que près de la moitié de la population (43 %) pourrait souffrir d’une pathologie chronique en 2035.

La Cnam propose d’engager diverses actions en faveur du dépistage précoce telles :

– l’instauration d’une demi-journée de prévention au profit des salariés, destinée à la réalisation de vaccins, d’exams de dépistage du cancer, de l’hypertension artérielle ou aux rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie également appelés « Mon bilan prévention » ;

– la généralisation du dépistage de l’hypertension artérielle (HTA), notamment en pharmacie, dans la mesure où celle-ci constitue un facteur de risque commun à l’ensemble des maladies cardio-vasculaires et maladies associées et qu’elle se caractérise par un sous-diagnostic dans la population générale. Alors que 17 millions de personnes vivent en France avec une hypertension artérielle et que 8 millions l’ignorent, le rapport préconise de s’inspirer d’une campagne de sensibilisation britannique intitulée « Connaissez vos chiffres » pour limiter ce sous-diagnostic ;

– la personnalisation des actions de prévention proposées à chaque assuré par l’intégration d’un tableau de bord de prévention au sein de la plateforme Mon espace santé pour recenser les actes de vaccination, de dépistage et de suivi sur la base des données connues de l’assurance maladie.

(1) Contribution de la direction générale de la santé.

(2) Caisse nationale de l’assurance maladie, Rapport « Charges et produits. Propositions de l’assurance maladie pour 2026 », juillet 2025, p. 34.

Le « bus du cœur des femmes » : une initiative de prévention cardio-neuro-vasculaire destinée aux femmes.

Le bus du cœur des femmes est un projet lancé en 2021, porté par le fonds de dotation Agir pour le cœur des femmes, cofondé par la professeure Claire Mounier-Véhier et M. Thierry Drillon. Ce projet vise à prévenir les maladies cardio-neuro-vasculaires chez les femmes, qui constituent la première cause de mortalité féminine.

Ce bus est un lieu de dépistage et de sensibilisation itinérant dont l'ambition est de permettre l'accès aux soins de femmes qui n'ont pas de suivi cardiologique et ne se sentent pas concernées par les maladies cardio-neuro-vasculaires en particulier les femmes socialement défavorisées. Le bus est itinérant et chaque étape d'une durée de trois jours permet d'offrir gratuitement aux participantes un bilan cardio-vasculaire, métabolique et gynécologique : mesure de la pression artérielle, indices anthropométriques (mesure de l'indice de masse corporelle et de l'abdomen), dépistage du diabète et des lipides, entretien gynécologique, diététique et tabacologique et initiation d'un suivi vers une prise en charge coordonnée en médecine de ville par la structuration de partenariats avec les professionnels de santé du territoire ⁽¹⁾.

Le bus du cœur des femmes a permis d'organiser le dépistage de près de 15 000 femmes depuis 2021. Les données médicales collectées sur un panel de 8 000 femmes dépistées dans ce cadre entre 2021 et 2023 conduisent l'Observatoire national de la santé des femmes (OSNF) – porté par le fonds de dotation – à alerter sur la situation dégradée de la santé cardiovasculaire des femmes. Selon l'Observatoire, 9 femmes sur 10 présentent au moins deux facteurs de risque cardio-vasculaire et près d'une femme sur deux cumule deux facteurs de risque gynéco-obstétrique (contraception contre indiquée, absence de suivi gynécologique, grossesse tardive) en plus des facteurs de risques cardio-vasculaires. De plus, seule une femme sur cinq bénéficie d'un suivi cardio-vasculaire, trois quarts des femmes ménopausées n'ont pas de suivi cardiologique et moins d'une sur deux bénéficie d'un suivi gynécologique alors qu'il s'agit de la période la plus à risque de leur vie et que 8 décès sur 10 liés à une maladie cardio-vasculaire sont évitables par une bonne hygiène de vie et un suivi médical régulier. Enfin, l'Observatoire alerte sur l'exposition spécifique et croissante des femmes aux facteurs de risques psycho-sociaux puisque deux tiers des femmes sont exposées à un stress chronique ce qui accroît d'autant le risque de développer une maladie cardio-vasculaire ⁽²⁾.

(1) *Agir pour le cœur des femmes, rapport d'activité 2024, p. 5.*

(2) *Ibid., p. 6.*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Renforcer la place du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires dans les politiques nationales de santé

Adopté par la commission avec modifications

L'article 1^{er} consacre au sein du code de la santé publique la place du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires dans les politiques nationales de santé. Il prévoit les modalités de dépistage de ces maladies et de sensibilisation aux facteurs de risques les favorisant dans le cadre des rendez-vous de prévention à certains âges clefs de la vie.

Il instaure également un dépistage obligatoire des maladies cardio-neuro-vasculaires, et spécifiquement de l'hypercholestérolémie familiale pour les enfants âgés de six ans.

Il prévoit enfin la remise de deux rapports consacrés au reste à charge des patients : l'un portant sur la prise en charge intégrale des examens de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et l'autre sur les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes.

1. Le droit existant

Les fondements législatifs des politiques de prévention primaire et secondaire en santé se trouvent pour l'essentiel dans le livre I^{er} et le livre IV du code de la santé publique, consacré aux politiques de santé publique.

• L'article L. 1110-1 du code de la santé publique consacre un « *droit fondamental à la protection de la santé* » dont l'ambition est universelle puisque celui-ci « *doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». Tous les acteurs de la santé concourent à la mise en œuvre de ce droit : les professionnels de santé, les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie et tous les organismes participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, les autorités sanitaires, les collectivités territoriales et leurs groupements, les usagers en particulier au moyen de la prévention qu'ils contribuent tous à développer. Au-delà de ce droit fondamental à la protection de la santé, le contenu de la politique de santé publique est défini à l'article L. 1411-1, précisant que la politique de santé, qui relève de la responsabilité de l'État, « *tend à assurer la promotion des conditions de vie favorables à la santé [...] et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ». La définition de la politique de santé fait ainsi explicitement référence aux trois dimensions de la prévention : la prévention primaire, recouvrant les actions d'éducation à la santé et de sensibilisation aux facteurs de risque ; la prévention secondaire, reposant sur l'accès au diagnostic, et donc au dépistage des maladies ; la prévention tertiaire, qui suppose la prise en charge des maladies par l'accès effectif à des soins de qualité.

