

# COMPTES RENDUS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

→ Mercredi 24 juin 2026

- La réforme des pensions d'invalidité - Audition de Mme Évelyne Mage, présidente, MM. Guillaume Manificat, vice-président, et Sezny-Aurélien Florence, trésorier, de l'Association de défense des travailleurs handicapés et invalides de France (Acthif)
- La prévention en santé - Examen du rapport d'information

## Mercredi 24 juin 2026

- Présidence de M. Philippe Mouiller, président -

*La réunion est ouverte à 9 h 35.*

### La réforme des pensions d'invalidité - Audition de Mme Évelyne Mage, présidente, MM. Guillaume Manificat, vice-président, et Sezny-Aurélien Florence, trésorier, de l'Association de défense des travailleurs handicapés et invalides de France (Acthif)

**M. Philippe Mouiller, président.** - Nous entendons ce matin des représentants de l'Association de défense des travailleurs handicapés et invalides de France (Acthif) sur la réforme des pensions d'invalidité.

Cette association trouve son origine dans le décret du 23 février 2022 relatif aux travailleurs invalides, qui a suscité la constitution du collectif Les oubliés de la réforme 2022-257. Ce collectif s'est structuré en 2024 en une association « loi de 1901 », l'Acthif.

Nous avons le plaisir de recevoir Mme Évelyne Mage, présidente de l'Acthif, M. Guillaume Manificat, vice-président, et M. Sezny-Aurélien Florence, trésorier.

Madame, Messieurs, nous vous remercions d'avoir accepté notre invitation, en venant parfois d'assez loin. Un travail important a été mené par Marie-Pierre Richer et Annie Le Houerou sur la situation des oubliés de cette réforme et sur la mise en application des décrets, d'où l'intérêt de vous entendre sur la situation actuelle et sur la façon dont nous pourrions être acteurs dans l'évolution et l'application des mesures.

Je vous précise que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo. Elle est diffusée en direct sur le site du Sénat et sera disponible en vidéo à la demande.

Je vous propose de procéder à un propos liminaire, avant les échanges avec les sénateurs.

**Mme Évelyne Mage, présidente de l'Association de défense des travailleurs handicapés et invalides de France.** - Merci de nous recevoir et de sortir de l'ombre l'écosystème de l'invalidité, souvent absent du débat public.

Depuis 2022, nous combattons un décret pénalisant des dizaines de milliers de personnes invalides qui, malgré la maladie ou le handicap, continuent à travailler et à contribuer à la vie économique du pays. L'intention du législateur était pourtant légitime : lever les freins financiers au retour vers l'emploi des 800 000 personnes invalides et garantir que toute heure travaillée procure un gain financier pour les personnes en situation d'invalidité. Tels étaient les termes relevés par M. Olivier Véran, rapporteur dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020.

Jusqu'au décret du 23 février 2022, lorsque le cumul de la pension d'invalidité et des autres ressources excédait le revenu perçu avant la mise en invalidité, la pension était réduite du montant total du dépassement. Avec la réforme, celui-ci ne devait plus être réduit que de moitié. Du moins, c'est ce que les premiers observateurs en avaient déduit.

Cependant, alors que le revenu de référence, c'est-à-dire celui de l'année précédant la mise en invalidité, était auparavant pris en compte dans son intégralité, il est désormais plafonné, à hauteur d'un plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), puis de 1,5 Pass aujourd'hui. Cette limitation ne figurait pas dans l'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'origine de la réforme.

Cette évolution, qui se voulait incitative, pénalise dans les faits des milliers de personnes invalides. Certaines se sont retrouvées du jour au lendemain privées de leur pension et contraintes de réduire leur temps de travail. De même, le passage d'une comparaison des revenus sur trois mois consécutifs à une période de douze mois glissants a entraîné des conséquences tout aussi désastreuses. Une ressource exceptionnelle perçue sur un seul mois peut tout faire basculer : prime, rattrapage salarial lié à l'égalité entre les femmes et les hommes ou à une activité syndicale, solde de tout compte, pour ne citer que quelques exemples. Ces sommes peuvent suffire à ramener la pension d'invalidité à zéro, quel que soit le niveau de revenus, et pendant une durée pouvant aller jusqu'à un an.

Ce n'est malheureusement que la partie visible de l'iceberg. Derrière cette réalité se trouvent également les régimes de prévoyance, qui, pour la plupart, conditionnent le versement de leurs prestations au maintien de la pension d'invalidité par la sécurité sociale. Ainsi, privées de toute pension

d'invalidité, beaucoup de personnes se retrouvent, par ricochet, privées de leur rente d'invalidité servie par leur assurance complémentaire. Il en va de même pour les assurances de prêts immobiliers, qui cessent le remboursement lorsque la pension devient nulle.

Pour Actif, cette mesure constitue une injustice sociale. Elle contredit l'exigence d'inclusion et la valeur travail que notre société et tous les partis politiques, sans exception, ne cessent de promouvoir. Elle est d'autant moins acceptable que, loin de permettre à l'État de faire des économies, elle entraîne une perte nette de recettes en termes de cotisations sociales et d'impôt sur le revenu, que nous avons estimée à 18,5 millions d'euros par mois.

Et c'est sans compter les coûts induits, notamment administratifs ou liés aux nombreuses actions amiables ou contentieuses engagées par des personnes invalides déterminées à faire valoir leurs droits face à des caisses de sécurité sociale qui n'ont pas toutes la même lecture du décret et qui en donnent parfois une interprétation erronée.

À cet égard, nous souhaitons évoquer les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail. L'article R. 341-17 du code de la sécurité sociale, qui précise les règles de cumul de la pension d'invalidité avec d'autres revenus, dresse une liste limitative des ressources à prendre en compte : salaires et avantages soumis à cotisations de sécurité sociale, indemnités journalières de la sécurité sociale, congés de maternité et de paternité, allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), revenus issus des contrats de sécurisation professionnelle et avantages de préretraite. Notons que les indemnités de licenciement ne sont pas visées par ce texte.

Pourtant, les caisses de sécurité sociale retiennent une approche plus globale en intégrant l'ensemble des sommes assujetties à cotisations de sécurité sociale, quelle que soit leur nature. Dès lors que les indemnités de rupture dépassent deux Pass, seuil au-delà duquel elles sont assujetties à cotisations sociales, elles sont prises en compte dans la règle de cumul et entraînent souvent des situations dramatiques.

En termes d'impact financier, il nous semblerait plus pertinent de légiférer sur l'absorption des revalorisations des pensions d'invalidité par les assurances complémentaires de prévoyance. En effet, en s'appuyant sur le principe indemnitaire, et donc sur l'interdiction de dépasser le revenu des assurés avant invalidité, ces dernières diminuent leurs prestations au rythme de la revalorisation des pensions. Ainsi, l'effort financier public destiné à éviter l'appauvrissement des invalides, sous l'effet de l'inflation, se transforme en une véritable aubaine pour les organismes de prévoyance, qui économisent les montants qui auraient dû revenir aux assurés. Nous estimons que les sommes ainsi détournées de leur objet auraient atteint 240 millions d'euros en 2024.

Nous comptons sur vous pour nous aider à sortir de l'impasse dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui, afin d'éviter qu'un système conçu pour protéger les invalides finisse par les freiner.

Les recommandations n<sup>os</sup> 8 et 9, parmi lesquelles figure celle qui est relative à la pension « socle », issues du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) réalisé par les sénatrices Marie-Pierre Richer et Annie Le Houerou, iraient dans le bon sens. Elles seraient en adéquation avec les décisions du Défenseur des droits, qui souligne le caractère discriminatoire du dispositif actuel. Enfin, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) a adopté à l'unanimité, en mai 2023, une motion allant dans le même sens.

**M. Philippe Mouiller, président.** - Merci, madame la Présidente, pour cette présentation très technique, qui illustre bien les enjeux.

**Mme Marie-Pierre Richer.** - Je vous remercie également pour ces propos : ils explicitent concrètement ce que vivent aujourd'hui les personnes qui perçoivent une pension d'invalidité.

Lors des travaux initiés par la Mecss, Annie Le Houerou et moi-même avons travaillé sur ces pensions d'invalidité, même s'il s'agissait d'un pas de côté par rapport au sujet principal des travaux, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Nous avons effectivement formulé une recommandation tendant à suivre l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées, qui consistait à augmenter de 1,5 à 2 Pass le plafond de revenus au-delà duquel les pensions d'invalidité sont écartées. À ce stade, nous n'avons pas été suivies.

Le Gouvernement a-t-il procédé à d'autres ajustements pour répondre à vos préoccupations et soutenir la poursuite d'activité des titulaires d'une pension d'invalidité ?

Le combat de votre collectif Les oubliés de la réforme 2022-257, à l'origine de la création de votre association, consistait à lever les freins à l'activité des titulaires d'une pension d'invalidité.

La Cour des comptes a consacré à ce sujet, qu'elle juge prioritaire, une partie du chapitre portant sur l'invalidité dans son rapport sur l'application des lois de la sécurité sociale (Ralfss) paru en 2025. Comment renforcer la coordination entre les acteurs du système de santé, de la protection sociale et de l'emploi, afin de faciliter des parcours de retour à l'emploi adaptés aux capacités et aux souhaits des personnes en invalidité ?

Enfin, la rente AT-MP et la pension d'invalidité sont deux prestations philosophiquement assez proches, en ce qu'elles consistent en un revenu de remplacement pour les assurés dont la capacité de gain est réduite du fait de leur état de santé.

Toutefois, les prestations proposées diffèrent et, dans la grande majorité des cas, la perception d'une rente AT-MP est, à incapacité équivalente, plus favorable que celle d'une pension d'invalidité. C'est également ce que nous avons relevé dans notre rapport.

Constatez-vous chez les assurés une confusion entre ces deux prestations ?

Par ailleurs, le sujet de la sous-déclaration nous préoccupe tous : existe-t-il un tel phénomène sur les rentes AT-MP conduisant les assurés à recourir à la place à la pension d'invalidité ? Si tel est le cas, quelles sont vos pistes pour réduire l'ampleur de cette dynamique ?

**M. Guillaume Manificat, vice-président de l'Association de défense des travailleurs handicapés et invalides de France.** - En ce qui concerne les actions d'ajustement du Gouvernement, à ma connaissance, je n'en ai pas vu depuis 2020.

S'agissant des problèmes de coordination, l'invalidité relève de la branche maladie et de la direction de la sécurité sociale (DSS). Toutefois, il est impossible d'isoler cette question de celle des prévoyances, qui sont des assurances privées. Comme nous l'avons indiqué, il est nécessaire de bénéfi-

cier d'une pension d'invalidité non nulle pour percevoir les prestations de prévoyance. Beaucoup d'assurés réduisent donc leur temps de travail afin de ne pas tomber sous le couperet du décret et de continuer à percevoir leur prévoyance, qui représente souvent la majeure partie de leurs prestations.

De même, la revalorisation annuelle de la pension d'invalidité au titre de l'inflation est, par un effet de vase communicant, absorbée par les organismes de prévoyance. Une mesure de l'État destinée à compenser les effets de l'inflation bénéficie ainsi directement aux assurances privées de prévoyance. C'est un non-sens.

Or aucune instance n'appréhende le système dans sa globalité. Nous l'entendons régulièrement au ministère : les questions de prévoyance relèvent du droit assurantiel privé. Il n'existe donc pas de véritable coordination.

