

N° 697

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 juin 2026

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi, adoptée
par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée,
visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire
et à anticiper un risque sanitaire et social majeur,*

Par M. Khalifé KHALIFÉ,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, président ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, secrétaires ; M. Alain Milon, Mme Marie-Do Aeschlimann, M. Pierre Boileau, Mmes Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Brigitte Micouleau, Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^{ème} législ.) : 2309, 2616 et T.A. 265

Sénat : 529 et 698 (2025-2026)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
I. LE COÛT SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES, CONSIDÉRABLE, PEUT ÊTRE COMBATTU PAR LA PRÉVENTION	5
A. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES SONT LA DEUXIÈME CAUSE DE MORTALITÉ EN FRANCE	5
B. LE REcul DES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES PASSE PAR LA PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUE	7
II. LE RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DU RISQUE CARDIO-NEURO-VASCULAIRE EST UNE AMBITION PARTAGÉE PAR TOUS LES ACTEURS.....	7
A. UN OBJECTIF : DÉFINIR UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES.....	7
B. UNE MÉTHODE : DÉMULTIPLIER LES OPPORTUNITÉS DE PRÉVENTION DU RISQUE CARDIO-NEURO-VASCULAIRE EN POPULATION GÉNÉRALE	8
EXAMEN DES ARTICLES	9
• <i>Article 1^{er}</i> Mise en œuvre d'une politique de prévention des pathologies cardio- neuro-vasculaires	9
• <i>Article 1^{er} bis</i> Extension des compétences des pharmaciens et des masseurs-kinésithérapeutes pour renforcer le dépistage du risque cardio-neuro-vasculaire	24
• <i>Article 2</i> Obligation de prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires à la charge de l'employeur	30
• <i>Article 2 bis</i> Sensibilisation des élèves aux facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire	40
• <i>Article 2 ter</i> Rapport sur la mise en place d'une campagne de dépistage et de sensibilisation des étudiants	45
• <i>Article 2 quater</i> Rapport évaluant la mise en œuvre de la loi	46
• <i>Article 3</i> Gage financier de la proposition de loi	47
EXAMEN EN COMMISSION.....	49
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....	67
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES	69
LA LOI EN CONSTRUCTION	71

L'ESSENTIEL

Deuxième cause de mortalité après les cancers en France, et première cause au sein de l'Union européenne, les maladies cardio-neuro-vasculaires ne font pourtant l'objet d'aucune stratégie nationale de santé dédiée. Leur prévalence, en hausse, présente des évolutions préoccupantes et témoigne d'inégalités de santé lourdes et persistantes.

Compte tenu du fardeau sanitaire qu'elles représentent, **la Commission européenne a présenté le 16 décembre 2025 un « plan pour un cœur en bonne santé »** pour soutenir l'action des États membres dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires.

En France, la formalisation d'une feuille de route visant à lutter contre les maladies cardio-neuro-vasculaires tarde à voir le jour. Dans ce contexte, la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur a été adoptée à l'unanimité le 8 avril 2026 par l'Assemblée nationale.

Partageant la nécessité d'une impulsion politique plus forte sur ce sujet, **la commission a soutenu l'économie générale du texte et défendu, à l'initiative de son rapporteur, l'inscription d'un véritable « plan Cœur » dans la loi.** Ce faisant, elle a renforcé l'ambition du texte, hissant la stratégie de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires **au même rang que la stratégie décennale de lutte contre le cancer,** déjà consacrée par la loi.

Elle a, plus généralement, œuvré à améliorer la cohérence d'ensemble des dispositions et **recentré le texte sur les principaux leviers qui constitueront, au niveau législatif, les jalons d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires.**

La commission a **adopté** le texte modifié par **18 amendements** de son rapporteur.

I. LE COÛT SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES, CONSIDÉRABLE, PEUT ÊTRE COMBATTU PAR LA PRÉVENTION

A. LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES SONT LA DEUXIÈME CAUSE DE MORTALITÉ EN FRANCE

- **Les maladies cardio-neuro-vasculaires (MCNV), deuxième cause de mortalité évitable, représentent 20 % de la mortalité en population adulte.**

En 2022, elles ont engendré plus d'un million d'hospitalisations. Les cardiopathies ischémiques représentent le plus lourd fardeau (3 millions d'individus touchés), suivies de l'insuffisance cardiaque (1,5 million d'individus).

140 000 décès

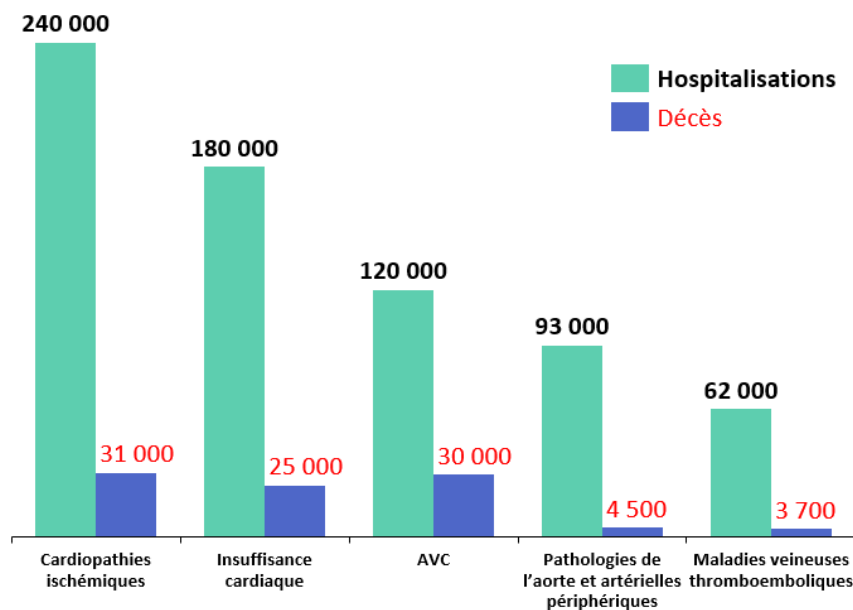
par an sont causés par les maladies cardio-neuro-vasculaires.