La politique de santé s'inscrit en outre dans le cadre d'une stratégie nationale pluriannuelle, établie par le Gouvernement, définissant les actions prioritaires à l'issue d'une phase de concertation, et donnant lieu à un suivi annuel et à une évaluation pluriannuelle (article L. 1411-1-1). Les actions de promotion de la santé sont transversales puisqu'aux termes de l'article L. 1411-1-2, elles « *reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé* ».

- La mise en œuvre concrète des actions de prévention et de dépistage au titre de la politique de santé est régie par les dispositions des articles L. 1411-6 et suivants. L'article L. 1411-6 consacre les programmes de santé, qui visent d'une part à éviter l'apparition des maladies et d'autre part à empêcher leur aggravation. Dans le cadre de ces programmes de prévention – qui sont en pratique libellés par thématique de risque (tels la prévention du saturnisme ou le dépistage néonatal) ⁽¹⁾ – les assurés bénéficient de consultations médicales de prévention ainsi que d'examens de dépistage dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. Ces programmes incluent également des actions d'information et d'éducation à la santé.

- En complément des actions prévues au titre des programmes de prévention, un dispositif généraliste de prévention au cours de la vie des assurés a été institué par l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, codifié à l'article L. 1411-6-2 ⁽²⁾, appelé « les rendez-vous à certains âges clés de la vie » et rebaptisé depuis « Mon bilan prévention » dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Ces rendez-vous de prévention destinés à tous les adultes âgés d'au moins 18 ans sont proposés aux assurés à certains âges dans le but de garantir un point d'étape entre l'assuré et un professionnel de santé au cours de périodes de vies marquées par des ruptures, susceptibles d'entraîner des répercussions défavorables sur l'état de santé. Cette logique de ciblage répond à une préoccupation d'efficacité et d'efficience du dispositif, dans la mesure où certaines études récentes suggèrent que les consultations de prévention et les dépistages généralistes insuffisamment ciblés n'ont pas d'effet en matière d'amélioration de la santé et de l'espérance de vie ⁽³⁾.

Aux termes de cet article, les rendez-vous sont obligatoires et ne peuvent être réalisés par téléconsultation, sauf circonstances exceptionnelles justifiées par l'impossibilité physique de l'assuré de se rendre en personne au rendez-vous. Ils permettent d'informer, d'éduquer à la santé et délivrer des conseils personnalisés en faveur de la promotion de la santé et de la prévention des comportements à risque. Ces rendez-vous permettent d'aborder une diversité de sujets en lien avec la

(1) *Contribution de la direction générale de la santé.*

(2) *Article 29 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.*

(3) *Voir en ce sens « Bilans de santé en dépistage : un intérêt très incertain », dans Prescrire, tome 42, n° 468, octobre 2022, pp. 767-768.*

prévention sanitaire et sociale tels que la promotion de l'activité physique et sportive, l'alimentation, la prévention des cancers et de l'infertilité ou la promotion de la santé mentale et de la santé sexuelle. Ces rendez-vous sont également des occasions de dépister des vulnérabilités, notamment dans le cadre du dépistage précoce des premiers signes de la perte d'autonomie pour les assurés âgés de plus de 60 ans. Les rendez-vous de prévention visent également à repérer les violences sexistes et sexuelles et les risques liés à la situation de proche aidant.

Ces rendez-vous de prévention à certains âges clés de la vie, dont les modalités ont été précisées par arrêté⁽¹⁾, sont proposés à tous les assurés aux tranches d'âges suivantes : entre 18 et 25 ans inclus, entre 45 et 50 ans inclus, entre 60 et 65 ans inclus et entre 70 et 75 ans inclus. Ils donnent lieu à des entretiens de prévention dont le contenu est adapté au besoin des individus, tenant compte en particulier des facteurs de risque principalement rencontrés selon la tranche d'âge de l'assuré. L'entretien donne lieu à l'établissement par le professionnel de santé d'un plan personnalisé de prévention, remis à l'assuré, qui retrace les principaux facteurs de risque de l'assuré et les objectifs d'évolution de certaines de ses habitudes de vie. En pratique, l'assuré peut s'il le souhaite, préparer le rendez-vous au moyen d'un auto-questionnaire portant sur ses habitudes de vie, ses principaux facteurs de risque et ses aspirations. Il doit être à l'initiative de la prise de rendez-vous avec son médecin traitant ou un autre professionnel de santé proposant des rendez-vous de prévention.

Les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens sont habilités à effectuer ces rendez-vous de prévention, qui sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie avec interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires, et donnent lieu à une tarification de 30 euros. Le rendez-vous de prévention peut également être l'occasion de pratiquer certains actes alors facturés en sus de la consultation, dans la mesure où ils répondent à un besoin de l'assuré et où ils relèvent de la compétence du professionnel de santé effecteur. Il peut s'agir par exemple, d'une vaccination, d'un frottis cervico-utérin, d'un électrocardiogramme ou de la remise d'un kit de dépistage du cancer colorectal.

2. Le droit proposé

L'article 1^{er} modifie les dispositions du code de la santé publique relatives à la politique de santé.

Au deuxième alinéa, le 1^o complète les dispositions de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, relatif au programme de prévention en santé déterminé par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale. Le 1^o de l'article 1^{er} propose de compléter le deuxième alinéa de l'article, qui porte sur les consultations médicales de prévention et examens de dépistages prévus dans le cadre du programme de prévention, par l'instauration d'un dépistage obligatoire des

(1) Arrêté du 28 mai 2024 relatif aux effecteurs, au contenu et aux modalités de tarification des rendez-vous de prévention.

maladies cardio-neuro-vasculaires ainsi que de leurs facteurs de risques, tels que le diabète, l'hypertension artérielle et le cholestérol, dans le cadre de ces examens.

Au troisième alinéa, le 2^o complète les dispositions de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, qui porte sur les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie. Le 2^o propose d'assigner un nouvel objectif à ces rendez-vous de prévention, pour que ces derniers soient l'occasion de sensibiliser au dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et de leurs facteurs de risque tels que le diabète, l'hypertension artérielle et le cholestérol.