J'en viens au sujet de la rente AT-MP. Il faudrait d'abord expliquer les différences de terminologie entre l'invalidité, l'incapacité, l'inaptitude, le handicap. Il en va de même de la carte mobilité inclusion (CMI), qui comporte une mention de taux d'invalidité sans rapport avec l'invalidité au sens de la sécurité sociale, ou encore des catégories d'invalidité.

À titre personnel, je suis actuellement classé en invalidité de catégorie 2, tout en étant autorisé à travailler par le code du travail. Pourtant, il m'est régulièrement répondu que, si je travaille, c'est que je ne suis pas réellement invalide ; il m'est ainsi reproché de travailler et l'on me considère comme un fraudeur.

Le morcellement du système et la complexité de ces dénominations compliquent considérablement les démarches. C'est non plus un parcours de soins, mais un véritable parcours du combattant !

**Mme Évelyne Mage.** - L'invalidité constitue un écosystème particulièrement complexe. Elle relève de l'assurance maladie, mais se situe également au carrefour du handicap, du monde professionnel et de la médecine du travail. Cette complexité explique sans doute la méconnaissance du phénomène d'invalidité, dont il est peu question dans le débat public, mais aussi au sein même de la sécurité sociale. Il s'agit d'un domaine largement oublié, dans lequel chaque carrefour révèle des angles morts et des difficultés ; c'est probablement là que des améliorations sont à apporter.

Il faudrait déjà mieux faire comprendre ce qu'est l'invalidité, c'est-à-dire l'impossibilité de travailler comme avant en raison d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle. Cette situation concerne pourtant près d'un salarié sur vingt, soit presque 800 000 personnes. Parmi elles, 300 000 continuent à travailler et, du fait du dernier décret, la plupart sont en difficulté.

Je prendrai mon propre exemple. Je suis médecin en Corrèze depuis trente ans, à la fois urgentiste et gériatre, dans un hôpital public. Depuis cinq ans, je suis en invalidité. Je pouvais encore travailler à 80 %, mais le décret m'a contraint à réduire mon temps de travail, car j'ai été privée pendant un an de ma pension d'invalidité ainsi que de la prévoyance qui compensait ma perte de revenus.

Je peux encore mettre en place de nombreuses actions en faveur des personnes âgées de notre département en tant que gériatre. Pourtant, je dois limiter mon temps de travail pour des raisons liées au décret et non à mon état de santé. Celui-ci devrait pourtant être le seul critère pris en compte.

Du fait de mon ancienneté, je vais prochainement bénéficier d'un nouvel échelon. Je devrais m'en réjouir, mais cette progression m'obligera à réduire encore plus mon activité. Et je ne peux pas y renoncer.

Je suis notamment chargée des consultations mémoire. Les délais d'attente, qui étaient de trois à quatre mois, passeront à huit mois, puis à un an. Voilà un exemple concret des conséquences de ce dispositif.

**Mme Annie Le Houerou.** - Je tiens à saluer le travail de votre association. Comme l'a indiqué le Président Philippe Mouiller, il s'agit d'un sujet extrêmement complexe, difficile à appréhender, qui conduit à des situations ubuesques. En effet, des personnes qui souhaitent continuer à travailler se trouvent, pour des raisons administratives, incitées à y renoncer, au détriment de leur propre épanouissement.

Dans le rapport que nous avons réalisé avec Marie-Pierre Richer, nous avons déploré que la réforme de 2022 puisse conduire certains assurés à perdre leur droit à pension. Selon la Cour des comptes, plus de 1 700 personnes auraient été concernées, avec des conséquences concrètes sur les prestations de prévoyance, dont le versement est conditionné à celui de la pension d'invalidité.

C'est pourquoi nous avons préconisé la création d'une pension d'invalidité « socle », d'un montant symbolique, versée à tous les assurés remplissant les critères médicaux requis.

Vous avez décrit plusieurs situations concrètes, dont la vôtre. Depuis la publication de notre rapport et au regard des démarches régulières engagées par votre association pour obtenir une révision du dispositif, avez-vous le sentiment que le Gouvernement et l'assurance maladie ont pris la mesure de ces difficultés ? Des travaux sont-ils en cours qui nous permettraient d'avoir quelque espoir quant à une évolution de la situation ?

Par ailleurs, disposez-vous d'une évaluation des indus réclamés aux pensionnés et des procédures en cours pour les réduire ou les annuler ?

Enfin, des actions de prévention sont-elles menées parallèlement au versement des pensions d'invalidité ?

**M. Philippe Mouiller, président.** - Je précise que les prestations de prévoyance ne sont versées que si une pension d'invalidité est servie. Ainsi, lorsqu'un assuré voit sa pension ramenée à zéro parce qu'il travaille au-delà d'un certain seuil, il perd également le bénéfice de sa prévoyance, pour laquelle il a pourtant cotisé. Il s'agit donc d'un système de double peine.

**Mme Évelyne Mage.** - S'agissant de la prévention, rien n'est fait. Lorsqu'une personne est reconnue invalide, elle n'est accompagnée ni dans l'emploi ni dans ses démarches. Chacun tente de trouver son chemin auprès de son médecin du travail ou de son employeur. Beaucoup ignorent même s'ils bénéficient d'un contrat de prévoyance et doivent vérifier eux-mêmes s'ils y cotisent. Il y a donc beaucoup à faire en matière d'information, de communication et de prévention.

Je souhaite également revenir sur le dossier d'invalidité. Sur nos comptes Ameli, nous n'avons aucune visibilité sur notre situation. Alors que la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif) a développé un dossier d'invalidité permettant de comprendre certains calculs et de suivre son dossier, en province, le système est totalement opaque et les assurés ne disposent d'aucune information.

Ainsi, lorsque ma pension d'invalidité n'a pas été versée en décembre 2022, je n'en ai pas été avertie et n'ai donc pas pu anticiper cette perte importante de revenus. Le nombre de personnes concernées est, selon nous, bien supérieur à 1 700 et avoisine les 35 000 assurés.

**M. Guillaume Manificat.** - Nous avons rencontré la direction de la sécurité sociale et lui avons proposé de contribuer de manière constructive à l'évaluation du dispositif et à son amélioration. Cette démarche n'a pas été suivie d'effets.

Nous avons notamment mis en évidence que le chiffre de 1 500 personnes perdantes avancé pour cette réforme était fortement sous-évalué. Le ministère n'avait pas identifié le fait que les indemnités de licenciement étaient prises en compte dans les règles de cumul. Une personne licenciée peut alors perdre sa pension d'invalidité, sa prévoyance, les remboursements de son emprunt immobilier, ou encore ses droits à retraite complémentaire auprès de l'Agirc-Arrco. Nous estimons qu'au moins 20 000 personnes sont concernées, nombre d'entre elles étant licenciées pour inaptitude.

Les chiffres disponibles ne reflètent donc pas la réalité. Nous souhaiterions disposer d'une meilleure évaluation et d'une vision plus complète de la situation. Or il n'existe aujourd'hui aucune instance chargée de l'invalidité dans sa globalité. Celle-ci est absorbée par la branche maladie ; l'organigramme de la sécurité sociale montre que seules trois personnes au sein du ministère suivent ce sujet, qui concerne pourtant 825 000 invalides.

Par ailleurs, la prévoyance relève des assurances privées. Il n'existe donc aucune coordination ni aucune vue globale du système. Enfin, l'accès aux chiffres, qui proviennent tous de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), est extrêmement difficile.

**Mme Corinne Imbert.** - Merci pour vos présentations et vos premières réponses. Vous avez évoqué un parcours du combattant et votre témoignage, Madame la Présidente, est particulièrement éclairant.

Dans son Ralfss de 2019, La Cour des comptes indiquait que l'assurance invalidité se situe à la confluence de la branche maladie, des risques professionnels, du handicap et de la retraite. Cette situation d'interface entre différents risques et plusieurs organismes est, vous l'avez souligné, à l'origine d'une forme d'errance administrative pour les assurés. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles rencontrés et quelles améliorations pourraient être apportées au système ?

Je souhaiterais également vous interroger sur l'équité entre les assurés. Dans un rapport publié en 2025, la Cour des comptes relevait que le taux d'acceptation des demandes d'entrée en invalidité variait de 31 % à 85 % selon les départements. Si certains facteurs socio-économiques peuvent expliquer en partie ces écarts, un tel différentiel apparaît élevé.

Constatez-vous des différences de traitement selon les caisses primaires d'assurance maladie ? Si oui, existe-t-il des contacts réguliers avec les caisses présentant les taux de refus les plus inhabituels afin de favoriser une harmonisation des critères retenus et renforcer l'équité entre les assurés ?

**Mme Évelyne Mage.** - Effectivement, il existe une inégalité territoriale et nous la constatons à travers les témoignages de nos 1 300 adhérents, qui sont tous concernés par l'invalidité. Nous ne sommes toutefois pas une association professionnelle et ne disposons pas de contacts étroits avec chacune des caisses. Nous recueillons néanmoins les retours de nos membres. Ceux-ci font état de difficultés d'accès aux médecins-conseils, de délais importants et de réponses parfois opposées d'un département à l'autre. Nous sommes donc confrontés à un véritable problème d'inégalité d'accès aux droits de l'assurance maladie.

Les obstacles sont nombreux tout au long du parcours d'invalidité. Nous manquons d'informations et ne disposons pas d'un véritable dossier de suivi. Nous essayons donc d'apprendre les uns des autres. C'est la raison pour laquelle notre association a mis en place des forums afin de comprendre les situations, de soutenir les personnes concernées et de les orienter. Certaines caisses de sécurité sociale orientent d'ailleurs leurs assurés vers notre association.

**M. Guillaume Manificat.** - J'aurais quelques suggestions d'ordre pratique.

Tout d'abord, il existe très peu de données permettant d'évaluer la situation. À l'heure où les gouvernements parlent d'*open data*, il serait utile que ces données soient disponibles.

Ensuite, il faudrait une instance de coordination entre l'invalidité et les assurances privées. Environ 6 milliards d'euros sont consacrés aux pensions d'invalidité et 3 milliards aux rentes de prévoyance. Ces deux dispositifs sont interconnectés et leurs implications respectives devraient être mieux prises en compte.

Enfin, il faudrait rappeler la volonté du législateur. Je ne peux pas croire qu'elle soit de pénaliser les personnes licenciées. L'interprétation selon laquelle l'indemnité de licenciement doit être prise en compte dans le cumul est scandaleuse ! L'un de nos adhérents, atteint de la maladie de Charcot, va être licencié et perdre sa pension. Comment peut-on laisser se produire de telles situations ?

Il faut marteler que l'intention du législateur n'est pas de considérer l'indemnité de licenciement comme un « avantage » entrant dans l'appréciation du cumul. En quoi le fait d'être licencié alors que l'on est invalide constitue-t-il un avantage ?

**Mme Évelyne Mage.** - Il faut préciser ce qui entre dans l'assiette des revenus retenus pour le calcul de la pension d'invalidité et ce qui en est exclu. La situation est déjà complexe du fait du décret, des plafonnements et des pensions ramenées à zéro. Certaines caisses primaires d'assurance maladie ou la Cnam procèdent en outre à des interprétations abusives.

Ainsi, des revenus comme les indemnités de licenciement ne devraient pas être pris en compte. Le décret concerne le cumul emploi-invalidité dans le cadre d'une reprise ou d'une poursuite d'activité, et non d'une cessation d'activité.