Source : Santé publique France

Loin de concerner les seules personnes âgées, la morbi-mortalité précoce associée aux MCNV est élevée : chez les moins de 65 ans, on recense 12 000 décès et 250 000 hospitalisations en moyenne.

Ces maladies engendrent aussi d'importantes limitations fonctionnelles. Les AVC représentent ainsi la première cause de handicap physique acquis de l'adulte.

Nombre d'hospitalisations et de décès recensés par pathologie cardio-neuro-vasculaire



Source : données de Santé publique France, 2022

• La prévalence des MCNV augmente sous l'effet du vieillissement de la population.

Alors que les plus de 75 ans représenteront 15 % de la population française en 2040, contre 10 % aujourd'hui, cette évolution soulève la question de la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie consacrées à leur prise en charge, évaluées à 45 milliards d'euros.

B. LE RECUL DES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES PASSE PAR LA PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUE

• La prévalence des MCNV est influencée par **des facteurs de risques comportementaux et métaboliques qui peuvent être modifiés grâce à une prévention renforcée.**

- **32 %** des Français se déclarent **fumeurs** ;

Tabac, alcool

Diabète

- **41 %** des adultes ont un niveau de **sédentarité** élevée ;

Sédentarité

Obésité

- **30 %** de la population souffre d'**hypertension artérielle** ;

Hypertension artérielle

Cholestérol

- **6 %** de la population est reconnue **diabétique**.

L'exposition à ces facteurs de risques est fortement corrélée aux inégalités socio-économiques, chez les adultes comme chez les enfants. Les femmes présentent en outre des facteurs de risques hormonaux spécifiques (contraception, diabète gestationnel, ménopause).

• **Toutefois, la vulnérabilité au risque cardio-neuro-vasculaire est aujourd'hui largement sous-évaluée.**

45 % des hypertendus méconnaissent leur risque, 43 % des personnes souffrant d'hypercholestérolémie l'ignorent et 25 % des personnes diabétiques ne sont pas détectées. En conséquence, 23 % des insuffisants cardiaques sont actuellement diagnostiqués avec une exacerbation aiguë, et 28 % des diabétiques au stade d'une complication.

• **L'absence de stratégie nationale de prévention en faveur de la santé cardio-neuro-vasculaire** ne permet pas d'enrayer la « bombe épidémiologique » que constitue l'augmentation de la prévalence des pathologies cardio-neuro-vasculaires.

II. LE RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DU RISQUE CARDIO-NEURO-VASCULAIRE EST UNE AMBITION PARTAGÉE PAR TOUS LES ACTEURS

A. UN OBJECTIF : DÉFINIR UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES

L'article 1^{er} proposait que des consultations médicales et des examens de dépistage des MCNV puissent être créés dans le cadre d'un programme de santé ministériel. **La commission a renforcé la portée de ces dispositions.**



Par analogie avec la stratégie décennale de lutte contre le cancer, la commission a proposé d'inscrire dans la loi **une stratégie nationale de lutte contre les MCNV**, qui définit **les orientations en matière de prévention, de dépistage et d'organisation des parcours de soins**.

La commission a souhaité refléter cette ambition, qui dépasse le champ de la prévention, en renommant l'intitulé de la PPL.



Par ailleurs, à l'initiative de son rapporteur, **elle a complété la liste des facteurs de risques en y inscrivant la maladie rénale chronique**, compte tenu de l'exposition fortement majorée des insuffisants rénaux au risque cardio-neuro-vasculaire.

B. UNE MÉTHODE : DÉMULTIPLIER LES OPPORTUNITÉS DE PRÉVENTION DU RISQUE CARDIO-NEURO-VASCULAIRE EN POPULATION GÉNÉRALE



À l'article 1^{er}, la commission a soutenu les dispositions visant à **faire des rendez-vous de prévention des opportunités de sensibilisation aux principaux facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires**, ainsi que la **création d'une consultation de dépistage de l'hypercholestérolémie chez les enfants de six ans**.

Toutefois, **elle a jugé opportun de renvoyer à la HAS les modalités du dépistage qui serait proposé à l'assuré lors des rendez-vous de prévention** et supprimé, en conséquence, la référence au dosage de la lipoprotéine de type a. Elle a également subordonné le dépistage de l'hypercholestérolémie chez les enfants à une recommandation de la HAS.



La commission a **favorablement accueilli les dispositions autorisant les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes à mesurer la pression artérielle** dans une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire (article 1^{er bis}). Elle a néanmoins **supprimé celles portant sur les conditions de rémunération de cette nouvelle activité**, considérant qu'elles étaient déjà satisfaites par la loi.



S'agissant de la **prévention en entreprise** (article 2), la commission s'est attachée à **concilier la nécessité de mettre en œuvre une prévention du risque cardio-neuro-vasculaire auprès des travailleurs, tout en veillant à ne pas surcharger excessivement les services de prévention et de santé au travail**, dont les missions ont déjà été étendues par la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021, et dans un contexte de pénurie des personnels.



Enfin, la commission a soutenu le **renforcement de la prévention des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires à l'école** (article 2 *bis*) et supprimé les diverses demandes de rapports inscrites dans la PPL.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Mise en œuvre d'une politique de prévention des pathologies cardio-neuro-vasculaires

Cet article propose de fixer un cadre général pour structurer une politique de prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires.

À cette fin, il propose de créer des consultations médicales et des examens de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires dans le cadre d'un programme national de santé et de sensibiliser à ce dépistage lors des rendez-vous périodiques de prévention.

La commission a adopté cet article modifié par six amendements.

I - Le dispositif proposé

A. Le coût sanitaire et économique des maladies cardio-neuro-vasculaires, déjà considérable, s'accroît sous l'effet du vieillissement de la population

1. Les maladies cardio-neuro-vasculaires sont la deuxième cause de mortalité en France

a) Une morbidité et une mortalité particulièrement élevées

• Après les cancers, les maladies cardio-neuro-vasculaires sont la deuxième cause de mortalité en France.