Le quatrième alinéa de l'article dispose que les modalités d'application de l'article 1^{er} sont précisées par un décret.

3. Les modifications apportées par la commission

L'article 1^{er} a été adopté par la commission dans une rédaction modifiée par six amendements, dont trois du rapporteur, ainsi que par trois sous-amendements.

- La commission a adopté l'amendement AS23 du rapporteur, qui allège la rédaction de l'alinéa 2, modifiant les dispositions de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique. En effet, cet article est relatif aux programmes de santé, dont certains ont un objet de prévention spécifique et incompatible avec la prise en compte systématique des maladies cardio-neuro-vasculaires, tels le programme de dépistage néonatal ou le programme de prévention du saturnisme. Cette modification répond à une demande exprimée par la direction générale de la santé.

- La commission a également adopté l'amendement AS24 du rapporteur, modifié par trois sous-amendements ayant reçu un avis favorable de sa part. Cet amendement modifie l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, relatif aux rendez-vous de prévention à certains âges clefs de la vie. Il précise que ceux-ci permettent à la fois de sensibiliser aux facteurs de risque, qu'il complète par la mention du tabagisme, mais également de dépister à un stade précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurelles. Il autorise à ce titre la prise en charge du dosage de la lipoprotéine (a). Un taux élevé de lipoprotéine (a) est effectivement un marqueur biologique reconnu du risque de maladie cardiovasculaire ; or, son coût de 19 euros n'est actuellement pas couvert par l'assurance maladie. L'amendement systématise, en outre, l'évaluation du risque cardio-gynécologique, suivant la recommandation du fonds de dotation Agir pour le cœur des femmes, ce qui suppose une évaluation systématique au cours du rendez-vous de prévention de l'assurée :

– de son facteur de risque obstétrical, c'est à dire ses antécédents obstétricaux tels la prééclampsie, l'hypertension gestationnelle, le diabète gestationnel qui constituent des marqueurs de risque cardio-neuro-vasculaire à long terme bien identifiés dans la littérature internationale ;

– de son facteur de risque hormonal, c’est à dire la prise d’un contraceptif, la grossesse ou encore la ménopause qui rythment la vie d’une femme et qui génèrent une vulnérabilité cardio-neuro-vasculaire spécifique insuffisamment prise en compte dans l’évaluation de la santé cardiologique ;

– de 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 qui conduisent à un retard de diagnostic et à une prise en charge plus tardive, donc à une surmortalité évitable.

L’amendement substitue à la notion de dépistage obligatoire, la notion de dépistage obligatoirement proposé. Il a été modifié par le sous amendement AS33 de Mme Sandrine Rousseau (groupe Écologiste et Social), qui complète la liste des facteurs de risques par la mention du « dépassement des repères de consommation d’alcool », ainsi que par deux sous-amendements identiques AS32 de Mme Sabrina Sebaihi et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste et Social et AS34 de M. Serge Muller (groupe Rassemblement National), qui complètent à leur tour la liste des facteurs de risques par la mention de « l’obésité ».

Le rapporteur, qui a soutenu ces sous-amendements, a rappelé à cette occasion que, si l’obésité est un facteur de risque indéniable des maladies cardio-neuro-vasculaires, la consommation d’alcool n’en constitue pas un en toute hypothèse, mais uniquement en cas de consommation excessive et chronique.

- Sur un avis de sagesse du rapporteur motivé par le caractère pertinent mais non législatif de la disposition, la commission a adopté l’amendement AS7 de M. Stéphane Viry et plusieurs de ses collègues du groupe Liberté, Indépendants, Outre-mer et Territoires. Il complète l’alinéa 3 de l’article 1^{er}, modifiant l’article L. 1411-6-2, relatif aux rendez-vous de prévention à certains âges clefs de la vie, pour autoriser le professionnel de santé effecteur à remettre à cette occasion un questionnaire d’évaluation du risque de diabète. Ce questionnaire peut être adressé aux populations à risque par voie électronique au moyen de l’espace numérique de santé.

- La commission a adopté l’amendement AS25 du rapporteur créant un article L. 2132-2-3 à la suite de l’article L. 2132-2-2 du code de la santé publique, relatif au dépistage obligatoire des troubles du neuro-développement chez l’enfant. Il instaure un dépistage précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires et de l’hypercholestérolémie familiale pour les enfants âgés de 6 ans, suivant les recommandations des experts en cardiologie entendus au cours travaux préparatoires à l’examen de la proposition de loi. Ce dépistage précoce préviendrait la survenue d’accidents vasculaires cérébraux chez l’enfant. En effet, l’hypercholestérolémie familiale est une maladie génétique fréquente, touchant 1 personne sur 250 en France, et caractérisée par un taux élevé de cholestérol dès la naissance. Elle expose à un risque significatif de maladies cardiovasculaires précoces, notamment d’infarctus du myocarde. Pourtant, des traitements efficaces

existent pour réduire sensiblement la morbidité et la mortalité associées. Les modalités de ce dépistage, en particulier le contenu de l'évaluation clinique, la recherche des antécédents familiaux et les examens biologiques requis, seront précisés par la Haute Autorité de santé.

● La commission a enfin adopté deux amendements de Mme Karen Erodi et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire portant demandes de rapport.

L'amendement AS12, adopté avec l'avis favorable du rapporteur, vise le remboursement intégral par l'assurance maladie des examens de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et l'impact du reste à charge sur le renoncement aux soins.

L'amendement AS13, adopté avec un avis de sagesse du rapporteur, concerne l'évaluation de l'impact des dépassements d'honoraires pratiqués par les cardiologues, les neurologues et les médecins vasculaires sur le reste à charge des patients et le renoncement aux soins qui en découle. Le rapporteur a motivé son avis de sagesse par la qualité du récent rapport de la mission gouvernementale sur les dépassements d'honoraires confiée à ses collègues Jean-François Rousset et Yannick Monnet qui, du reste, établit que la cardiologie et la médecine vasculaire figurent parmi les quatre spécialités les plus vertueuses dans la pratique du dépassement d'honoraires.