Nous avons besoin de votre soutien pour faire avancer les mesures qui ont déjà été validées par la Mecss, notamment la pension « socle », et créer un observatoire de l'invalidité. Ce sujet est particulièrement complexe et concerne environ 850 000 personnes. Enfin, il faut permettre à ceux qui le souhaitent de travailler aussi longtemps qu'ils le peuvent, avec pour seule limite leur capacité médicale.

**M. Daniel Chasseing.** - Je tiens d'abord à remercier le docteur Mage pour le travail qu'elle poursuit à Brive.

Nous sommes confrontés à beaucoup de complexité et de confusion. Lorsqu'une personne travaille, elle peut perdre sa pension d'invalidité ainsi que tous les avantages connexes : crédit immobilier, points de retraite, etc. À l'inverse, lorsque la pension augmente, la prévoyance diminue. Le décret

de 2022 devait pourtant préserver ces droits connexes, mais cela ne semble pas fonctionner.

Sur les 900 000 personnes en invalidité, 300 000 travaillent. Si cette situation perdure, elles seront de moins en moins nombreuses.

Il conviendrait de disposer d'une véritable évaluation de la situation. Un observatoire permettrait d'indiquer au ministère ce qui fonctionne ou non. Il faudrait notamment mettre en place une pension « socle », préserver les droits connexes et exclure les indemnités de licenciement des revenus susceptibles de conduire à la suppression de la pension d'invalidité.

Nous pourrions envisager de créer un observatoire de l'invalidité en lien avec le ministère et avec l'appui de l'Actif, afin de mieux évaluer la situation des personnes en invalidité et d'identifier ce qui fonctionne ou non.

**Mme Pascale Gruny.** - Je souhaiterais revenir sur la retraite. La pension d'invalidité permet de bénéficier, à partir de 62 ans, d'une retraite pour inaptitude versée à taux plein, indépendamment de la durée d'assurance. Les trimestres assimilés au titre de l'invalidité ouvrent également droit à des dispositifs de retraite anticipée.

Dans quelle mesure la réduction ou la suppression de la pension d'invalidité induite de cette réforme affecte-t-elle la situation des assurés ?

Par ailleurs, les assurés bénéficiant d'une pension d'invalidité de catégorie 1 tout en maintenant une activité professionnelle continuent de cotiser à l'Agirc-Arrco. Or la réforme pourrait conduire certains d'entre eux à réduire leur activité afin d'éviter l'écèlement de leur pension lié au nouveau plafonnement. Cela entraînerait une diminution de leurs points de retraite complémentaire. Disposez-vous d'une estimation du nombre d'assurés concernés ?

**Mme Évelyne Mage.** - Nous appelons de nos vœux, au minimum, la création d'un observatoire, ainsi qu'une législation sur la pension « socle » permettant d'éviter tous les problèmes que nous avons mentionnés. Donc merci, Monsieur Chasseing, pour votre intervention : c'est exactement ce que nous souhaitons et ce qu'il faut mettre en place.

Concernant les trimestres comptabilisés pour la retraite, de manière connexe, le fait d'avoir une pension d'invalidité nulle ne permet évidemment pas de faire reconnaître des trimestres cotisés. Pourquoi ? Parce que l'administration - que ce soit pour la retraite ou pour tout autre domaine - reconnaît la situation d'invalidité d'une personne uniquement par le fait que celle-ci perçoit une pension non-nulle d'invalidité. Nous n'avons aucun autre document à notre disposition, aucun autre moyen pour faire reconnaître notre situation d'invalidité !

Lorsque notre pension est portée à zéro, nous perdons donc, en même temps, des trimestres de retraite. Nous sommes vraiment gâtés !

Pour moi, cela a été compliqué. Je suis restée un an sans pension d'invalidité. Cela m'a créé des difficultés de revenus et ma caisse de retraite, pas plus que ma caisse de retraite complémentaire ne m'ont comptabilisé de trimestres cotisés pour la retraite. D'un seul coup, c'était comme si je n'étais plus malade ! Je vous donne mon exemple, mais toutes les personnes qui ont vu leur pension réduite à zéro pour un an - c'est la durée de la sanction quand on veut travailler - se sont retrouvées dans le même cas.

**Mme Frédérique Puissat.** - J'ai lu, madame Mage, que vous êtes à l'initiative d'une page Facebook dénommée la « Team Warriors ». Je trouve, à l'écoute des interventions, que c'est un nom qui vous va bien.

Je souhaite vous apporter une information, avant de formuler ma question.

Nous débutons, au sein de la commission des affaires sociales, sous l'égide de son président, une mission d'information sur le « travail additionnel ». J'ai rencontré ce matin-même notre collègue Martin Lévrier, qui en sera rapporteur à mes côtés, pour tenter de définir le périmètre. Je me demande - c'est un message que j'envoie au président Mouiller - s'il ne serait pas intéressant de vous entendre dans le cadre de ce travail. Il s'agit en effet de réfléchir aux moyens de lever les freins pour permettre aux gens qui souhaitent travailler plus ou qui, dans un contexte particulier, veulent travailler de pouvoir le faire. Le président semble opiner... Nous pourrions donc, si cela vous convient, envisager de vous recevoir à nouveau pour évoquer ce thème particulier.

Ma question porte sur les demandeurs d'emploi percevant une pension d'invalidité. Je suis énormément sollicitée par des personnes qui bataillent avec les services de France Travail pour pouvoir être inscrites et percevoir l'ARE. Le règlement de France Travail l'autorise, mais les services, selon les départements, ne reconnaissent pas toujours aux porteurs d'invalidité la possibilité de s'inscrire et il faut parfois un appui, notamment parlementaire, pour que la démarche aboutisse. Avez-vous ouvert ce champ particulier dans votre action ?

**Mme Élisabeth Doineau.** - Merci pour vos propos et pour votre témoignage. Les travaux de Marie-Pierre Richer et Annie Le Houerou nous ont en effet sensibilisés à cette question et le Ralfss a lui aussi mis en avant ces situations aberrantes. Nous encourageons, avec vous, la recherche d'une solution. La question est donc de savoir comment, au-delà des rapports, on peut changer les choses et faire cesser la double peine que vous décrivez très bien dans vos interventions - il y a déjà l'invalidité à accepter et, derrière, on se trouve pénalisé...

Ce que nous cherchons au sein de cette commission, c'est de savoir comment nous mobiliser à vos côtés pour pouvoir atteindre le but. Nous ne pouvons pas continuer à accumuler les rapports. Il y a des portes auxquelles frapper, notamment celle de la ministre déléguée en charge du handicap. S'il faut cosigner une tribune, s'il faut vous accompagner au ministère, dites-le ! Cette question, à mes yeux, doit être résolue dans les meilleurs délais ; on ne peut admettre que ces situations invivables perdurent plus longtemps.

**M. Philippe Mouiller, président.** - Avant de laisser Mme Mage répondre, je confirme à Frédérique Puissat que le sujet peut tout à fait être intégré à la mission d'information, en nous focalisant cette fois-ci, non pas sur la réparation, mais sur l'accompagnement et la levée des freins à l'emploi. On pourrait d'ailleurs élargir la question à tout l'écosystème, car la situation est la même pour l'allocation adulte handicapé (AAH) : quelques heures de travail rémunéré entraînent la perte de la moitié, voire de la totalité de l'allocation. Dès lors, des personnes qui sont en capacité d'occuper un emploi y renoncent pour ne pas se voir pénalisées.

Quant aux actions que la commission peut mener, cette audition est un premier pas et nous pourrions largement saisir le Gouvernement au vu des informations dont nous disposons. Nous avons les rapports, nous avons les exemples, nous avons l'association. Mais quelle traduction donner à tout cela ? En effet, mis à part ce qui relève de l'articulation entre les caisses de prévoyance et l'assurance-maladie, les mesures à prendre sont d'ordre réglementaire, et non législatif.

**Mme Évelyne Mage.** - Merci pour vos propos et votre soutien. Nous sommes bien évidemment favorables à participer à vos travaux, à cosigner une tribune commune. Je vous signale que notre association existe depuis deux ans et que nous avons essayé, déjà, d'alerter un peu partout et d'expliquer nos difficultés. Nous nous sommes rapprochés, cela a été dit, de la Cramif ; nous avons rencontré le médiateur de l'assurance plusieurs fois, ainsi que la présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) ; nous devons prochainement voir le CETIP. Nous travaillons donc sur certains dossiers individuels de nos membres pour essayer de régler des situations catastrophiques, mais aussi sur des actions collectives de plus grande envergure. Dans ce cadre, nous sommes bien sûr disponibles pour travailler avec vous.

Nous avons moins d'informations concernant l'ARE. C'est un sujet à creuser.

**M. Guillaume Manificat.** - Je veux redire que nous manquons de chiffres, de données et d'évaluations. Nous peinons à obtenir des éléments, en dehors des rapports de la Cour des comptes et des extrapolations que nous sommes capables de faire à partir des statistiques. Rien que la dénomination est problématique : qu'est-ce qu'un invalide pour la loi ? Un titulaire d'une pension d'invalidité !

**M. Philippe Mouiller, président.** - Je vous laisse le mot de la fin, Madame la Présidente.

**Mme Évelyne Mage.** - Nous sommes très heureux que vous nous ayez accordé cet entretien et vous en remercions. Nos membres sont en train de regarder la diffusion sur le site : ils attendent beaucoup de cette audition ! Nous faisons face à des cas pour certains dramatiques, comme cette mère avec trois enfants qui s'est retrouvée interdite bancaire et à la rue pour cette histoire de pension d'invalidité à zéro, juste parce qu'elle voulait travailler. Ces situations sont très lourdes et affectent, je le rappelle, des personnes malades, qui veulent continuer à travailler car elles le peuvent encore, qui veulent rester insérées dans la société et qui ne veulent pas être privées de leurs droits pour ces motifs. Nous sommes en accord avec vos propositions et souhaitons continuer à travailler avec vous et faire sortir ce dossier au grand jour.

## La prévention en santé - Examen du rapport d'information

**M. Philippe Mouiller, président.** - Nous allons à présent entendre la communication de Marie-Do Aeschlimann, Marion Canalès et Nadia Sollogoub à l'issue des travaux de la mission d'information qu'elles ont conduite sur la prévention en santé. Nos collègues ont mené un important travail de fond, qui a duré pratiquement un an et a donné lieu à de très nombreuses auditions.

Je vous rappelle que ce travail s'inscrit dans le programme de contrôle de la commission pour la session 2025-2026.

Je laisse la parole aux rapporteurs, dans l'ordre qu'elles souhaiteront, avant d'engager l'échange avec les membres de la commission.

**Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure.** - Alors que nous venons de fêter les 80 ans de la sécurité sociale, ce système solidaire qui nous distingue de bien d'autres pays et qui fait notre fierté, nous faisons le constat que si notre système sait produire du soin, il ne sait pas toujours produire de la santé.

Malgré la croissance très soutenue de nos dépenses de santé, nous constatons aujourd'hui que plusieurs indicateurs se dégradent, ou ne progressent plus : ainsi, en termes de mortalité infantile, la France régresse fortement dans le classement des pays européens et ne se classe plus que vingt-troisième sur 27 ; en parallèle, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans connaît une relative stagnation depuis 2019, et la proportion de Français atteints d'une pathologie chronique explose, jusqu'à concerner près de 4 Français sur 10.

Notre modèle de prise en charge, essentiellement curatif, semble atteindre ses limites, et ce alors même que nous y consacrons toujours plus de moyens. Cet état des lieux, évidemment préoccupant, nous oblige à repenser ce modèle et à interroger la place que nous faisons à la prévention.