Les maladies cardio-neuro-vasculaires regroupent une diversité de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles comprennent notamment les cardiopathies ischémiques, qui incluent les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque, les pathologies de l'aorte et les artériopathies périphériques¹, les valvulopathies et les maladies veineuses thrombo-emboliques.

En France, ces pathologies représentent **20 % de la mortalité en population adulte** – soit **environ 140 000 décès chaque année**, dont 53 % de femmes et 47 % d'hommes. Si l'âge moyen des décès est de 83,3 ans, **la morbi-mortalité précoce associée à ces pathologies est également importante** : chez les moins de 65 ans, plus de 12 000 décès et 250 000 hospitalisations leur sont imputables chaque année. Au total, les maladies cardio-neuro-vasculaires ont engendré **plus d'un million d'hospitalisations en 2022**.

¹ Artériopathies oblitérantes du membre inférieur, anévrismes et dissections aortiques, anévrismes et dissections d'une artère de moyen calibre.

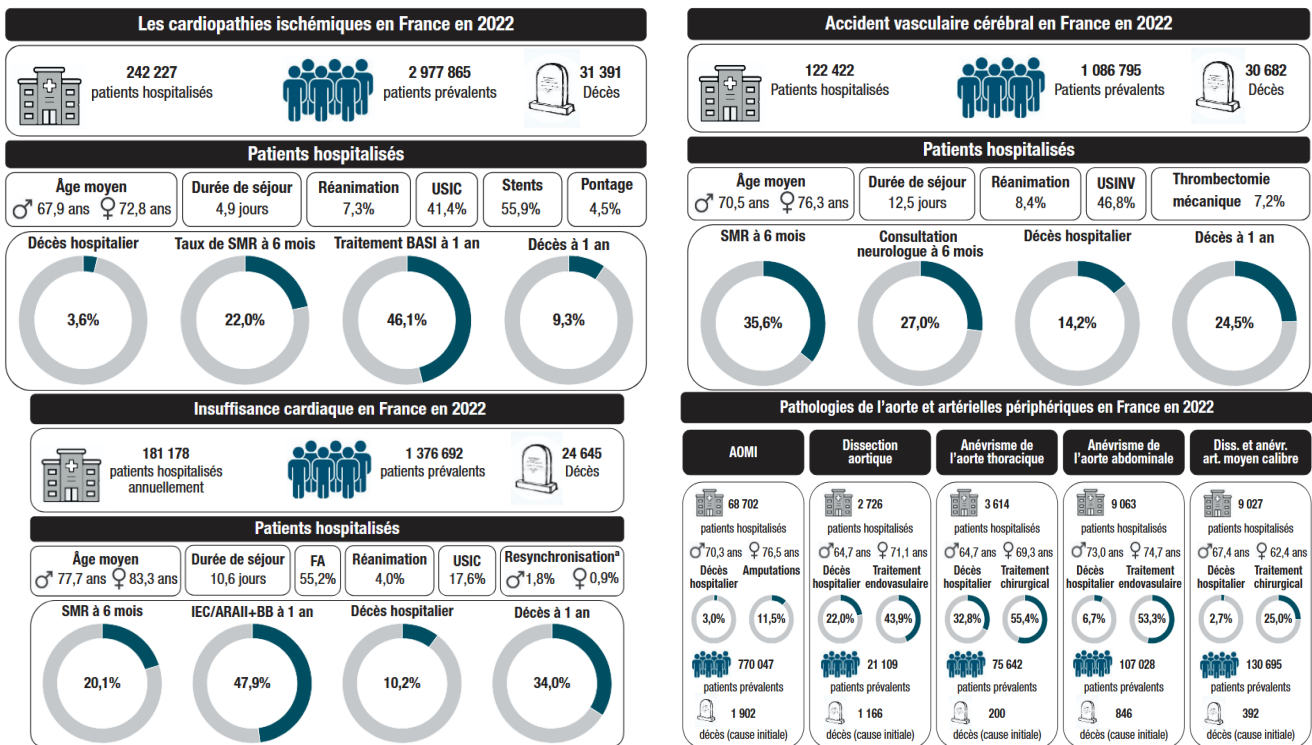
Les cardiopathies ischémiques sont les pathologies cardio-neuro-vasculaires qui présentent le fardeau sanitaire le plus lourd : elles touchent 3 millions de personnes, soit près de 6 % de la population adulte française¹. L'insuffisance cardiaque vient ensuite, avec 1,5 million de personnes concernées, et une prévalence qui devrait augmenter de 25 % tous les quatre ans dans les années à venir.

Enfin, les maladies cardiovasculaires engendrent des limitations fonctionnelles et peuvent être à l'origine de l'entrée en dépendance. Les AVC représentent ainsi la première cause de handicap physique acquis de l'adulte.

Hospitalisations et décès suscités par les maladies cardio neuro vasculaires

	Nombre d'hospitalisations	Nombre de décès
Cardiopathies ischémiques	240 000	31 000
Insuffisance cardiaque	180 000	25 000
AVC	120 000	30 000
Pathologies de l'aperte et artérielles périphériques	93 000	4 500
Maladie veineuse thromboembolique	62 000	3 700

Source : commission des affaires sociales, d'après les données de Santé publique France