*

* *

Article 1^{er} bis (nouveau)

Autoriser les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes à mesurer la pression artérielle

Introduit par la commission

Le présent article autorise les pharmaciens ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes à mesurer la pression artérielle de patients dans le cadre d'une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire et prévoit que cet acte donne lieu à une rémunération prévue par la convention liant chacune de ces professions à l'assurance maladie.

1. Le droit existant

La mesure de la pression artérielle par un professionnel de santé s'inscrit dans le cadre juridique défini par le code de la santé publique. Celui-ci détermine l'étendue et la répartition des compétences des professionnels de santé. Il résulte de l'article L. 4161-1, relatif à l'exercice illégal de la médecine, que l'ensemble des actes relatifs à l'établissement d'un diagnostic et au traitement des maladies, par tous procédés quels qu'ils soient, et l'ensemble des actes professionnels prévus dans

la nomenclature des actes médicaux, relèvent du monopole médical. Ils sont de la compétence exclusive d'un médecin.

Par conséquent, bien que la mesure de la pression artérielle relève d'un geste technique simple, son interprétation en vue du diagnostic d'une hypertension artérielle relève exclusivement du rôle du médecin. Par ailleurs, les infirmiers sont habilités dans leur rôle propre, à l'article R. 4311-5 du code de la santé publique, à recueillir les observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé du patient et à apprécier les principaux paramètres vitaux servant à sa surveillance, incluant la mesure de la pression artérielle. S'agissant des pharmaciens, leurs missions s'étendent à la participation aux actions de prévention et de dépistage, aux termes de l'article L. 5125-1-1 A, ce qui peut les conduire à mettre à disposition dans leurs officines des appareils d'automesure de la pression artérielle et à vendre de tels appareils au détail ; il ne leur est toutefois pas reconnu une compétence propre pour l'interprétation clinique ou le diagnostic de l'hypertension artérielle.

Cette répartition des compétences met en lumière un paradoxe dans l'état actuel du droit : les dispositifs d'automesure de la pression artérielle sont en vente libre et leur utilisation est encouragée dans le suivi des patients, mais les pharmaciens, bien que reconnus en tant que professionnels de santé de proximité et habilités, aux articles L. 4161-1 et L. 5125-1-1 A, à contribuer à « l'évaluation et à la prise en charge des situations cliniques », ne sont pas autorisés à effectuer une mesure de la pression artérielle et à en interpréter les résultats dans une visée diagnostique, sous peine de méconnaître le monopole médical.

2. Le droit proposé

Dans un contexte de sous-diagnostic des maladies cardio-neuro-vasculaires et notamment de l'hypertension artérielle, qui touche 17 millions de Français dont on estime que 8 millions l'ignorerait, l'état du droit ne favorise pas le dépistage précoce.

L'article 1^{er} *bis* résulte de l'adoption par la commission de l'amendement AS26 du rapporteur et du sous-amendement AS37 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social.

Le **I** modifie le dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique afin de compléter la liste des exceptions au monopole médical. Le **1^o** du **I** précise que n'exercent pas illégalement la médecine les pharmaciens ainsi que les masseurs kinésithérapeutes qui mesurent la pression artérielle. Le **2^o** du **I** complète l'article L. 4321-1 relatif aux compétences et aux missions des masseurs-kinésithérapeutes pour les autoriser à mesurer la pression artérielle dans une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire. Par analogie, le **3^o** du **I** enrichit l'article L. 5125-1-1 A relatif aux compétences des pharmaciens d'officine pour procéder au même ajout.

Le **II** modifie le code de la sécurité sociale pour tirer les conséquences de cette extension de compétence au bénéfice des pharmaciens d'officine et des masseurs-kinésithérapeutes sur les modalités de rémunération par l'assurance maladie de la mesure de la pression artérielle. Ainsi, le 2° du **II** complète l'article L. 162-16-1, relatif aux rémunérations des pharmaciens déterminées dans la convention nationale conclue entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine. Le 2° du **II** complète la liste des actes pris en compte dans cette convention par la mesure de la pression artérielle dans une démarche de prévention.

La commission a également adopté le sous-amendement AS37 de Mme Sandrine Rousseau, opérant au 1° du **II** une coordination avec l'article L. 162-12-9 relatif aux rémunérations des masseurs kinésithérapeutes. Le rapporteur a émis un avis défavorable à ce sous-amendement, le considérant satisfait par la rédaction actuelle du 8° de l'article L. 162-12-9 qui dispose que la convention détermine « le cas échéant les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes », sans préciser le détail desdits actes et desdites activités. Il ressort de l'adoption de ce sous-amendement une mention explicite de la mesure de la pression artérielle, qui peut susciter une interrogation quant au sort réservé à la rémunération des autres actes et activités qui figurent uniquement dans le texte de la convention. Le rapporteur reste naturellement favorable à ce que la convention rémunère justement les masseurs-kinésithérapeutes pour cette activité nouvelle.

*

* *

Article 2

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

Adopté par la commission avec modifications

L'article 2 renforce la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires et la sensibilisation aux facteurs de risques en entreprise, en étendant les missions des services de prévention et de santé au travail à l'organisation chaque année d'une action de d'information en ce sens, le cas échéant en partenariat avec une association de prévention en santé agréée, avec une communauté professionnelle territoriale de santé ou avec des étudiants en santé en service sanitaire. Il enrichit le contenu de la visite médicale obligatoire de mi-carrière, qui s'impose à tous les salariés, d'une sensibilisation spécifique aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires et d'un dépistage clinique et biologique de ces maladies.

1. Le droit existant

La prévention en santé est une politique transversale, dont les principes infusent au-delà du code de la santé publique, notamment au sein du code du travail,

en particulier au sein de l'article L. 4121-1, qui fonde une obligation générale de sécurité au travail, relevant de la responsabilité de l'employeur. Aux termes de cet article, l'employeur prend les mesures nécessaires pour « *assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ». Il s'agit d'une obligation de résultat. Les mesures prises par l'employeur sont : des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Il résulte des dispositions des articles L. 4121-1 à L. 4121-5 que la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité et de protection de la santé des travailleurs est fondée sur le contrat de travail et qu'elle porte pour l'essentiel sur la prévention des risques professionnels, c'est-à-dire des risques auxquels la situation de travail expose le salarié. L'obligation à la charge de l'employeur – prévue par l'article L. 4121-3-1 – d'élaborer et de tenir à jour le document unique d'évaluation des risques professionnels, qui répertorie l'ensemble des risques professionnels et les mesures préventives mises en place par l'employeur pour y remédier illustre le champ et la portée de l'obligation de sécurité et de prévention de l'employeur envers le travailleur.