La prévention, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit comme l'ensemble des mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », peut constituer une arme de lutte massive contre le fardeau des maladies chroniques dites non transmissibles. Ces maladies, largement imputables à nos modes de vie, polarisent 62 % de nos dépenses d'assurance maladie. Or, nous pourrions les combattre dès le plus jeune âge, et réduire de façon significative leur prévalence.

Le virage préventif, régulièrement annoncé, peine pourtant à se concrétiser, le Gouvernement n'ayant pas su en faire, à date, une ligne directrice de nos politiques de santé.

Il serait pourtant faux de dire que nous ne constatons aucune avancée en la matière. Des progrès sensibles ont été accomplis, ces dernières années, pour installer la prévention dans le paysage sanitaire. Les dernières lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) ont permis l'adoption de nombreuses mesures qui doivent concourir au virage de la prévention : les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, bien sûr ; le dépistage gratuit et sans reste à charge des infections sexuellement transmissibles (IST) pour les moins de 26 ans ; le renforcement du dispositif « M'T Dents » pour la prévention bucco-dentaire chez les jeunes ; les campagnes de vaccination contre le papillomavirus au collège ; la possibilité d'élargir l'obligation de vaccination contre la grippe aux professionnels de santé libéraux, lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026, et l'extension de l'obligation de vaccination contre la rougeole pour les professionnels au contact d'enfants... L'on pourrait également citer les diverses propositions de lois que les parlementaires déposent et qui trouvent parfois un aboutissement positif, à l'instar de la proposition de loi visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, qui vient de nous être rapportée par notre collègue Khalifé Khalifé, ou de la loi sur la profession d'infirmier, qui confère notamment aux infirmières scolaires un statut de spécialité à part entière.

Mais ces mesures s'empilent et se juxtaposent sans relever d'une politique globale et structurée, porteuse d'une vision d'ensemble et incarnant ce qui devrait relever d'un véritable projet politique.

Dans ce contexte, nos travaux ont été guidés par plusieurs préoccupations et interrogations auxquelles nous avons tenté de répondre. Cette carence persistante de nos politiques de santé en matière de prévention est-elle le signe de notre incapacité collective à réformer un système qui s'épuise ? De façon très pragmatique, comment rendre la prévention plus accessible à l'ensemble des Français ? Comment l'inscrire dans notre quotidien et en faire un projet qui soit à la fois politique et citoyen ? Quelles sont les conditions d'un pilotage plus efficient des politiques de prévention en santé, au niveau national et au niveau local, pour renforcer leur ancrage territorial ?

Au terme d'un cycle de plus de trente auditions ayant permis d'entendre près de soixante-dix structures, nous formulons vingt-neuf recommandations relevant de quatre axes : le cadre conceptuel de la politique de prévention et ses orientations générales ; son modèle de financement ; ses ac-

teurs et les conditions de leur mobilisation ; l'offre et les dispositifs de prévention.

Toutes nos recommandations ont vocation à réorienter le système de santé vers un modèle plus préventif, pour incarner ce qui devrait être « la bataille de la décennie » et qui constitue, à n'en pas douter, un défi structurel majeur pour assurer la pérennité de notre système solidaire.

**Mme Nadia Sollogoub, rapporteur.** - Pour commencer, il nous est apparu important de dresser un bilan de la place qui est aujourd'hui accordée à la prévention, et des moyens qui lui sont consacrés. De ce point de vue, nous faisons un double constat : d'une part, notre système de santé, très centré sur le curatif, est source d'inégalités et ne permet pas d'endiguer le développement de pathologies pourtant évitables ; d'autre part, cette situation s'explique par le fait que les politiques de prévention souffrent d'une gouvernance éclatée et lacunaire, qui étouffe l'efficacité de l'action et nuit à sa lisibilité.

La prévention en santé est dotée de moyens. On peut les juger insuffisants ou faibles en comparaison de ceux que nous allouons aux soins, mais nous estimons qu'autour de 20 milliards d'euros sont dépensés chaque année pour des actions de prévention. Ce n'est pas rien.

Je parle d'estimation car, et c'est là l'une des premières sources d'étonnement que nous avons toutes les trois partagée, les dépenses de prévention ne sont pas précisément mesurées, si bien que ces dépenses doivent être reconstituées *a posteriori* grâce à un travail d'agrégation de plusieurs types de dépenses. Ce constat est révélateur de la complexité du travail de définition de la notion de prévention, mais aussi du défaut de priorisation dont celle-ci souffre au sein de nos administrations et chez les responsables politiques.

La dernière évaluation réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) fait état d'un montant de 15 milliards d'euros : elle date de 2018 et s'appuie sur des données de 2016. La prévention dite « institutionnelle », qui recouvre les dépenses de prévention collective et les dépenses de prévention individuelle s'inscrivant dans des programmes définis, est précisément retracée : elle représente 8,7 milliards d'euros annuels. En revanche, la prévention dite « non institutionnelle », qui recouvre toutes les autres dépenses, a été évaluée à 9 milliards d'euros en 2018. Depuis, aucune actualisation de cette estimation n'a été commandée.

Nous considérons qu'il est indispensable de disposer d'une évaluation plus rigoureuse des dépenses de prévention. C'est pourquoi nous recommandons *a minima* de renouveler l'estimation des dépenses de prévention sur la base des données de 2025 et, pour aller plus loin, de construire un indicateur unique et agrégé de dépenses qui permette de les retracer chaque année.

J'ajouterai que les dépenses de prévention institutionnelle n'évoluent en part relative que très modérément à la hausse. Si on les compare aux dépenses de la branche maladie, elles représentaient l'équivalent de 3,3 % des dépenses de la branche en 2025, contre 2,9 % en 2014.

Traitée comme une politique de second rang, la prévention ne permet aujourd'hui ni de freiner la progression des maladies chroniques non transmissibles, ni de lutter efficacement contre les inégalités de santé.

Parmi les dispositifs les plus visibles et les mieux connus dans lesquels s'incarne la politique de prévention, figurent les campagnes de vaccination et les dépistages organisés des cancers. Si ces dispositifs enregistrent certains succès qu'il faut saluer, ils connaissent aussi des insuffisances persistantes que nous ne parvenons pas à corriger.

L'exemple des dépistages organisés des cancers est éclairant : les taux d'adhésion des usagers aux trois dispositifs actuels, qui stagnent depuis plusieurs années, sont très en deçà des recommandations européennes et des performances de plusieurs pays voisins. Le taux de dépistage du cancer colorectal est ainsi passé de 34 % en 2009-2010 à 35,4 % aujourd'hui. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dernier créé, ce taux n'a augmenté que d'un point en l'espace de quatre ans.

D'autres dispositifs mis en oeuvre au cours des dernières années enregistrent des performances très éloignées des objectifs affichés : il en va ainsi des rendez-vous périodiques de prévention, annoncés en grande pompe en 2023, mais dont l'impact est, à ce stade, assez marginal. Sur 21 millions d'assurés éligibles, seuls 60 000 bilans ont été réalisés l'an dernier. Là encore, nous devons nous interroger sur la capacité de ces dispositifs, tels qu'ils sont conçus, à faire adhérer massivement les usagers et les professionnels de santé.

Notons, c'est là l'un des grands enseignements de la mission, que si l'assurance maladie dispose d'une puissance de frappe incomparable pour informer les assurés des actions de prévention, celle-ci ne dispose pas de la proximité nécessaire pour les encourager à y participer et les accompagner, ce qui contribue à expliquer les taux d'adhésion décevants. La gestion du « dernier kilomètre » doit donc figurer aujourd'hui parmi les principales priorités d'action.

**Mme Marion Canalès, rapporteure.** - Par ailleurs, alors que la prévention pourrait constituer un formidable outil de lutte contre les inégalités de santé, le déficit de prévention auprès des publics les plus éloignés du soin tend au contraire à les accentuer.

Deux facteurs y contribuent : d'une part, les déserts médicaux sont aussi des déserts de prévention, puisque la prévention repose pour l'essentiel sur les professionnels de santé ; d'autre part, les personnes les plus vulnérables socio-économiquement sont aussi les plus exposées au tabac, à l'alcool et aux déséquilibres alimentaires, trois facteurs de risques majeurs. Au final, le déficit de prévention entretient, voire accentue, les inégalités d'accès aux soins.

À cet égard, nous émettons plusieurs recommandations visant à diminuer l'exposition des assurés à certains facteurs de risques environnementaux ou comportementaux, notamment l'extension de l'emballage neutre à tous les produits contenant de la nicotine, le renforcement de la fiscalité comportementale, la mise en oeuvre d'un Nutri-Score obligatoire sauf pour les produits bénéficiant d'un label qualité...

Les résultats en demi-teinte de la politique de prévention s'expliquent avant tout par une gouvernance défailante, qui transforme en frein la richesse que devrait constituer l'implication d'une multiplicité d'acteurs.

L'écosystème de la prévention fait en effet intervenir de nombreux acteurs, publics ou privés, qui ont développé des initiatives dans leur champ de spécialité.

L'État, l'assurance maladie et les agences sanitaires demeurent, bien sûr, le triptyque institutionnel structurant de la politique de prévention. L'État définit les grandes orientations de santé publique *via* la stratégie nationale de santé (SNS) et assure, par la direction générale de la santé (DGS), le pilotage d'actions de prévention sur un large spectre allant des dépistages organisés à la lutte contre les addictions, en passant par la santé infantile ou

la santé sexuelle. L'assurance maladie remplit, quant à elle, une triple mission. Elle est d'abord le financeur principal des politiques de prévention pilotées par l'État, avec 3,3 milliards d'euros dépensés en 2023. Elle constitue également la courroie de transmission privilégiée des dispositifs avec le déploiement progressif, quoiqu'encore trop lent, d'actions d'aller-vers. L'assurance maladie se montre, enfin, force de proposition, que ce soit par les recommandations qu'elle formule chaque année ou par la mise en oeuvre de programmes qu'elle initie, tels que la mission « Retrouve ton cap » pour prévenir l'obésité infantile.

Autour de ce noyau institutionnel gravitent de nombreux autres acteurs, désireux de prendre part au « virage préventif ». Les collectivités territoriales investissent plus d'un milliard d'euros par an dans les politiques de prévention, principalement par le biais du financement de la protection maternelle et infantile (PMI), mais aussi en animant des centres de soins à visée préventive et en promouvant des comportements favorables à la santé, notamment par l'aménagement d'espaces pour la pratique sportive.

Les complémentaires santé s'affirment également comme des acteurs majeurs de la prévention, dont les dépenses recensées - environ 200 millions d'euros - apparaissent considérablement sous-estimées. Elles ne se bornent pas à compléter la prise en charge de l'assurance maladie, mais tirent profit de leur proximité avec leurs adhérents pour développer leurs propres actions et opérations de sensibilisation, souvent innovantes. Une complémentaire santé a, par exemple, activé le levier de la « gamification », avec le développement d'une application octroyant des récompenses aux assurés adoptant un comportement favorable à leur santé - il s'agit là d'une initiative très intéressante pour renforcer l'adhésion des assurés aux actions proposées.

Les associations constituent, quant à elles, un relais déterminant pour que la politique de prévention soit l'affaire de tous, y compris des personnes précaires ou éloignées du système de soins. Leur approche, fondée sur la confiance et la proximité, favorise l'adhésion des publics aux actions de sensibilisation et d'accompagnement qu'elles conduisent, notamment dans le champ de la santé mentale et de la lutte contre les addictions.