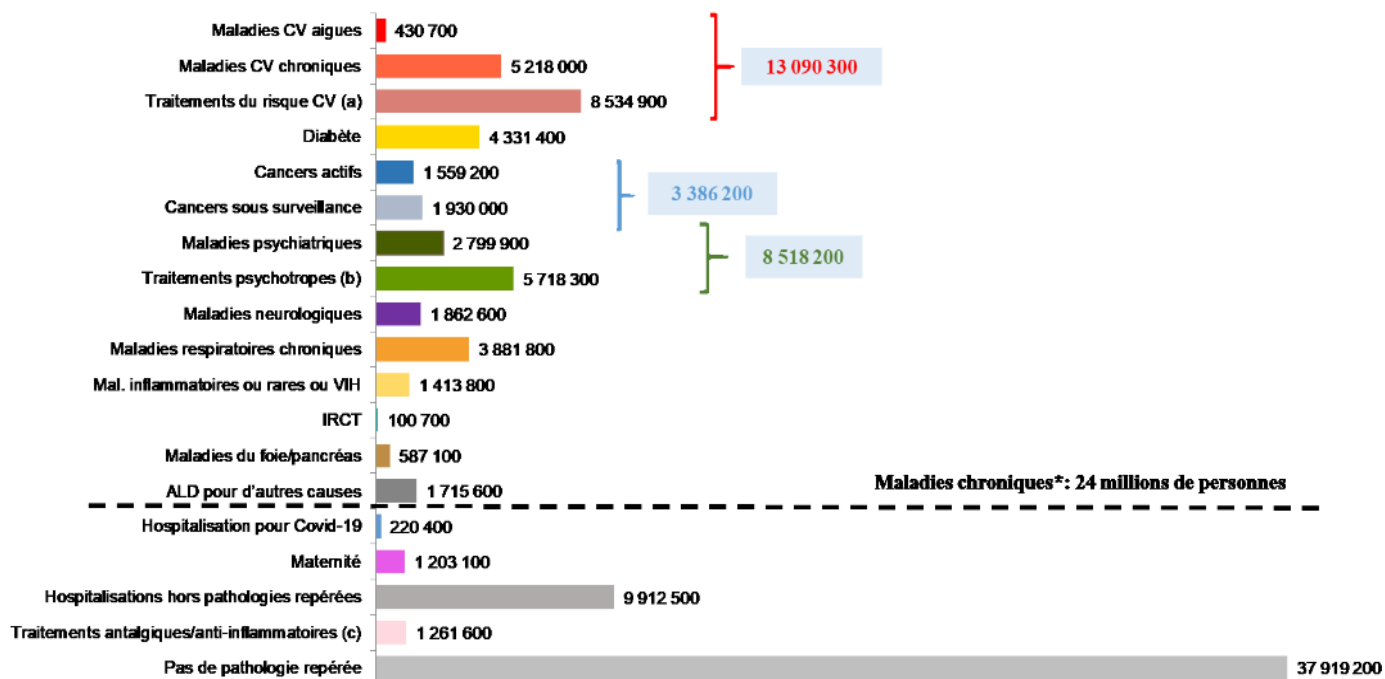
Source : Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 4 mars 2025

¹ Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, mars 2025.

- La prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires augmente de façon continue sous l'effet du vieillissement de la population et de l'impact de certains facteurs de risque.

L'Académie de médecine rappelle que « les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de morbidité et de mortalité chez les sujets âgés de 75 ans et plus, en raison des altérations structurelles et fonctionnelles du cœur et des vaisseaux liées à l'âge, ainsi que de l'exposition cumulative aux facteurs de risques cardiovasculaires »¹. Or, les plus de 75 ans, qui représentent aujourd'hui 10 % de la population française, en représenteront 15 % en 2040. L'accélération du vieillissement de la population devrait donc s'accompagner d'une augmentation de l'incidence de ces pathologies, même si les progrès médicaux ont permis de diminuer la morbi-mortalité moyenne de ces pathologies², en améliorant les chances de survie et la qualité de vie des patients.

Nombre de personnes prises en charge par catégorie de pathologies en 2022



IRCT : insuffisance rénale chronique terminale. Elle comprend la dialyse chronique, la transplantation rénale et le suivi de transplantation rénale.

Source : Cnam

¹ Académie nationale de médecine, Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire des personnes âgées de 75 ans et plus, février 2025.

² Entre 2000 et 2016, la mortalité cardio-neuro-vasculaire a diminué de 43 % chez les hommes et de 45 % chez les femmes.

Cette tendance est également visible dans l'évolution du nombre des affections de longue durée (ALD) reconnues. **En 2022, 27,1 % des ALD entraient dans la catégorie des maladies cardiovasculaires¹, positionnant ces pathologies en tête de classement** avant le diabète de type 1 et de type 2 (21,4 %) et les tumeurs malignes (15,5 %)².

Selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), **les pathologies cardio-neuro-vasculaires affectent aujourd'hui plus de 16 millions de Français et représentent 45 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie³**. 5,6 millions de personnes sont traitées pour une maladie cardio-neurovasculaire, 8,5 millions de personnes pour un risque cardiovasculaire et 4,3 millions de personnes pour un diabète⁴. Le coût de ces dépenses de soins continuera à s'accroître au cours des prochaines années, **soulevant la question de leur soutenabilité financière pour l'assurance maladie**. À l'échelle de l'Union européenne (UE), le coût des maladies cardiovasculaires s'élèverait à plus de 282 milliards d'euros⁵.

b) Un dépistage trop tardif et des lacunes de prise en charge

• **La vulnérabilité individuelle au risque cardio-neuro-vasculaire est sous-estimée pour une part importante de la population.**

Près d'un hypertendu sur deux méconnaît son risque, et moins de la moitié est traitée. De même, près d'une personne sur deux ignore qu'elle souffre d'hypercholestérolémie, et on estime qu'environ un quart des personnes souffrant de diabète ne sont pas détectées.

Le défaut de repérage de facteurs de risque majeurs ne permet ni de cibler les actions de prévention sur les personnes les plus à risque, ni d'orienter précocement ces personnes vers des parcours de prise en charge adaptés. Seul un diagnostic précoce permettrait pourtant d'éviter le développement de pathologies chroniques et la survenue d'épisodes aigus associés à une morbi-mortalité encore élevée. Actuellement, **28 % des patients diabétiques sont diagnostiqués au stade des complications donnant lieu à hospitalisation.**

¹ Catégorie incluant les maladies coronaires, l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme cardiaque, les cardiopathies valvulaires et congénitales graves, les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, les AVC invalidants, l'hypertension artérielle sévère.

² Inspection générale des finances (IGF) et inspection générale des affaires sociales (Igas), Revue de dépenses relative aux affections de longue durée – Pour un dispositif plus efficient et équitable, juin 2024, p. 8.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026, rapport « Charges et produits » pour 2026, septembre 2025, p. 34.