En matière de prévention des risques professionnels et de protection de la santé des travailleurs, les employeurs s'appuient également sur les services de prévention et de santé au travail (SPST), régis par les dispositions des articles L. 4622-2 et L. 4622-3 du code du travail. Ils ont pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des travailleurs du fait de leur activité professionnelle. À cette fin ils conduisent des actions de prévention des risques professionnels, assurent le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs et participent à la traçabilité des expositions et à la veille sanitaire aux termes de l'article L. 4622-2. Les SPST sont institués et financés par les employeurs auxquels ils apportent un appui technique et opérationnel. Chaque employeur est tenu d'adhérer à un SPST interentreprises ou de disposer d'un service propre lorsque la taille de l'entreprise l'exige (articles L. 4622-6 et L. 4622-7). Le service de prévention exerce ses missions en toute indépendance tout en conseillant l'employeur sur l'évaluation des risques professionnels, la mise en œuvre des mesures de prévention, l'amélioration des conditions de travail des salariés.

2. Le droit proposé

L'article 2 complète les dispositions du code du travail, relatif aux obligations de l'employeur. Le premier alinéa insère à la suite de l'article L. 4121-1 un nouvel article L. 4121-1-1, portant sur les mesures incombant à l'employeur au titre de la sécurité et de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs.

Le deuxième alinéa instaure une obligation à la charge des employeurs, d'organiser « au moins une fois par an », une « action de sensibilisation et d'information » au bénéfice des salariés, portant sur les « facteurs de risques » cardio-neuro-vasculaires, qui ne sont pas à proprement parler des risques professionnels. L'article 2 rompt ainsi avec l'état du droit relatif aux obligations des

employeurs en matière de prévention qui fonde cette obligation sur l'exposition aux risques liée *stricto sensu* à la situation de travail, comme en atteste la méthode de recensement des risques dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. En effet, la frontière clairement établie entre prévention en santé et prévention des risques professionnels, résultant des dispositions précitées du code du travail, tend en pratique à s'estomper dans certaines situations où l'état de santé du travailleur, peut occasionner la survenue d'un risque professionnel grave voire mortel.

Le dispositif proposé par le deuxième alinéa de l'article 2 est original, dans la mesure où celui-ci fonde une obligation de prévention primaire à la charge de l'employeur, qui n'est pas fondée sur l'existence d'un risque professionnel répertorié dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. Cette nouvelle obligation d'organiser au moins une fois par an une action de sensibilisation et d'information aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires et de l'apparition des maladies cardio-neuro-vasculaires répond de manière pragmatique à un double enjeu de santé publique et de prévention des risques professionnels les plus graves. L'enjeu de santé publique d'une part consiste à sensibiliser aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires les assurés actifs professionnellement qui ne consultent pas ou rarement un médecin et qui n'ont pas de suivi cardiologique et ont peu accès aux dispositifs de prévention primaire en la matière. L'enjeu de prévention professionnelle consiste d'autre part à réduire les accidents du travail mortels, dont plus de la moitié résulte d'un malaise ⁽¹⁾, dans un contexte où la littérature suggère que l'exposition prolongée du travailleur à de nombreux facteurs de risques professionnels peut à son tour favoriser la survenue de maladies coronariennes ⁽²⁾.

Les dispositions de l'article 2, qui créent un nouvel article L. 4121-1-1 à la suite de l'article L. 4121-1, modifient les dispositions du livre I^{er} de la quatrième partie du code du travail et sont applicables de droit à l'ensemble des salariés du secteur privé, ainsi qu'aux agents de la fonction publique hospitalière. En revanche, elles ne s'appliquent pas aux agents relevant de la fonction publique d'État ⁽³⁾ et de la fonction publique territoriale ⁽⁴⁾, ainsi qu'aux personnels civils et militaires relevant du ministère des armées ⁽⁵⁾.

(1) Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), *Malaises mortels au travail : apports de la base Epicea, décembre 2024*.

(2) Id.

(3) Les règles applicables aux agents de la fonction publique d'État en matière de santé et sécurité au travail sont fixées par le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

(4) Les règles applicables aux agents de la fonction publique territoriale en la matière sont fixées par le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle préventive dans la fonction publique territoriale.

(5) Les règles applicables aux personnels civils et militaires relevant du ministère des armées sont fixées par les dispositions spécifiques du décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère des armées.

Le troisième alinéa aborde les modalités d'organisation de l'action de sensibilisation et d'information, laquelle peut être réalisée avec l'aide d'un grand nombre d'acteurs potentiels, dans la mesure où l'article fait référence à l'ensemble des associations à but non lucratif, aux associations reconnues d'intérêt général au sens de l'article 200 du code général des impôts ou encore aux associations spécifiquement agréées dans le cadre d'une activité de prévention dans le champ sanitaire.

Le quatrième alinéa précise que l'action de sensibilisation ainsi créée s'inscrit dans le cadre des obligations générales de prévention à la charge des employeurs prévues à l'article L. 4121-1 et que celle-ci ne saurait se substituer aux missions des services de prévention et de santé au travail définies aux articles L. 4622-2 et L. 4622-3 du code du travail, confirmant ainsi le caractère original du dispositif de prévention primaire proposé par l'article 2, qui se juxtapose aux dispositions existantes relatives aux obligations de l'employeur en matière de santé et sécurité au travail.

Le cinquième alinéa prévoit que les modalités d'application de l'article sont précisées par un décret, en particulier s'agissant des conditions et procédure d'agrément des associations pour leurs activités de prévention sanitaire.