Citer les contributions de tous les acteurs de la prévention serait excessivement long, mais nous revenons, dans le rapport, sur le rôle des professionnels de santé, des hôpitaux, de l'école, des entreprises ou encore des caisses d'assurance vieillesse.

**Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure.** - Cette diversité pourrait, ou, oserais-je dire, devrait être une source d'efficacité en permettant une complémentarité des approches : l'État apportant une vision stratégique nationale, l'assurance maladie une capacité d'intervention à grande échelle, les collectivités une connaissance fine des territoires, les associations une proximité avec les publics fragiles et les complémentaires santé une capacité d'innovation et d'accompagnement personnalisé précieuse pour la gestion cruciale du « dernier kilomètre ».

Toutefois, la richesse que pourrait constituer cette pluralité d'approches et de formats d'intervention demeure aujourd'hui largement inexploitée, du fait d'une gouvernance excessivement verticale et centralisée. La conception et la définition des politiques de prévention restent en effet concentrées autour du ministère de la santé : les autres ministères y interviennent peu, faisant obstacle au développement d'une approche « une seule santé » (« *One health* »), tandis que les autres acteurs de prévention n'y sont, dans les faits, pratiquement pas associés.

Par conséquent, chaque acteur travaille en silo : au lieu de se compléter, les initiatives se juxtaposent, voire se superposent, au risque de détériorer la lisibilité des actions proposées, voire de saper la confiance dans la politique conduite. Lorsque l'on propose, par manque de coordination, à un assuré déjà malade un dépistage pour la pathologie dont il souffre, c'est toute la crédibilité de la politique de prévention qui en pâtit...

Les modalités actuelles de gouvernance ne permettent pas de valoriser les retours de terrain et limitent la diffusion des expérimentations locales pourtant prometteuses : faute de cadre de concertation, l'État et l'assurance maladie ne peuvent enrichir les dispositifs qu'ils portent en s'inspirant des résultats concluants de programmes portés par d'autres acteurs.

Plus préoccupant encore, la gouvernance ne garantit aujourd'hui plus l'ambition des politiques menées : alors que l'on reste, mi-2026, toujours en attente de la publication de la SNS 2023-2033, la prévention se voit dépourvue de priorités claires, et les mesures présentées par le Gouvernement, PLFSS après PLFSS, s'apparentent davantage à des rustines qu'à un corpus de mesures cohérentes traduisant une vision stratégique établie. Cela laisse à penser que l'État et l'assurance maladie ne sont plus en mesure, financièrement mais aussi idéologiquement, de porter seuls la politique de prévention.

**Mme Marion Canalès, rapporteure.** - Face à ces constats, nous avons souhaité orienter nos travaux sur deux grandes thématiques d'action, pour formuler des recommandations concrètes : la première propose différents leviers pour renforcer l'accessibilité des dispositifs de prévention, améliorer les taux de participation et, ainsi, lutter contre les inégalités de santé ; la seconde définit les conditions d'une gouvernance rénovée des politiques de prévention, dans un souci d'efficacité et de soutenabilité des dépenses.

Intéressons-nous d'abord aux conditions d'une accessibilité renforcée de la prévention.

De façon générale, le constat qui s'impose est que les dispositifs de prévention à vocation universelle présentent des limites bien identifiées : manque d'adhésion des usagers, absence de ciblage des populations les plus à risque... Au final, ces programmes présentent une matrice coût-bénéfice insuffisante. En réponse à cet écueil, auquel sont malheureusement confrontés nombre de dispositifs, plusieurs leviers peuvent être mobilisés.

Le concept d'universalisme proportionné propose de recourir à une approche modulée selon les publics visés, pour améliorer la participation des usagers et optimiser les moyens consacrés aux actions de prévention. Il s'incarne notamment dans les actions d'aller vers, dont la mise en oeuvre nécessite le recours à des acteurs de proximité formés, et une continuité d'action dans le temps long. L'accompagnement personnalisé et de proximité a en effet démontré des résultats probants dans de nombreux programmes. Néanmoins, l'aller vers est une démarche coûteuse, compte tenu des ressources humaines et du temps qu'elle mobilise, ce qui justifie qu'elle soit ciblée et régulièrement évaluée. Sous ces réserves, nous préconisons donc un recours plus systématique à cette démarche, en associant d'autres acteurs que l'assurance maladie - nous y reviendrons. Il nous semble également que les dispositifs de prévention, ponctuels et fragmentés, devraient être articulés dans le cadre d'un parcours de prévention global et personnalisé, permettant de suivre et d'accompagner les usagers tout au long de leur vie. Ainsi, les rendez-vous de prévention ne devraient pas consister en un épisode ponctuel déconnecté de tout parcours de suivi ; l'objectif est de retisser un contact avec les usagers et d'entretenir le lien tout au long de la vie. Sans suivi, un simple rendez-vous ne saurait avoir d'impact bénéfique significatif.

Favoriser la participation des usagers suppose aussi de savoir susciter l'adhésion. Cela passe par l'incarnation des discours, par la déstigmatisation des pathologies, par la réitération des messages et la valorisation d'une culture positive de la prévention. À cet égard, nous tenons à partager notre

réelle préoccupation quant au projet de recentralisation des campagnes de communication en santé publique par le ministère de la santé, au détriment de Santé publique France. Ces dernières années, l'annulation de plusieurs campagnes sur la consommation nocive d'alcool, préparées en toute indépendance par cette agence experte, soulève en effet des inquiétudes légitimes. Et je tiens, à titre personnel, à m'étonner de la faiblesse actuelle des campagnes de prévention contre l'addiction aux jeux, alors que nous sommes en pleine période de coupe du monde de football...

Par ailleurs, la mobilisation des usagers les plus rétifs ou les moins convaincus par les actions de prévention nous semble devoir passer par une meilleure prise en compte des spécificités culturelles et sociales des publics destinataires. Intégrer cette dimension culturelle dans la conception des dispositifs et dans les modalités de leur mise en oeuvre, en s'appuyant sur des acteurs locaux, permettrait de bâtir des stratégies d'action plus performantes. Il est essentiel, dans ce cadre, de pouvoir s'appuyer sur des médiateurs en santé, qui jouent le rôle d'ambassadeurs de la prévention, ainsi que sur le savoir-faire des associations. Leur mission de proximité, la plasticité de leurs modes d'intervention et la personnalisation de leurs actions permettent de relayer les dispositifs de prévention auprès des publics les plus difficiles à atteindre ou à convaincre, contribuant ainsi à assurer le « dernier kilomètre » de l'action publique que les autorités de santé et les acteurs institutionnels peinent à prendre en charge. Leur action doit être soutenue.

**Mme Nadia Sollogoub, rapporteur.** - Un autre levier d'action essentiel pour renforcer la mobilisation des usagers sur les enjeux de prévention nous semble être le recours au numérique en santé et, plus largement, le soutien à des programmes expérimentaux innovants.

J'évoquerai en priorité les données de santé, au coeur de la révolution du numérique en santé, qui pourraient substantiellement renforcer la portée et l'efficacité des actions de prévention. Les possibilités qu'elles offrent sont nombreuses. D'abord, ces données peuvent permettre une véritable personnalisation de nos stratégies de prévention. Demain, le dépistage du cancer du sein pourrait reposer sur l'évaluation d'un niveau de risque individuel, qui déterminerait pour chaque femme le type et la fréquence des examens de dépistage proposés. Il y a là un champ d'étude essentiel dont nous devons nous saisir. La prévention algorithmique est une autre application possible des données de santé qui, exploitées en quantité et croisées à des algorithmes sophistiqués, permettent de définir des traitements préventifs adaptés à la situation de chaque personne, tenant compte des habitudes de vie, des antécédents médicaux et de l'existence de mutations génétiques.

À ce sujet, nous nous sommes beaucoup interrogées sur l'opportunité de permettre aux complémentaires santé d'exploiter des données de santé à des fins de prévention. Il est certain qu'une telle éventualité offrirait des perspectives prometteuses pour permettre aux mutuelles de proposer à leurs adhérents des offres préventives mieux ciblées, mieux calibrées, et donc plus efficaces. Pour autant, s'il est déjà proscrit aux complémentaires santé de moduler leurs tarifs en fonction de l'état de santé du patient dans le cadre, très majoritaire, du contrat solidaire, nous n'ignorons pas le risque d'un détournement plus diffus avec une sélection indirecte. Par conséquent, la prudence commande d'écarter une ouverture non modulée de la possibilité, pour les complémentaires santé, d'exploiter des données à des fins préventives. Nous recommandons donc d'expérimenter, dans un premier temps, l'exploitation par ces organismes des seules données de santé non sensibles, à des fins exclusives de prévention ciblée - et non personnalisée. Ce dispositif devrait naturellement être assorti de mécanismes robustes de sécurisation et de contrôle.

Enfin, nous partageons la conviction que Mon espace santé peut constituer un outil essentiel au service de la prévention. Nous en sommes encore loin, et pour cause : moins de la moitié des assurés dispose aujourd'hui d'un compte activé, et les messages de prévention relayés sur Mon espace santé sont peu personnalisés, puisqu'ils ne prennent en compte ni les antécédents de soins d'une personne ni son territoire de résidence. Nous ne nous satisfaisons évidemment pas de cette trop lente montée en charge de l'outil. Le développement des fonctionnalités de Mon espace santé et la démocratisation de son usage doivent constituer des priorités : c'est à cette condition que nous pourrions en faire un véritable carnet de prévention numérique, proposant un suivi individualisé des comportements de santé, et diffusant des informations et des conseils de prévention ciblés. Nous proposons d'ailleurs que Mon espace santé permette de diffuser les actions de terrain portées par les collectivités territoriales, les associations et les organismes complémentaires d'assurance maladie, qui seraient adressées aux assurés en fonction de leur territoire de résidence.

S'agissant des programmes expérimentaux innovants, je dirai simplement un mot de la dynamique très positive des expérimentations de l'article 51, dont les deux tiers environ intègrent une approche de prévention. Elle témoigne de la capacité d'initiative des acteurs pour développer la prévention en santé, et du caractère mobilisateur qu'elle revêt pour les équipes de professionnels de santé. Je pense, par exemple, au programme Icope de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, récemment généralisé.

**Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure.** - Dans ce premier axe de travail pour améliorer l'accessibilité de la prévention, nous avons évoqué une diversité de leviers devant permettre de renforcer la mobilisation et susciter leur adhésion. L'autre axe, au moins aussi essentiel, consiste à démultiplier les relais de prévention, c'est-à-dire non seulement les espaces mais aussi les opérateurs de prévention.

Face à la diversité des enjeux de prévention, l'objectif commun vers lequel nous devons tendre est de parvenir à construire une culture globale de la prévention. Réussir le virage de la prévention, c'est ainsi l'inscrire au coeur d'un projet social et citoyen. Cela suppose d'être en capacité de mobiliser tous les usagers et tous les opérateurs de prévention dans des lieux de vie du quotidien. Ces lieux incluent l'école, les entreprises, mais aussi des tiers-lieux ouverts sur la ville et les établissements de santé. Les opérateurs recouvrent les professionnels de santé, les services de PMI et de santé scolaire, qui requièrent selon nous une attention prioritaire, mais aussi de nouveaux acteurs, en particulier les médiateurs en santé, profession que nous proposons de doter d'un statut de niveau législatif pour parachever leur reconnaissance et soutenir la mise en oeuvre des actions d'aller vers.

Il n'est pas possible ici d'entrer dans le détail de tous nos constats ni de toutes nos préconisations. Je m'arrêterai donc seulement sur l'école, la santé scolaire et les services de PMI, puis sur les structures de santé.