⁴ Données Cnam, 2022.

⁵ Première cause de mortalité au sein de l'UE, les maladies cardio-neuro-vasculaires seraient responsables d'un million sept cent mille décès dans tous les États membres.

Pour remédier à ce défaut de repérage et sensibiliser largement les Français à la santé cardiovasculaire, des actions de prévention sont portées par les acteurs associatifs et les sociétés savantes. La Fédération française de cardiologie organise ainsi les « Parcours du cœur », grande opération de promotion de l'activité physique impliquant près de 500 000 personnes chaque année, qui constitue aussi une opportunité pour informer et dépister. La fondation Agir pour le cœur des femmes déploie quant à elle le « Bus du cœur des femmes » à travers toute la France, avec l'objectif de sensibiliser et de dépister le plus grand nombre, notamment en allant à la rencontre des populations les plus à risque et les moins en lien avec le système de soins.

• De plus, les inégalités d'accès à une offre de soins de premier recours et, plus encore, à une offre de soins spécialisée, se traduisent par des retards de prise en charge qui favorisent l'aggravation des pathologies.

En France, le délai d'accès moyen à une consultation de cardiologie est estimé à 65 jours, mais il varie fortement d'un département à l'autre : de 31 jours à Paris contre 148 jours dans les Côtes d'Armor et 176 jours en Indre-et-Loire. Ces délais sont particulièrement problématiques alors qu'une prise en charge dans les quinze jours est recommandée pour tout patient chez lequel se manifestent les premiers symptômes d'une décompensation cardiaque (essoufflement, œdèmes des membres inférieurs, prise de poids, fatigue). Les difficultés d'accès à un cardiologue favorisent inévitablement les complications et l'hospitalisation des patients.

De même, après la prise en charge d'une phase aiguë, l'accès à certains traitements préventifs comme curatifs demeure insuffisamment développé : la réhabilitation cardiaque et le sport-santé sont ainsi peu connus des professionnels et peu prescrits, au regard des bénéfices qu'ils peuvent présenter pour prévenir une nouvelle décompensation.

Des dispositifs récents visent toutefois à corriger ce déficit de prévention et de prise en charge en contribuant à une meilleure connaissance de leur risque cardio-neuro-vasculaire par les patients. Sur le modèle de la campagne « *Know your numbers* » au Royaume-Uni qui se réfère aux données individuelles de pression artérielle, de glycémie, de cholestérolémie et de poids, la Cnam s'est ainsi engagée à déployer une grande campagne de sensibilisation au dépistage de l'hypertension artérielle et d'autres facteurs de risques. La Cnam « *recommande également d'organiser le dépistage systématique de l'HTA, qui constitue un facteur de risque essentiel et insuffisamment contrôlé du champ [des maladies cardiovasculaires et associées], et d'ouvrir ce dépistage aux pharmaciens* »¹.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026, rapport « Charges et produits » pour 2026, septembre 2025, p. 34.

2. Les maladies cardio-neuro-vasculaires peuvent être combattues par une politique active de prévention

a) Des maladies non transmissibles accessibles à la prévention

• **La prévalence des pathologies cardio-neuro-vasculaires dépend d'une pluralité de facteurs de risque, dont une part importante est accessible à la prévention.**

Les facteurs qui jouent un rôle prépondérant dans le risque cardio-neuro-vasculaire sont à la fois comportementaux et métaboliques.

L'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, le surpoids et l'obésité sont les principaux **facteurs de risque métaboliques**. Leur impact est majeur. Ainsi, 30 % des Français souffrent d'hypertension artérielle, environ 20 % d'hypercholestérolémie et 4,3 millions de personnes sont reconnues diabétiques.

Les **facteurs comportementaux**, nombreux, incluent le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité et l'inactivité physique, une alimentation excessivement grasse, salée et/ou sucrée et les troubles du sommeil. Ils sont accessibles à la prévention primaire parce que leur impact peut être réduit grâce à une modification des habitudes de vie. S'agissant du tabac par exemple, des études montrent qu'un arrêt précoce autour de la trentaine permet de retrouver un niveau de risque coronaire équivalent à celui d'individus n'ayant jamais fumé¹.

Or, le poids de ces facteurs dans la détérioration de l'état de santé est majeur :

- 32 % des Français se déclarent fumeurs et 24,5 % fumeurs quotidiens² ;

- 23 % des adultes ont une consommation d'alcool qui dépasse les repères de consommation ;

- 39 % des adultes n'atteignent pas les recommandations d'activité physique et 41 % ont un niveau de sédentarité élevée.

D'autres facteurs de risques sont également reconnus, notamment les troubles du sommeil, la maladie rénale chronique ainsi que des facteurs hormonaux propres aux femmes (contraception, désordres hypertensifs de la grossesse, diabète gestationnel, ménopause).

• **L'impact de ces facteurs de risque se caractérise par des inégalités sociales, territoriales et de genre que reflète la prévalence des pathologies cardio-neuro-vasculaires.**

¹ Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V ; for the Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping : a prospective study of one million women in the UK, *Lancet*, 2013 Jan 12.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2025, rapport « Charges et produits » pour 2025, juillet 2024, p. 100.

Santé publique France indique que « seuls 4 % des adultes ayant un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat ont une santé cardiovasculaire optimale, contre 21 % pour ceux ayant un niveau d'études supérieur ». Au global, l'incidence des hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires est 30 % plus élevée dans les communes défavorisées. Ce constat résulte de la combinaison de plusieurs facteurs, en particulier :

- la prévalence relativement plus importante du tabagisme¹, des déséquilibres alimentaires et de la sédentarité² parmi les catégories socio-professionnelles plus modestes ;

- l'existence d'une corrélation entre les inégalités territoriales d'implantation de l'offre de soins et le risque d'hospitalisation ou de complication causée par une maladie cardio-neuro-vasculaires.