3. Les modifications apportées par la commission

L'article 2 tel qu'adopté par la commission des affaires sociales résulte de l'adoption d'un amendement AS10 de réécriture globale de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République. Comme l'a indiqué son auteur, le dispositif avait été travaillé en amont des débats avec le rapporteur, qui a donc délivré un avis favorable. Ont également été adoptés deux sous-amendements AS31 du rapporteur et AS36 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social, ce dernier ayant reçu un avis défavorable du rapporteur.

Dans cette nouvelle version, l'article 2 consacre toujours la place du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires en entreprise. Celui-ci ne se traduit plus par la création d'une obligation autonome à la charge des employeurs, mais par une extension prévue au 2^o des missions des services de prévention et de santé au travail, figurant à l'article L. 4622-2 du code du travail. Ils se voient conférer, au titre de leur rôle dans la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation (au **b** du 2^o) et de dépistage (au **a** du 2^o), un rôle explicite de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et une mission spécifique dans la conduite de campagnes annuelles de sensibilisation aux facteurs de risques comme le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle et le cholestérol. Le sous-amendement AS36 précité a précisé le caractère annuel de ces campagnes bien que le rapporteur n'ait pas souhaité un dispositif plus contraignant que pour les autres missions de sensibilisation, notamment en matière de vaccination, même s'il partage naturellement l'ambition d'une information très régulière au sein des entreprises.

L'article 2 dispose en outre, au c du 2°, que les actions d'information et de sensibilisation en entreprise peuvent être menées en partenariat avec une association de prévention en santé agréée dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, avec une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) mentionnée à l'article L. 1434-12 du même code ou encore avec les étudiants en santé dans le cadre des activités de prévention auxquelles ils participent au titre du service sanitaire. Le sous-amendement AS31 du rapporteur a corrigé une erreur matérielle et proposé une adaptation rédactionnelle de cette dernière mention du service sanitaire. L'ajout des communautés professionnelles territoriales de santé et des étudiants en santé dans le cadre de leur service sanitaire, qui concerne aussi bien les étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique que les étudiants en soins infirmier et en masso-kinésithérapie, répond à une préoccupation à la fois des dites communautés professionnelles territoriales de santé et des ordres professionnels, qui souhaitent prendre part à ce type d'actions dans le respect de la mission de prévention qui leur incombe respectivement.

L'article 2 ainsi rédigé affermit les prérogatives du service de prévention et de santé au travail en matière de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires en l'inscrivant dans le cadre de la visite médicale obligatoire de mi-carrière, déjà prévue à l'article L. 4624-2-2 du code du travail. Aux termes du 3° de l'article 2, cette visite médicale obligatoire de mi-carrière, qui s'impose à tous les salariés âgés de 45 à 50 ans, amènera le médecin du travail à les sensibiliser et à leur proposer obligatoirement un dépistage reposant sur une évaluation clinique et biologique.

La rédaction substitue en outre, à la notion de « dépistage obligatoire », celle de « dépistage obligatoirement proposé ». Cette évolution répond à la demande de nombreux syndicats de professionnels de santé et des ordres professionnels auditionnés.

L'article 2 garantit que le dispositif de dépistage et de sensibilisation au risque cardio-neuro-vasculaire aura une portée effective, en ciblant les personnes à un âge clef, en reposant sur les bons acteurs et sans surcharge pour les entreprises.

*

* *

Article 2 bis (nouveau)

Renforcer les actions de prévention en milieu scolaire

Introduit par la commission

Le présent article clarifie les modalités d'intervention dans les établissements scolaires d'associations agréées et de professionnels de santé libéraux en partenariat avec les équipes pédagogiques, au titre d'actions de prévention sur les facteurs de risques cardio-neuro-vasculaire.

1. L'état du droit

Aux termes du premier alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation nationale, les actions de promotion de la santé des élèves relèvent des missions de l'éducation nationale. Elles sont assurées de manière à la fois transversale et pluridisciplinaire par l'ensemble des personnels de la communauté éducative, et prioritairement par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social ainsi que les psychologues de l'éducation nationale.

Au titre de ces actions de prévention, les élèves bénéficient au cours de leur scolarité aussi bien d'informations diverses que de visites médicales de dépistage obligatoires qui émaillent leur parcours de santé au sein du système scolaire. Des actions de promotion de la santé sont pleinement intégrées dans leur parcours éducatif dans le but de favoriser leur réussite scolaire et de réduire les inégalités en matière de santé. La direction générale de l'enseignement scolaire, entendue par le rapporteur, a exposé la méthode de travail des équipes éducatives en matière de prévention. Celle-ci suppose d'abord de privilégier les interventions sinon au long cours, du moins itératives et plutôt nationales, plutôt que les opérations à la fois locales, ponctuelles et sans lien avec les différents enseignements, dans le but d'une meilleure appropriation des messages de santé publique. Deuxièmement les équipes éducatives veillent à communiquer de manière positive les messages de santé publique et à proscrire une approche par la maladie et les risques, considérant préférable d'éviter une approche anxigène pour une meilleure adhésion des élèves et un concours plus direct à leur épanouissement.

2. Le droit proposé

L'article 2 *bis* résulte de l'adoption de l'amendement AS27 du rapporteur, qui étend les actions de prévention en milieu scolaire aux maladies cardio-neuro-vasculaires, et qui autorise les partenariats entre l'éducation nationale et les associations de prévention en santé agréées et les communautés professionnelles territoriales de santé à cette fin. À cet effet, il modifie le premier alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation nationale pour préciser que les actions de prévention peuvent donner lieu à un partenariat avec une association de prévention en santé agréée dans les conditions de l'article L. 114-1 du code de la santé publique

ou avec une communauté professionnelle territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1434-12 du même code.

L'article 2 *bis* tient compte de la préoccupation exprimée par la direction générale de l'enseignement scolaire consistant à conserver la méthode de travail existante, tout en autorisant explicitement la possibilité pour les équipes éducatives de faire appel à des intervenants extérieurs, experts de la prévention en santé, pour le compte de l'éducation nationale.

Le dernier alinéa ajoute à la troisième phrase de l'article L. 541-1 du code de l'éducation une mention spécifique des « facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires » au titre des informations diffusées aux élèves dans ces actions de prévention.