La promotion de la santé fait partie des missions dévolues à l'éducation nationale, mais elle n'est en réalité que très peu assumée. D'une part, les enseignements qui lui correspondent ne sont pas toujours dispensés : un quart des établissements indique, par exemple, n'avoir jamais mis en oeuvre l'éducation à la vie sexuelle et affective. D'autre part, les services de santé scolaire ne parviennent pas à assurer toutes les missions qui leur sont confiées : pour preuve, 20 % des élèves seulement bénéficient de la visite médicale de la sixième année.

La santé scolaire, comme les services de protection maternelle et infantile pilotés par les départements, est aujourd'hui en état de grande fragilité. Alors que ces services devraient constituer des vecteurs prioritaires de la prévention, les annonces faites par le Gouvernement lors des Assises de la santé scolaire ne suffiront pas à redresser la situation. Les services de PMI, eux aussi, ont vu leurs missions s'accumuler au détriment de la prévention et leurs effectifs diminuer. L'école ne peut pas tout, mais nous considérons qu'elle a un rôle essentiel à jouer pour atteindre l'objectif d'une génération « prévention » à l'horizon de 2040, que nous proposons de nous fixer. Il faut, pour cela, investir dans la promotion de la santé dès le premier degré d'enseignement, en sanctuarisant des temps de prévention au cours de l'année scolaire. Il est aussi indispensable de définir les conditions

d'une attractivité véritablement renforcée des métiers de la santé scolaire et de la protection maternelle et infantile : la création d'une spécialité infirmière autonome pour les infirmiers du corps de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur y participera.

Les établissements de santé, qui accueillent environ 13 millions de personnes en hospitalisation et près de 14 millions aux urgences, bénéficient d'atouts importants pour porter des actions de prévention. Quoiqu'essentiellement positionnés sur le curatif, ils développent déjà de telles actions, mais leur contribution à une stratégie de prévention plus large pourrait être davantage soutenue et valorisée. Ainsi, la démarche du « *make every contact count* », déjà déployée au Royaume-Uni, propose de mettre à profit toutes les opportunités de rencontre de l'utilisateur pour sensibiliser, détecter et, si besoin, orienter vers un parcours de soins. Une telle démarche, dont les résultats probants ont été démontrés, participerait à ancrer une culture de la prévention au cœur des espaces du soin, modifiant ainsi l'approche des professionnels de santé mais aussi les habitudes des usagers. Les structures d'exercice coordonné, elles aussi, présentent un potentiel indéniable pour construire des parcours de prévention territorialisés, au plus près des usagers, en formant une passerelle entre la prévention et le soin.

Enfin, nous nous sommes attelées à proposer des clés pour rénover la gouvernance des politiques de prévention. Il s'agit là d'un impératif d'efficacité et de soutenabilité de nos dépenses.

La première clé est d'inscrire un Ségur de la prévention à l'agenda politique. Il nous faut sortir de la situation paradoxale dans laquelle nous sommes plongés : alors que tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de réorienter durablement notre système de santé vers la prévention, il est incompréhensible que le principal document de pilotage stratégique censé fixer ce cap, la SNS, fasse toujours défaut. La publication rapide d'une SNS structurée autour des enjeux de prévention et hiérarchisant les priorités d'action est donc indispensable. Celle-ci doit être le point de départ, et non l'aboutissement, d'une refondation plus ambitieuse de la politique en matière de prévention, marquée par une nouvelle grande loi de santé publique, sur le modèle de celle de 2004, permettant de définir des orientations pluriannuelles.

**Mme Nadia Sollogoub, rapporteur.** - En matière de gouvernance, nous souhaitons faire de la prévention l'affaire de tous plutôt que l'affaire de chacun. Pour valoriser les apports de l'ensemble des acteurs de la prévention, il est indispensable de leur réserver une place dans la gouvernance, en suivant une approche hiérarchisée autour de grandes priorités, ascendante, partenariale, spécialisée et centrée sur la gestion du « dernier kilomètre ».

Pour cela, nous proposons de former une coalition des opérateurs de prévention, rassemblant l'assurance maladie et l'État, mais aussi les complémentaires santé, des représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé, voire d'autres acteurs comme la branche autonomie et les caisses de retraite obligatoire et complémentaire.

Cette coalition, conçue comme une instance de dialogue et non comme une agence, se verrait confier trois missions. Assistée par des autorités scientifiques, il lui reviendrait de participer à la construction des priorités nationales en matière de prévention, d'élaborer les actions et de définir leur mode de financement. Elle serait également chargée de concevoir les modalités de déclinaison opérationnelle des priorités identifiées, en désignant des « chefs de file » thématiques et en faisant de la réflexion sur la gestion du « dernier kilomètre » une priorité. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et la DGS assureraient la gestion opérationnelle et la coordination entre les différents chefs de file. Enfin, la coalition des opérateurs de prévention serait chargée de procéder à l'évaluation *in itinere* et *ex post* des politiques conduites, afin de les faire évoluer sur la base des retours de terrain et des bonnes pratiques remontées par les acteurs.

Au-delà de cela, nous nous sommes particulièrement attachées à penser la place des complémentaires santé dans l'écosystème préventif. Leur implication constitue un levier stratégique d'ampleur : outre les moyens complémentaires qu'elles peuvent mobiliser au service d'une ambition préventive renouvelée, les complémentaires santé peuvent mettre à contribution leur proximité avec leurs adhérents pour déployer des actions ciblées et amener les assurés à participer effectivement aux actions proposées. Volontaires et engagées dans le virage préventif, leurs initiatives sont toutefois bridées par l'absence de reconnaissance législative de leur rôle en matière de prévention, que nous proposons de pallier, ainsi que par une catégorisation impropre de certaines de leurs dépenses de prévention comme des frais de gestion, à laquelle il appartient au Gouvernement de mettre fin. Dans le prolongement logique des nouvelles responsabilités qui leur seraient reconnues, nous souhaiterions qu'elles renforcent leur investissement en matière de prévention, en y consacrant a minima 2 % des primes qu'elles collectent.

**Mme Marion Canalès, rapporteure.** - La gouvernance de la politique de prévention doit être consolidée à l'échelle territoriale.

D'une part, il convient de renforcer l'action des collectivités, toutes compétentes à des degrés divers pour intervenir dans le champ sanitaire, et faire de l'approche « une seule santé » un marqueur clair de leur engagement. Le large éventail de leviers dont elles disposent pour agir sur les principaux déterminants de santé - restauration scolaire, aménagement urbain, logement, mobilité - leur confère une place privilégiée pour promouvoir une approche globale et intégrée de la santé, au plus près des réalités territoriales et des besoins des populations.

D'autre part, il est nécessaire de renforcer l'articulation de l'action des collectivités avec celle des agences régionales de santé (ARS), afin de prévenir l'émiettement de l'action publique et la dispersion des moyens, notamment dans le champ de la santé mentale. Pour cela, le plus efficace serait de s'appuyer sur des outils existants ayant déjà fait la preuve de leur utilité : les contrats locaux de santé (CLS) et les contrats locaux de santé mentale (CLSM). Il importe désormais de soutenir et de renforcer leur développement. Rappelons que la dynamique des CLS est récente, parfois encore fragile, et que les CLSM ne couvrent pas encore suffisamment les territoires ruraux.

Nous proposons, enfin, une refonte en profondeur des modalités de financement des actions de prévention, aujourd'hui illisibles pour les assurés, peu incitatives pour les professionnels de santé, et insécurisantes pour les porteurs de projets.

D'abord, la politique de solvabilisation des dépenses de prévention pour les assurés échappe à toute doctrine. La prévention poursuivant par essence un objectif universel, la loi offre une prise en charge intégrale pour certains actes, comme les rendez-vous de prévention ou les trois dépistages nationaux de cancer. Ce régime dérogatoire ne s'applique toutefois pas à toutes les actions de prévention, sans qu'une quelconque logique ait semblé présider à ces choix : ainsi, alors que certains vaccins recommandés, comme celui contre la grippe saisonnière, sont remboursés à 100 % par la sécurité sociale, un ticket modérateur frappe le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, pourtant obligatoire. De surcroît, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie ne prémunit pas l'assuré contre tout reste à charge, puisqu'il reste redevable des franchises et participations forfaitaires. Il en résulte une politique illisible : l'assuré n'est jamais en mesure de savoir à l'avance s'il aura à supporter un reste à charge.

Par conséquent, l'effort financier consenti par l'assurance maladie pour rendre la prévention accessible au plus grand nombre apparaît aujourd'hui inefficace.

Pour y répondre, nous proposons de consacrer une doctrine de « reste à charge perçu zéro » pour la prévention. L'enjeu est d'internaliser la complexité du financement et de garantir au patient qu'il n'aura pas à financer une action de prévention à laquelle il est éligible, quelle que soit sa nature ou l'identité des financeurs. Sans nécessiter une généralisation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie, cela suppose que l'ensemble des actions de prévention non prises en charge intégralement fassent l'objet d'une solvabilisation complète par l'assurance maladie complémentaire, sans avance de frais. Il s'agit, pour les actions cofinancées, de généraliser le modèle introduit avec la réforme du dispositif « M'T Dents » : un modèle vertueux, qui permet de renforcer l'envergure des actions conduites à coût constant pour l'assurance maladie, tout en prémunissant tous les assurés contre le risque de reste à charge, y compris ceux dépourvus de complémentaire santé.

Pour aboutir à ce « reste à charge perçu zéro », la mission recommande également d'écarter l'application des participations forfaitaires et des franchises aux actes relevant de la prévention : appliquer ces forfaits de responsabilité à des actes qui relèvent par essence d'une démarche individuelle et collective de responsabilité sanitaire tient de l'incongruité.

**Mme Nadia Sollogoub, rapporteur.** - Les modalités de financement ne sont guère plus vertueuses pour les porteurs d'initiatives, qui demeurent largement dépendants d'appels à projets souvent annuels, nécessitant un investissement administratif important et laissant planer une incertitude constante sur la reconduction des financements.

Une telle approche favorise le saupoudrage des crédits et s'avère peu adaptée à la prévention, dont les effets ne se mesurent qu'à moyen ou long terme et dont l'efficacité suppose la stabilité des équipes, des dispositifs et des partenariats territoriaux. Il convient donc de réformer ce modèle, pour privilégier une logique d'investissement durable, articulée autour d'appels à projets pluriannuels et de modalités de financement adaptées aux actions qui ont fait la preuve de leur efficacité - aujourd'hui parfois interrompues faute de financement.

Enfin, le virage préventif suppose une évolution profonde des modes de rémunération des professionnels de santé. Conçu pour rémunérer une intervention ponctuelle, identifiable et immédiatement quantifiable, le paiement à l'acte valorise prioritairement les soins curatifs, au détriment d'actions de prévention dont les effets sont souvent diffus, différés et collectifs.

Il convient donc de renforcer les modes de rémunération alternatifs déjà introduits pour les médecins libéraux, à l'image du forfait médecin traitant, et de les étendre à d'autres catégories de professionnels de santé. Il serait également opportun d'engager une évolution vers un financement forfaitaire au parcours, permettant une valorisation globale d'actions inscrites dans la durée, dans les établissements de santé comme dans les structures d'exercice coordonné. Nous accueillons, à cet égard, très favorablement une expérimentation actuellement déployée dans certaines maisons de santé volontaires, consistant à substituer au paiement à l'acte de médecine générale un forfait de prise en charge déterminé en fonction des caractéristiques des patients et du territoire.

**Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure.** - Notre rapport aborde encore de nombreux autres enjeux que nous n'avons pas pu développer ici, mais qui nous semblent néanmoins essentiels : les stratégies de lutte contre la désinformation en santé, l'importance d'améliorer la littératie en santé - capacité de chacun à intégrer un message de prévention pour en tirer un bénéfice individuel -, ou encore le rôle de la confiance dans l'adhésion aux actions de prévention. Signalons à cet égard que l'adhésion à la vaccination était en baisse en 2024. Nous vous invitons donc à lire avec attention l'ensemble du contenu du rapport.

En définitive, nos travaux montrent que la France ne manque ni d'acteurs engagés ni d'initiatives en matière de prévention. L'enjeu réside désormais dans notre capacité collective à dépasser la dispersion actuelle pour bâtir une stratégie de prévention plus lisible, plus coordonnée et pleinement inscrite dans le temps long.

Le virage préventif ne sera accompli que lorsque nous serons parvenus à mobiliser les assurés pour en faire des acteurs de leur santé, et à pleinement intégrer la prévention à chaque étape du parcours de vie. Il faudra aussi que les modalités de financement des actions de prévention garantissent l'adhésion des assurés, l'implication des professionnels et la pérennité des projets portés. Enfin, il faudra que les relais de prévention aient été démultipliés et coordonnés dans le cadre d'une gouvernance rénovée, ouverte, partenariale et ascendante.

C'est cette transformation profonde de notre modèle de santé que les propositions de ce rapport entendent engager.

**M. Philippe Mouiller, président.** - Merci pour ce travail considérable. Je retiens surtout votre conclusion sur la nécessité d'une stratégie coordonnée et pilotée. C'est un point essentiel.

**Mme Florence Lassarade.** - Merci aux rapporteurs pour la qualité de leur présentation, très détaillée.

Je crains néanmoins que vous n'ayez occulté la prévention primaire chez l'enfant. On observe une hausse exponentielle des cancers chez les jeunes, probablement liée au fait que l'alimentation industrielle prend le pas sur l'alimentation faite maison. La sédentarité, qui commence très tôt dans la vie, me semble également avoir été oubliée. Il y a certes les écrans, mais on supporte aussi de moins en moins que les enfants bougent et on ne les y incite plus. Cette question du tout début de la vie n'est pas réellement évoquée, mais peut-être est-ce dû au fait que l'on s'habitue à voir disparaître les pédiatres, qui sont acteurs de la prévention...

Je suis en revanche tout à fait d'accord avec vous sur l'implication des kinésithérapeutes dans les examens de santé : on peut faire beaucoup d'économies de santé en s'appuyant sur ces acteurs de terrain, disponibles et nombreux.

Une partie des Français n'adhère ni à la vaccination ni au dépistage. Chaque année, Octobre rose, qui mobilise toujours les mêmes acteurs sans jamais toucher les femmes qui en auraient le plus besoin, est un rendez-vous manqué.

J'ai assisté récemment à une journée de prévention organisée par une communauté de communes, où le président local de la fédération de cardiologie a eu le malheur d'évoquer l'émancipation des femmes et la question du tabac : la députée lui a reproché une cardiologie « à la papa » et l'a sommé de sortir du patriarcat... Cela pose la question de savoir si l'on est prêt à entendre certaines choses pourtant simples !

**Mme Corinne Imbert.** - Merci à nos trois collègues pour la qualité de leur rapport. Je partage les conclusions que Marie-Do Aeschlimann : nous ne partons pas de rien, les actions sont dispersées, et nous avons besoin d'une stratégie plus visible pour nos concitoyens. Mais n'oublions pas que la prévention relève aussi de la responsabilité individuelle.

La Mutualité sociale agricole (MSA), notamment dans mon département de Charente-Maritime, avait conduit une action « Bien manger, bien bouger »

dans les écoles élémentaires. C'est une initiative qui mériterait d'être encouragée.

Les bilans de prévention ne se développent pas, notamment faute de temps pour les professionnels de santé. On leur a confié de nouvelles compétences, or ils ne peuvent pas être partout ! Je suis bien sûr favorable à ce que les kinésithérapeutes soient associés à ces bilans, j'avais d'ailleurs réclamé cette évolution lors de l'institution de ce dispositif.

La PMI et la santé scolaire doivent aussi participer à la prévention. Au conseil départemental de la Charente-Maritime, les bilans sensoriels pour les élèves de quatre ans en maternelle donnent de très bons résultats, mais ils supposent des ressources humaines. Donc vigilance sur les moyens des départements !

Et je n'oublie pas le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Je le redis : nous avons besoin d'une vraie loi de prévention en santé, pluriannuelle, avec des objectifs et des moyens.

**Mme Annie Le Houerou.** - Comme Corinne Imbert, une loi de programmation pluriannuelle de santé me semble clé. Le rapport détaille-t-il ce point ?

Thomas Fatôme, directeur général de la Cnam, dénonçait en matière de prévention un budget moins volontariste que le discours : en 2022, la France a consacré 3,9 % de ses dépenses de santé à la prévention, contre près de 8 % au Royaume-Uni et en Allemagne, et 5,5 % en moyenne en Europe.

Or, comme vous l'avez souligné, ces dépenses de prévention ne sont pas mesurées. Sommes-nous capables, dans le cadre d'une loi pluriannuelle de santé, d'individualiser ces dépenses ? Cela permettrait de démontrer l'ampleur des économies possibles. En effet, d'après l'économiste Nicolas Bouzou, si la France s'alignait sur les meilleures pratiques de prévention de l'OCDE, nous ferions 17 milliards d'euros d'économies par an sur les maladies chroniques, et 6,5 millions de cas seraient évités. Alors que notre système curatif tourne en rond...

Prenons l'exemple du dépistage du cancer du sein : les campagnes de prévention sont plutôt bien faites, mais alors que l'on est pris en charge dans la journée à Gustave Roussy, chez nous, il faut attendre plus d'un an pour avoir un rendez-vous, faute de professionnels de santé et de structures d'accueil. D'où une prise en charge tardive - avec, au-delà de la mise en danger des personnes concernées, des coûts en santé non négligeables.

Quel est votre avis sur l'individualisation d'un budget prévention dans une loi pluriannuelle de santé ?

**M. Alain Milon.** - Merci à nos trois mousquetaires, parties à la recherche des ferrets de la reine. La gouvernance de la prévention est disséminée un peu partout : difficile de s'y retrouver !

Il existe au moins deux types de prévention : celle qui empêche les maladies d'arriver - la plus importante - et celle qui les prédit, avec l'intelligence artificielle notamment.

Les maladies qui arrivent sont liées, notamment, à l'alimentation. N'avons-nous pas intérêt à mettre en place des lois sur l'alimentation, à l'image de ce que la loi Évin a fait pour le tabac ? Lors des retransmissions télévisées des matchs de football, les publicités pour les aliments industriels et pour les chaînes de restauration rapide sont nombreuses ! Il convient de faire de la prévention en milieu scolaire, or la médecine scolaire est malade... Mais ne faudrait-il pas aussi interdire certains types de publicité à certaines heures de la journée ? Le Nutri-score est une bonne chose, encore faut-il que le consommateur comprenne ce qu'il signifie.

Il y a aussi l'alcool, le tabac, et désormais le vapotage qui, dans quelques années, risque d'entraîner lui aussi des maladies chez ceux qui l'ont pratiqué jeunes...

Rappelons que le Conseil national de la Résistance (CNR), en créant l'assurance maladie, visait à soigner les maladies de l'époque. La prévention de l'époque, c'était la vaccination - contre la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, etc. Avec Ma Santé 2022, Agnès Buzyn a rendu treize vaccins obligatoires chez le nourrisson. Mais pourquoi la vaccination contre le papillomavirus n'est-elle pas obligatoire ? Pour des raisons financières ?

N'ayons pas peur des obligations et des interdictions, même si cela peut faire un peu autoritaire : de temps en temps, cela ne fait pas de mal. *(Sourires)*

**Mme Frédérique Puissat.** - Merci à nos rapporteurs. J'interviens pour le compte de Pascale Gruny qui avait conduit en 2021 une mission pour renforcer la prévention en santé au travail - un champ que vous n'avez pas évoqué dans votre intervention, le sujet étant déjà bien assez vaste. Le lieu de travail constitue pourtant une opportunité à développer pour la gestion du « dernier kilomètre » qui facilite l'accès à des outils de prévention.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) est devenu, au fil des réglementations, une véritable usine à gaz que plus personne ne met en oeuvre, alors que l'intention de départ était préventive. Plutôt que d'inventer de nouveaux outils, mieux vaudrait simplifier l'existant.

Chaque année, nous délestons la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) d'environ un milliard d'euros - un montant qui croît d'année en année -, alors qu'elle finance des outils de prévention dans les entreprises. En ponctionnant cette branche au motif d'une sous-déclaration, nous nous privons aussi d'outils de prévention.

Pourquoi ne pas intégrer la médecine du travail dans votre coalition des opérateurs ?

**Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure.** - Oui, la prévention à l'école et dans la petite enfance est cardinale, puisque tout commence là. Vous trouverez dans le rapport des développements sur la PMI, les départements, l'école, etc. Nous soutenons à ce titre la démarche des écoles promotrices de santé, et nous préconisons de mutualiser les actions de prévention à l'école - notamment sur la santé sexuelle, le sport santé et l'alimentation. Nous réfléchissons même à intégrer un temps de prévention dans le temps scolaire.

Corinne Imbert a évoqué la faiblesse des taux de réalisation des rendez-vous de prévention. Dans le rapport, nous les mettons en regard des moyens importants consacrés par l'assurance maladie aux campagnes de communication. Nous attribuons également cette difficulté à l'insuffisance de la rémunération de ces bilans, par rapport aux consultations classiques.

Nous devons travailler sur la rémunération de la prévention, car elle prend du temps, qui doit être comptabilisé, et sans doute rémunéré, malgré la contrainte de l'équilibre des comptes sociaux. Il faut aussi revaloriser les actes de prévention effectués par les professionnels de santé.

Enfin, il faut agir sur le « dernier kilomètre », à l'école, dans les associations, etc. Nous proposons de créer des médiateurs de prévention en santé, pour faciliter l'adhésion des publics les plus vulnérables et les plus éloignés du soin.

**Mme Marion Canalès, rapporteure.** - Nous aurions dû d'emblée préciser que ce rapport, dont le champ est déjà très vaste, ne traite ni de prévention des risques professionnels - même si la prévention en santé sur le lieu de travail est traitée, notamment avec la recommandation n° 21 du rapport - ni de santé environnementale - même si le concept « une seule santé » s'impose à nous.

Monsieur Milon, plusieurs de nos recommandations portent sur l'alimentation, l'alcool et le tabac, qui prolongent les conclusions du rapport d'Élisabeth Doineau et de Cathy Apourceau-Poly et l'ambition de la loi Gattolin sur le marketing alimentaire. Sur les drogues, j'ai notamment inséré un encart sur le volet prévention qui devait constituer l'acte II de la loi Narcotrafic.

La loi Évin, qui interdit la publicité pour le tabac, s'applique au cinéma et à la télévision, mais les jeunes sont aujourd'hui sur les réseaux. Alors que les coûts sociaux de la consommation de tabac et d'alcool dépassent les 100 milliards d'euros, nos grandes lois de prévention doivent s'adapter à ces nouveaux supports, *via* notamment les influenceurs, pour certains vecteurs de désinformation, mais qui pourraient devenir, pour d'autres, de véritables relais de prévention.