S'agissant des inégalités de genre, elles sont imputables tant aux facteurs de vulnérabilités spécifiques aux femmes (cf. *supra*) qu'aux représentations sociales attachées aux maladies cardio-neuro-vasculaires, qui favorisent le sous-diagnostic et les retards de prise en charge chez les femmes. Depuis une quinzaine d'années, on observe une augmentation de l'incidence du syndrome coronarien aigu chez les femmes. Entre 2008 et 2014, l'hospitalisation des femmes âgées de 45 à 65 ans pour cause d'infarctus du myocarde a augmenté de 20 %. De plus, 18 000 AVC mortels sont recensés chez les femmes chaque année, ce qui en fait la première cause de mortalité cardio-neuro-vasculaire.

Sans une politique de prévention plus dynamique et ciblée sur les populations les plus à risques, ces inégalités devraient s'exacerber et la prévalence globale des maladies cardio-neuro-vasculaires augmenter.

b) L'absence de stratégie nationale de prévention structurée en faveur de la santé cardio-neuro-vasculaire

• Des actions de dépistage du risque cardiovasculaire et des pathologies cardio-neuro-vasculaires existent, mais elles sont fragmentées et ne relèvent pas d'un plan global et structuré en faveur de la santé cardiovasculaire.

Seul un facteur de risque fait l'objet d'une politique de lutte structurée et volontariste depuis les années 1990³ : le tabagisme, considéré comme la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable et responsable de 11 % des décès en France⁴. Le programme national de lutte contre le tabac

¹ On comptait 33,6 % de fumeurs quotidiens parmi les personnes aux revenus les plus modestes en 2022 et 42,3 % parmi les personnes au chômage (source : Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027).

² Santé publique France, Activité physique et sédentarité dans la population en France, septembre 2024.

³ Loi dite « Évvin » n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

⁴ Santé publique France, Les décès attribuables au tabagisme, Mise à jour des estimations année 2023, février 2026.

(PNLT) est aujourd'hui doté de moyens conséquents et mobilise une diversité de leviers : augmentation du prix du paquet de cigarettes, extension progressive des lieux sans tabac, interdiction de toute publicité directe ou indirecte, prise en charge des substituts nicotiques, opération « Mois sans tabac », etc. Le PNLT 2023-2027, qui vise une génération sans tabac à l'horizon 2032, contribue de façon importante aux politiques de prévention en santé. D'autres plans sectoriels ciblant certains facteurs de risque existent, à l'instar du plan national nutrition santé (PNNS) ou de la stratégie nationale sport santé (SNSS), mais ils définissent surtout des orientations générales et ne sont dotés que de peu de moyens.

Au final, aucune stratégie nationale en faveur de la santé cardiovasculaire n'a jamais été établie, malgré l'impact considérable de ces pathologies en termes de morbi-mortalité. Le ministère de la santé a annoncé **avoir engagé ces derniers mois des concertations pour faire aboutir une feuille de route ministérielle pour lutter contre les maladies cardio-neuro-vasculaires**. Les travaux en cours doivent permettre de structurer une stratégie opérationnelle et pluriannuelle, coconstruite avec les principaux acteurs et notamment, les sociétés savantes et les représentants des usagers.

• À l'échelle européenne, la mobilisation de tous les acteurs et des États membres de l'UE a conduit à **la présentation par la Commission européenne d'un « plan pour un cœur en bonne santé » le 16 décembre 2025**. Ce plan, qui vise à soutenir l'action des États membres dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, est articulé autour de dix initiatives :

« 1. un programme de prévention tout au long de la vie, personnalisée et numérique – « L'UE se soucie de votre cœur » ;

2. donner aux consommateurs les moyens d'agir grâce à des informations sur la transformation des denrées alimentaires dans l'UE ;

3. moderniser la législation antitabac ;

4. la Commission examinera quels outils appropriés, y compris d'éventuelles actions financières, pourraient être déployés pour soutenir/financer des actions de santé publique dans le domaine de la prévention primaire et stimuler la reformulation des denrées alimentaires et des choix plus sains pour les consommateurs ;

5. une proposition de recommandation du Conseil concernant la vaccination contre les infections respiratoires en tant que mesure de prévention des maladies cardiovasculaires ;

6. un protocole de l'UE relatif aux contrôles de santé pour les maladies cardiovasculaires ;

7. une proposition de recommandation du Conseil relative au traitement et à la surveillance personnalisés des maladies cardiovasculaires ;

8. un incubateur pour l'innovation et l'intégration de l'IA et des technologies numériques dans les soins de santé cardiovasculaires ;

9. un tableau de bord des inégalités en matière de santé cardiovasculaire dans l'UE ;

10. une feuille de route pour la recherche et l'innovation dans le domaine des maladies cardiovasculaires. »

B. Pour relever le défi de la prévention, il est proposé de structurer un programme en faveur de la santé cardio-neuro-vasculaire reposant sur des examens tout au long de la vie

Le I définit deux mesures ayant pour objet de renforcer la place de la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires dans les politiques de santé publique. Le II renvoie les modalités de leur application à un décret.

1. Proposer des consultations médicales et des examens de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et de leurs facteurs de risque

- La loi fixe un cadre général permettant de définir des programmes de santé publique.

L'article L. 1411-6 du code de la santé publique prévoit ainsi que des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés. Ces programmes comprennent « *des consultations médicales de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée, après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Ils comprennent également des actions d'information et d'éducation pour la santé.

À ce jour, trois programmes de santé ont été définis par arrêté en application de l'article L. 1411-6 précité : la lutte contre le saturnisme¹, le dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale² et les dépistages organisés des cancers³. Certains programmes sont par ailleurs directement reconnus par la loi : c'est le cas du dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale⁴ et du dépistage précoce et de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins soixante ans⁵.

¹ Arrêté du 18 janvier 2005 relatif au programme de lutte contre le saturnisme, aux examens de dépistage et aux consultations médicales de prévention.

² Arrêté du 22 février 2018 relatif à l'organisation du programme national de dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale.

³ Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers.

⁴ Article L. 1411-6-1 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 1411-6-3 du code de la santé publique.