*

* *

Article 2 ter (nouveau)

Rapport sur les bénéfices d'une campagne de dépistage et de sensibilisation dans les établissements d'enseignement supérieur

Introduit par la commission

Le présent article demande au Gouvernement de remettre un rapport sur les bénéfices d'une campagne de dépistage et de sensibilisation aux facteurs de risque cardiovasculaire dans les établissements d'enseignement supérieur.

L'article 2 *ter* résulte de l'adoption de l'amendement AS20 de Mme Karen Erodi et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire. Le rapporteur a soutenu cette demande de rapport sur les coûts et les bénéfices d'une campagne de dépistage et de sensibilisation des étudiants aux facteurs de risque cardiovasculaire dans les établissements d'enseignement supérieur. Les étudiants présentent une vulnérabilité particulière dans la mesure où ils se distinguent à la fois par la précarité et par des habitudes de vie défavorables.

Un rapport éclairera les actions pertinentes à conduire à leur égard pour une meilleure sensibilisation, à une période charnière dans l'ancrage durable des habitudes de vie.

*

* *

Article 2 quater (nouveau)

**Rapport sur l'évaluation médico-économique
des mesures de prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires**

Introduit par la commission

Le présent article porte sur une demande de rapport au Gouvernement sur l'évaluation médico-économique de la prévention cardio-neuro-vasculaire.

L'article 2 *quater* résulte de l'adoption de l'amendement AS29 du rapporteur afin d'évaluer, du point de vue médico-économique, les effets des mesures de la proposition de loi et la prévention cardio-neuro-vasculaire mise en œuvre.

Ce rapport, remis dans les trois ans à compter de la publication de la loi, fera état du nombre de personnes ayant bénéficié des actions de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et des actions de sensibilisation aux facteurs de risques y exposant. Il en évaluera le coût ainsi que les économies générées par la moindre exposition de la population et par la prise en charge précoce des maladies. La réduction des dépenses liées aux hospitalisations, aux consultations, aux traitements médicamenteux, aux transports sanitaires, ainsi que les moindres frais liés aux indemnités journalières, et enfin la hausse du produit intérieur brut imputable à l'amélioration de la productivité de la population s'y trouveront comptabilisés. Cette évaluation s'inscrit dans une démarche de consolidation des données relatives à l'impact favorable des politiques de prévention en santé.

*

* *

Article 3

Gage de recevabilité financière

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article gage la charge induite par la proposition pour les organismes de sécurité sociale.

L'article 1^{er} de la présente proposition de loi prévoit d'étendre le dispositif des rendez-vous à certains âges clés de la vie au dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires, peut occasionner une charge pour les organismes de sécurité sociale. Pour cette raison, le troisième alinéa de l'article 3 compense à due concurrence la charge pour les organismes de sécurité sociale par la majoration de l'accise sur les tabacs.

En l'état actuel du dispositif de la proposition de loi, la compensation de la charge ainsi que celle de la perte de recettes pour l'État prévue respectivement aux

premier et deuxième alinéas, de même que la compensation de la perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale prévue par le quatrième alinéa, semblent sans objet.

● L'article 3 a été adopté par la commission avec un amendement AS28 du rapporteur, qui supprime le gage sur les comptes de l'État puisque la proposition de loi n'a d'effet ni sur ses recettes, ni sur ses dépenses. Il supprime également le gage en recettes sur les comptes des organismes de sécurité sociale, sans objet au vu des dispositions adoptées en commission.

*

* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa réunion du mercredi 1^{er} avril 2026, la commission des affaires sociales examine la proposition de loi visant 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) ⁽¹⁾.

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 co-construire 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.

⁽¹⁾<https://assnat.fr/ex7fCP>

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^{er} 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 Jung, Hélène Eltchaninoff, Martine Gilard, Charlotte Cordonnier, Xavier Leclerc, Ariel Cohen, Victor Aboynans, 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^{er}, 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, serait-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 écologistes 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 co-construction 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^{er} : *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 cardio-gynécologique, 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^{er} modifié.

Article 1^{er} 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**.*

*

* *

*En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'**adopter** la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.*

– Texte adopté par la commission : <https://assnat.fr/t2gvjv>

– Texte comparatif : <https://assnat.fr/aMmODh>

ANNEXE N° 1
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR
(par ordre chronologique)

➤ *Table ronde :*

– **Société française de cardiologie (SFC) – Pr Hélène Eltchaninoff**, présidente, **Pr Bernard Iung**, ancien président, et **Pr Christophe Leclercq**, ancien président

– **Fondation Cœur et Recherche – Pr Ariel Cohen**, président

– **European Journal of Preventive Cardiology – Pr Victor Aboyans**, rédacteur en chef et membre de la SFC

– **Fédération française de cardiologie – Pr Gérard Helft**, président, et **Pr Jérôme Roncalli**, vice-président

– **Syndicat national des cardiologues (SNC) – Dr Benoît Lequeux**, secrétaire général

– **Conseil national professionnel (CNP) cardiovasculaire – Dr Marc Villaceque**, président

– **Paris Course on Revascularisation (PCR) – Pr Martine Gilard**, codirectrice

– **Société française neuro-vasculaire – Pr Charlotte Cordonnier**, présidente

– **Fédération française des diabétiques*** – **Dr Jean-François Thébaut**, président

– **Coalition européenne sur les maladies cardiovasculaires (EU SHD) – Pr Martine Gilard**, représentante française et membre du comité de pilotage, **Pr Thomas Modine**, représentant français et membre du comité de pilotage, et **M. Arnaud Jacquier**, secrétaire

– **Association nationale des hypercholestérolémies familiales – M. Lionel Ribes**, président, **Pr Vincent Durlach**, membre du comité scientifique, et **Pr Noël Peretti**, membre du comité scientifique

➤ *Table ronde :*

– **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)* – Dr Franck Devulder**, président