**Mme Nadia Sollogoub, rapporteur.** - Madame Lassarade, nous n'avons pas omis la prévention primaire à l'école : voyez nos recommandations n<sup>os</sup> 4, 6 et 17. Malheureusement, en l'absence d'une grande loi fixant une stratégie précise, tout ce qui est fait perd en lisibilité.

Madame Le Houerou, je rejoins votre constat : les inégalités d'accès aux soins amplifient les difficultés d'accès à la prévention, d'où l'intérêt, à nouveau, d'une grande loi.

Les actions de prévention institutionnelle peuvent être chiffrées ; mais pour les autres, le chiffrage, difficile, intervient *a posteriori*. Nous manquons aussi d'indicateurs de résultats - c'est l'une des recommandations du rapport.

Monsieur Milon, la désinformation en santé contrecarre l'information vertueuse, en particulier sur les réseaux.

**Mme Brigitte Bourguignon.** - Merci pour ce rapport très dense.

La prévention demande d'abord du courage politique - il en a fallu à Claude Évin et à Agnès Buzyn pour imposer des mesures impopulaires. Elle demande aussi de changer notre regard : la prévention doit être présentée comme un investissement social.

Vous avez soulevé le problème de la méthode : les appels à projets sont de vastes opérations administratives, chronophages, sans visibilité dans le temps faute de pluriannualité. Votre proposition de gouvernance par une coalition des opérateurs de prévention est bienvenue.

Ministre déléguée chargée de l'autonomie, j'avais établi un plan anti-chute ; or il se heurte, encore aujourd'hui, aux deux mêmes obstacles que vous décrivez : la nécessité de passer par des appels à projets, et un fonctionnement en silo, dénoncé tant par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) que par les départements.

Comment la politique de prévention britannique est-elle financée ? Qui en est le principal acteur ? On sait que les Britanniques n'ont pas la meilleure couverture santé...

On reproche aux messages de prévention soit d'infantiliser les Français, soit de ne pas les avoir suffisamment prévenus... Il faut trouver le juste milieu.

**M. Olivier Henno.** - Merci à nos rapporteurs.

Comme dans nombre de nos politiques publiques, nous avons du mal à fixer des priorités. Or la prévention doit devenir LA priorité. Nous en sommes loin, d'où l'intérêt d'une grande loi, d'autant que le manque de prévention engendre de fortes inégalités sociales et territoriales.

L'interdiction est parfois nécessaire. Lorsque Xavier Bertrand a décidé d'interdire de fumer dans certains lieux publics, mon père, fumeur, était furieux, au nom de la liberté - c'était assez théâtral. Mais cela a fonctionné et personne, pas même les fumeurs, ne songerait à revenir en arrière. Il faut donc, parfois, passer par l'interdiction ; mais évitons toute moralisation qui, suscitant crispations et rejets, en devient contre-productive.

Mieux vaut inciter. Je suis favorable à l'idée d'une prise en charge bonifiée pour les patients. Mais ne pourrait-on pas aussi envisager une forme de bonus ou de bonification pour les professionnels de santé, comme certaines mutuelles belges le pratiquent ?

**Mme Céline Brulin.** - Merci à nos trois rapporteurs de s'être emparées de ce sujet et de l'avoir creusé de la sorte.

Il apparaît clairement que l'on a besoin d'un changement de paradigme : la tarification à l'acte ne peut plus rester le seul mode de financement ; certains acteurs déterminants, comme la santé scolaire, ont été excessivement fragilisés ; les contraintes d'équilibre de nos comptes sociaux nous empêchent d'investir pour récolter, plus tard, des bénéfices pour le système de santé. Comment amorcer le mouvement ?

Madame Imbert, je suis en désaccord avec vous - cela nous arrive. La prévention a une dimension individuelle, bien sûr, mais elle a aussi une forte dimension sociale. Les catégories sociales les plus touchées par certains maux sont précisément celles qui sont les moins réceptives à la prévention telle qu'elle existe. Je rejoins Olivier Henno sur la moralisation : réfléchissons à la façon dont nous passons nos messages de prévention.

La parole publique n'est plus aussi crédible qu'auparavant - je le regrette. À l'inverse, des mobilisations populaires comme Octobre rose montrent que certains leviers sont efficaces.

Je vous rejoins sur le rôle des complémentaires santé en matière de prévention. L'assurance maladie obligatoire doit mieux rembourser, pour que les complémentaires se concentrent sur la prévention. Un bémol toutefois : le secteur complémentaire n'est désormais plus seulement mutualiste, mais aussi assurantiel et bancaire...

Enfin, le nombre de professionnels de santé est un vrai sujet.

**M. Khalifé Khalifé.** - Merci, chères collègues, pour votre travail qui nous permettra de structurer la médecine préventive.

La loi Évin avait posé un interdit. Notre médecine est fondée sur la preuve : nous connaissons désormais bien les facteurs de risque, y compris héréditaires. Nous avons donc les moyens scientifiques de faire adhérer la population ; mais il faut de la pédagogie, du temps pour que les gens s'approprient les messages, de la lisibilité dans les actions - on parle tantôt de 8 milliards d'euros dépensés pour la prévention, tantôt de 20 milliards selon les sources... -, de la motivation et de la proximité. Les contrats locaux de santé et les conseils territoriaux de santé sont aussi des leviers intéressants.

**Mme Anne-Sophie Romagny.** - Merci à toutes les trois pour ce rapport.

Oui, madame Brulin, la parole des institutions est décrédibilisée, mais la parole scientifique aussi. Il faut une communication beaucoup plus adaptée à nos cibles - Marion Canalès évoquait les influenceurs. Dans une société en mutation, où la moralisation n'est pas la bienvenue et où la parole scientifique n'est pas entendue, il faut sans doute davantage d'imagination pour adapter nos supports aux médias réellement utilisés.

La communication est l'art de la répétition. Voyez Octobre rose, qui a mis du temps à s'installer, mais qui est désormais un rendez-vous suivi, suscitant des dépistages. Sans nécessairement décliner ce modèle dans toutes les couleurs, cultiver cet art de la répétition, à la télévision et sur les réseaux sociaux, me semble une piste intéressante. Un courrier de dépistage du col de l'utérus, on le range dans un tiroir en se disant qu'on s'en occupera plus tard, et on ne le fait jamais... Mais si l'on était confronté au même message tous les jours, en ouvrant son téléphone ou en allumant la télévision, peut-être ancrerait-on mieux la conscience du risque, car chacun se croit, jusqu'à preuve du contraire, à l'abri.

Le cancer colorectal est dépisté à partir de 50 ans, alors qu'il touche des populations de plus en plus jeunes, du fait notamment de la mauvaise alimentation : Jocelyne Guidez me souffle l'idée d'avancer ce dépistage à 40 ans.

**Mme Émilienne Poumirol.** - Tout a été dit sur l'importance de la prévention et la nécessité d'un changement de paradigme. Nous avons besoin d'acculturer à la prévention, non seulement nos concitoyens, mais aussi le monde de la santé lui-même. Nous sommes passés d'une culture centrée sur le soin de maladies comme la tuberculose, la diphtérie ou le tétanos, à une tout autre réalité.

Nous sommes tous d'accord sur la médecine scolaire.

Une commission d'enquête, à laquelle j'avais participé avec Mélanie Vogel avait appelé à une sécurité sociale écologique du XXI<sup>e</sup> siècle, intégrant pleinement l'environnement et la prévention primaire - sur l'air, l'alimentation, l'activité physique.

Je veux insister sur deux points peu évoqués jusqu'à présent : l'insuffisante formation des personnels de santé à la prévention et la question de l'organisation des soins. Tant que persistera un paiement à l'acte de consultations mono-catégorielles - le médecin d'un côté, l'infirmier de l'autre -, nous n'y arriverons pas. L'avenir est dans le travail pluriprofessionnel, en exercice libéral ou en centre de santé. Dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui pratiquent déjà des forfaits sur le diabète ou l'insuffisance cardiaque, la prévention est assurée par toute l'équipe.

Vous avez aussi évoqué les médiateurs en santé, encore insuffisamment reconnus, alors qu'ils jouent un rôle majeur pour aller vers les publics les plus vulnérables. J'espère que d'autres écoles pourront en former - seules trois écoles le font actuellement.

**Mme Marion Canalès, rapporteure.** - Mesdames Poumirol et Brulin, l'expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives (SECPa) dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), un temps menacée, sera finalement prolongée. Ce dispositif, qui contribue à un aller-vers ciblé, gage d'efficacité, est évoqué dans notre rapport.

**Mme Nadia Sollogoub, rapporteur.** - Madame Poumirol, comme vous, je suis convaincue de l'intérêt des MSP, qui sont des terrains d'expérimentation du dispositif de l'article 51. Les responsables que nous avons entendus nous ont dit qu'il valait mieux rémunérer directement la structure, qui se charge ensuite de faire en sorte que le patient soit vacciné.

Monsieur Henno, sur la moralisation, nous n'avons peut-être pas assez parlé du rôle des associations, qui peuvent faire passer les messages de prévention en direction des communautés.

Oui, la désinformation en santé est un sujet, mais de nombreux travaux ont déjà été menés, dont un rapport publié en début d'année. Les messages de prévention ne sont jamais ponctuels : il faut s'acculturer collectivement, dans la durée.

Notre système est à bout de souffle, mais nous avons entre les mains un levier majeur. À nous de nous en emparer, et d'accepter d'investir dès aujourd'hui, même en situation budgétaire contrainte, pour des bénéfices ultérieurs.

**Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure.** - Madame Bourguignon, le dispositif britannique que nous avons évoqué est financé par le *National Health Service* (NHS), l'équivalent de notre assurance maladie. Il organise, en écho à la remarque de Mme Imbert sur la périodicité des bilans, des dépistages des maladies chroniques tous les cinq ans, entre 50 et 74 ans.

Il faut aussi un parcours fait de rendez-vous réguliers et précoces - comme le suggère Anne-Sophie Romagny pour certains cancers, lorsque la prévalence augmente ou que certaines pathologies se déclarent plus tôt en raison de nos modes de vie. Et ne pas hésiter à rendre ces dépistages plus précoces pour qu'ils soient plus opérants.

Alain Milon a raison : il faut trouver un équilibre. Il faut parfois être directifs, car lorsque rien ne bouge, les patients doivent être pris par la main. Mais les usagers doivent aussi se responsabiliser et devenir acteurs de leur propre santé. C'est la question aussi de l'éducation thérapeutique des patients ; à défaut, on constate des phénomènes de non-observance des traitements, avec une dégradation de l'état de santé.

Nous devons nous adapter à ce monde de réseaux sociaux et de communication permanente, notamment pour toucher les plus jeunes, qui seront les adultes puis les personnes âgées de demain. D'où l'intérêt d'une prévention la plus précoce possible, avec des messages adaptés, plus « fun », plus pertinents, plus percutants.

Monsieur Henno, la bonification doit, bien sûr, concerner les assurés, mais aussi les professionnels, pour que chacun y trouve son compte et s'engage dans le même mouvement.

Merci à toutes et à tous pour vos contributions.

**M. Alain Milon.** - Je rappelle qu'à une certaine époque, les médecins faisaient des ordonnances ; aujourd'hui, ils font des prescriptions. *(Sourires.)*

*Les recommandations sont adoptées.*

*La commission adopte, à l'unanimité, le rapport d'information et en autorise la publication.*

*La réunion est close à 12 h 05.*