L'objet de chaque programme ainsi que leur contenu en termes d'actions de prévention, de dépistage et, le cas échéant, de prise en charge, sont déterminés par arrêté ministériel. La DGS rappelle que **ces programmes « renvoient à des dépistages organisés pour la population générale »**. Leur mise en place nécessite au préalable une évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé, qui doit s'être prononcée sur la balance bénéfice-risque d'un tel dépistage en population générale.

Ainsi, les feuilles de route ministérielles qui définissent un plan d'action pluriannuel pour répondre aux divers enjeux de santé publique – stratégie vaccination et immunisation 2025-2030, programme national de santé sexuelle 2017-2030, etc... – ne relèvent pas du champ de cet article dès lors qu'elles ne visent pas à déployer des programmes de dépistage systématique en population générale.

• **Le 1° du I propose que des consultations médicales et des examens de dépistage organisés dans le cadre des programmes de santé précités portent sur les maladies cardio-neuro-vasculaires et leurs facteurs de risque.**

L'alinéa fait obligation au Gouvernement de définir de tels consultations et examens en prévoyant qu'ils incluent « *obligatoirement les maladies cardio-neuro-vasculaires et leurs facteurs de risque* ». Il établit une liste non exhaustive des facteurs de risque concernés, citant le diabète, l'hypertension artérielle et le cholestérol.

2. Sensibiliser au dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et à leurs facteurs de risque lors des rendez-vous de prévention

• À l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, le législateur a créé des rendez-vous périodiques de prévention¹.

Cette mesure, qui devait contribuer à incarner le virage de la prévention en santé, permet aujourd'hui à tous les Français de bénéficier de quatre rendez-vous entièrement pris en charge par l'assurance maladie pour aborder avec les professionnels de santé leurs habitudes de vie, repérer d'éventuels facteurs de risque de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires...), réaliser des dépistages (cancers, infections sexuellement transmissibles) et des vaccinations.

Ainsi, ils « *ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle* »². Dans le cadre de ces rendez-vous, le patient et le professionnel de santé établissent un plan personnalisé de prévention pour formaliser « *un plan d'actions vers un changement d'habitudes de vie* »³.

¹ Article 29 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Article L. 1411-6-2 du code de la santé publique.

³ Arrêté du 28 mai 2024 relatif aux effecteurs, au contenu et aux modalités de tarification des rendez-vous de prévention.

Le cas échéant, le patient peut être adressé à d'autres professionnels de santé et orienté vers un parcours de soins adapté.

Les rendez-vous de prévention peuvent être réalisés par des médecins, des sages-femmes, des pharmaciens et des infirmiers. Cette diversité d'effecteurs garantit l'accessibilité de tous les usagers aux rendez-vous de prévention et limite les freins liés à l'inégale implantation de l'offre de soins dans les territoires. Les usagers peuvent en bénéficier à quatre âges-clés, correspondant à des périodes associées à des facteurs de risque et à des enjeux de santé spécifiques : entre 18 et 25 ans inclus ; entre 40 et 45 ans inclus ; entre 60 et 65 ans inclus ; entre 70 et 75 ans inclus¹. Ainsi, au-delà de 40-45 ans, les facteurs de risque métaboliques impliqués dans l'apparition de pathologies cardio-neuro-vasculaires s'accroissent et doivent être dépistés.

• **Le 2° du I propose d'intégrer la sensibilisation au dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et à leurs facteurs de risque** – notamment au diabète, à l'hypertension artérielle et au cholestérol – **aux objectifs des rendez-vous de prévention.**

Certains facteurs de risque qui jouent un rôle prépondérant dans l'apparition de pathologies cardio-neuro-vasculaires sont déjà mentionnés par la loi puisque la promotion de l'activité physique et d'une alimentation favorable à la santé font partie des objectifs des rendez-vous de prévention. L'ajout proposé par le 2° consolide donc l'ambition générale de ces rendez-vous.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. En commission

En commission, les députés ont modifié cet article par six amendements, dont trois du rapporteur, et trois sous-amendements.

Ils ont, en premier lieu, adopté un amendement du rapporteur tendant à rendre facultatif et non plus obligatoire la création de consultations médicales et d'exams de dépistage relatif aux maladies cardio-neuro-vasculaires dans le cadre d'un programme national de santé défini en application de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique².

En deuxième lieu, les députés ont consolidé les dispositions relatives aux rendez-vous de prévention :

- en prévoyant la possibilité que des outils de repérage précoce puissent être proposés aux patients et diffusés aux personnes à risques, en particulier par voie numérique et *via* l'espace numérique de santé (ENS)³ ;

¹ Ibid.

² Amendement AS23 de M. Yannick Neuder.

³ Amendement AS27 de M. Stéphane Viry et plusieurs de ses collègues du groupe Liberté, Indépendants, Outre-mer et Territoires.

- en complétant la liste des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire pour y ajouter le tabagisme, le dépassement des repères de consommation d'alcool et l'obésité¹ ;

- en précisant, à l'initiative du rapporteur², les modalités du dépistage précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurelles que les professionnels de santé seraient désormais tenus de proposer à l'assuré lors des rendez-vous de prévention. Aux termes de l'amendement adopté, le dépistage reposerait sur une évaluation clinique et biologique incluant le dosage de la lipoprotéine (a) et prendrait en compte les déterminants propres au risque cardio-neuro-vasculaire des femmes.

En troisième lieu, les députés ont adopté un amendement du rapporteur³ visant à créer un rendez-vous de dépistage précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires incluant le dépistage de l'hypercholestérolémie familiale. Ce rendez-vous serait réalisé au cours de la sixième année de l'enfant.

En dernier lieu, les députés ont adopté deux amendements à l'initiative du groupe LFI-Nouveau Front Populaire prévoyant que le Gouvernement remette deux rapports au Parlement⁴ : le premier porterait sur la prise en charge intégrale des examens médicaux de dépistage et de diagnostic des maladies cardio-neuro-vasculaires pour les patients à risque ; le second porterait sur les dépassements d'honoraires en cardiologie, en neurologie et en médecine vasculaire, notamment en lien avec les dépistages organisés dans le cadre de la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires.