– **Les Généralistes CSMF – Dr Luc Duquesnel**, président

– **Les Spécialistes CSMF – Dr Bruno Perrouty**, président

- **MG France*** – **Dr Sébastien Adnot**, secrétaire général adjoint
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)*** – **Dr Marie-Ange Boulesteix**, vice-présidente
- **Avenir Spé *** – **Dr Vincent Pradeau**, président
- **Jeunes Médecins** – **Dr Anna Boctor**, présidente, **Mme Lucie Saccani**, directrice juridique, et **Mme Loubna Slamti**, directrice de la communication
- **Médecins pour demain** – **Dr Benoît Coulon**, vice-président
- **Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)*** – **M. Philippe Besset**, président, **M. Pierre Fernandez**, directeur général, et **M. Christophe Wilcke**, président de la commission Pharmacie clinique et exercice coordonné
- **Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)*** – **M. Pierre-Olivier Variot**, président, et **Mme Lucie-Hélène Pagnat**, directrice générale
- **Fédération nationale des infirmiers (FNI)*** – **M. Daniel Guillerm**, président, et **Mme Pascale Lejeune**, secrétaire générale
- **Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil)*** – **M. John Pinte**, président
- **Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (Onsil)** – **Mme Diane Braccagni Desobeau**, présidente, et **Mme Laetitia Chillaud-Bevier**, responsable syndical région Île-de-France
- **Union nationale des infirmiers de bloc opératoire (Unaibode)** – **Mme Magali Delhoste**, présidente
- **Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa)** – **M. Emmanuel Hardy**, président, et **Mme Lise Mantisi**, secrétaire générale
- **Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)** – **M. Willy Belhassen**, vice-président
- **Fédération de syndicats de kinésithérapeutes (FFMKR)** – **M. Sébastien Guérard**, président, et **M. Vincent Daël**, délégué général
- **Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)*** – **M. Laurent Audo**, élu national
- **Alizé - Syndicat de kinésithérapeutes** – **M. François Randazzo**, président
- **Syndicat des biologistes (SDBIO)*** – **M. François Blanchecotte**, président
- **Syndicat national des médecins biologistes (SNMB)** – **Dr Jean-Claude Azoulay**, président, et **Dr Michel Sala**, vice-président
- **Syndicat des laboratoires de biologie clinique (SLBC)** – **Dr Thierry Bouchet**, président

– **Fédération nationale des syndicats de praticiens biologistes hospitaliers et hospitalo-universitaires (FNSPBHU)** – **Pr David Smadja**, professeur des universités-praticien hospitalier

– **Les biologistes médicaux** – **Dr Lionel Barrand**, président, **Dr Kim Nguyen**, référent national, et **Dr Morgane Moulis**, référente nationale

– **Fédération nationale des orthophonistes (FNO)*** – **M. Pierre-Olivier François**, vice-présidente chargée de l'exercice salarié

➤ *Table ronde :*

– **Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*** – **M. Nicolas Pinsault**, vice-président

– **Conseil national de l'Ordre des infirmiers*** – **M. Alain Desbouchages**, président, et **Mme Nelly Nollet**, secrétaire générale adjointe

– **Conseil national de l'Ordre des médecins** – **Dr Lucie Jousse**, vice-présidente, **Dr René Pierre Labarrière**, président de la section Exercice professionnel, et **Dr Héléne Harmand-Icher**, présidente de la section Santé publique

➤ *Audition conjointe :*

– **Conférence nationale des unions régionales de professionnels de santé (URPS) Médecins libéraux** – **Dr Jean-Baptiste Caillard**, président

– **Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** – **Dr Delphine Secret-Pouliquen**, vice-présidente

– **Conférence nationale des URPS Pharmaciens libéraux (CNUPL)** – **M. Alain Guillemot**, président

➤ **Cour des comptes** – **M. Bernard Lejeune**, président de la sixième chambre, **M. Benoît Guérin**, conseiller maître à la sixième chambre, et **M. David Causse**, conseiller référendaire en service extraordinaire à la sixième chambre

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)** – **M. Thomas Fatôme**, directeur général, **Mme Veronika Levendof**, directrice adjointe, et **Dr Olivier Obrecht**, responsable du département des patients atteints de pathologies chroniques

➤ *Audition conjointe :*

– **Direction générale de la santé** – **Mme Patricia Minaya Flores**, adjointe à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques, **Mme Flore Moreux**, cheffe de bureau Prévention des maladies chroniques, **Mme Laure Poirat**, adjointe à la cheffe de bureau

– **Direction générale du travail** – **Mme Christelle Akkaoui**, sous directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité du travail, **Mme Marie-Lise Carton-Zito**, adjointe à la sous-directrice, et **M. Maxime Pradier**, chef de mission du pilotage de la politique des opérateurs de la santé au travail

➤ **Agir pour le cœur des femmes** – **Pr Claire Mounier-Vehier**, cofondatrice, **M. Thierry Drilhon**, cofondateur, et **M. Erwan Martin**, délégué national

➤ *Table ronde :*

– **France assureurs*** – **M. Pierre de Féligonde**, directeur Affaires publiques France, et **Mme Frédérique Carré-Kananga**, direction des affaires publiques France

– **La Mutualité française*** – **Mme Laure-Marie Issanchou**, directrice Développement assurances mutualistes, **Dr Marika Lefevre**, responsable de service Prévention – direction Prévention et accompagnement mutualiste, et **M. Benoît Planchard**, responsable de service Affaires publiques

– **Fédération des institutions paritaires de protection sociale (FIPS)** – **M. Quentin Bériot**, délégué général, et **Mme Miriana Clerc**, directrice des relations institutionnelles

➤ **Ministère de l'éducation nationale – Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)** – **Mme Anne Padier-Savouroux**, sous-directrice des parcours éducatifs et des éducations transversales, et **Mme Claire Bey**, cheffe du bureau de la santé et de l'action sociale

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

ANNEXE N° 2
TEXTES SUSCEPTIBLES D’ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L’OCCASION DE L’EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
<i>Article</i>		
1 ^{er}	Code de la santé publique	L. 1411-6, L. 1411-6-2 et L. 2132-2-3 [nouveau]
1 ^{er bis}	Code de la santé publique	L. 4161-1, L. 4321-1 et L. 5125-1-1 A
	Code de la sécurité sociale	L. 162-12-9 et L. 162-16-1
2	Code du travail	L. 4622-2 et L. 4624-2-2
2 bis	Code de l'éducation	L. 541-1