B. En séance

En séance, les députés ont adopté dix amendements, dont huit du rapporteur. Outre l'adoption de divers amendements rédactionnels, les députés ont procédé aux modifications suivantes :

- la sédentarité a été ajoutée à la liste des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire⁵ ;

- le dosage de la lipoprotéine de type (a) dans le cadre d'un dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires a été rendu facultatif⁶ ;

- le caractère obligatoire de la proposition de réaliser un dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires lors des rendez-vous de prévention

¹ Amendements AS24 de M. Yannick Neuder, AS33 et AS32 de Mme Sandrine Rousseau et AS34 de M. Serge Muller.

² Amendement AS24 de M. Yannick Neuder.

³ Amendement AS25 de M. Yannick Neuder.

⁴ Amendements AS12 et AS13 de Mme Karen Erodi et plusieurs de ses collègues du groupe La France Insoumise-Nouveau Front Populaire.

⁵ Amendement n° 22 de M. Yannick Neuder.

⁶ Amendement n° 20 rect. de M. Yannick Neuder.

a été supprimé ; la possibilité pour les professionnels de santé de proposer un tel dépistage dans ce cadre a été renvoyée à une recommandation de la HAS¹.

Enfin, les députés ont supprimé le renvoi des modalités d'application de l'article à un décret².

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

• **Mobilisée sur les enjeux de prévention en santé, la commission a accueilli favorablement l'économie générale du texte.**

L'absence de feuille de route dédiée à la lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, qui sont la deuxième cause de mortalité évitable en France, **lui apparaît comme une anomalie**. Elle regrette en particulier que ce grand enjeu de santé publique ne jouisse pas d'un soutien comparable à celui dont bénéficie la lutte contre le cancer, qui fait l'objet d'une stratégie pluriannuelle portée au plus haut niveau politique depuis le début des années 2000. Lors de son audition, la direction générale de la santé a certes indiqué au rapporteur avoir engagé un cycle de concertations pour définir une feuille de route ministérielle en faveur de la santé cardio-neuro-vasculaire, mais celle-ci tarde à se concrétiser.

Cette relative invisibilisation de l'impact des maladies cardio-neuro-vasculaires dans le champ politique peut sans doute trouver plusieurs explications. Santé publique France commente ainsi : « *Paradoxalement, les progrès considérables de leur traitement lors de ces dernières décennies expliquent une moindre sensibilisation des pouvoirs publics et des citoyens face à ces affections cardiovasculaires* »³. La commission souligne néanmoins l'engagement politique continu des ministres de la santé dans la lutte contre le tabagisme, qui constitue l'un des principaux facteurs du risque cardio-neuro-vasculaire. Malgré cet investissement soutenu, depuis une trentaine d'années, le tabagisme présente encore une prévalence élevée, de même que la consommation nocive d'alcool ou la sédentarité, qui eux ne font pas l'objet de plans d'actions structurés.

Un Français sur dix seulement présenterait une santé cardiovasculaire idéale⁴. La faiblesse de ce taux ne peut qu'interpeller sur le retard de nos politiques de santé en matière de prévention. À cet égard, si la commission a soutenu la création par la LFSS pour 2026 d'une consultation longue dite « ménopause », destinée aux femmes âgées de 45 à 65 ans et entièrement prise en charge par l'assurance maladie, elle considère que de telles mesures doivent s'intégrer dans une politique plus large.

¹ Amendements n° 15 et 16 de M. Jean-François Rousset.

² Amendement n° 24 de M. Yannick Neuder.

³ Réponse de Santé publique France au questionnaire du rapporteur.

⁴ Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, mars 2025.

La commission appelle donc le Gouvernement à engager sans attendre le virage de la prévention annoncé depuis 2022 et à porter une politique de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires reposant prioritairement sur la prévention des facteurs de risques qui « contribuent de manière significative à la charge de morbidité évitable et à la progression des maladies chroniques, pesant ainsi sur la soutenabilité du système de santé »¹.

• La commission alerte en particulier sur la charge financière que représentent aujourd’hui les maladies chroniques, au premier rang desquelles figurent les maladies cardio-neuro-vasculaires et les cancers.

À plusieurs reprises et à nouveau lors de l’examen du dernier PLFSS, elle a souligné à quel point la progression non maîtrisée des maladies chroniques pèse sur les dépenses de l’assurance maladie. Les pathologies chroniques représentent aujourd’hui 62 % de la dépense remboursée d’assurance maladie, soit 126 milliards d’euros². En 2021, la Cour des comptes a analysé les dépenses d’assurance maladie consacrées aux cancers, aux maladies cardio-neuro-vasculaires et au diabète : elle constate qu’entre 2015 et 2019, ces dépenses ont cru de 16 %, soit une progression supérieure à celle enregistrée pour l’Ondam (+ 10 %)³. Enfin, plus de 14 millions de personnes sont désormais prises en charge dans le cadre d’une ALD, soit 20 % de la population.

Ces évolutions caractérisent un risque majeur pour la soutenabilité de notre système solidaire de financement des dépenses d’assurance maladie. Elles exigent une réorientation ferme et immédiate du modèle de nos politiques de santé, pour investir résolument dans la prévention en s’appuyant sur des expériences probantes. Cette réorientation supposera des dépenses nouvelles à court terme, mais elle sera gage d’efficience à moyen et long terme. Santé publique France a évalué l’impact qui pourrait être attendu de certains objectifs de réduction de la prévalence des principaux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires :

- 26 000 hospitalisations évitées chaque année pour une réduction du taux de tabagisme moyen en-deçà de 20 % ;

- 120 000 hospitalisations évitées chaque année pour une diminution de 30 % de la prévalence de l’hypertension artérielle ;

- 10 000 hospitalisations évitées chaque année pour une baisse de 15 % de la prévalence de l’obésité.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l’Assurance Maladie pour 2026, rapport « Charges et produits » pour 2026, septembre 2025.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l’Assurance Maladie pour 2026, rapport « Charges et produits » pour 2026, p. 103.

³ Cour des comptes, La politique de prévention en santé, Les enseignements tirés de l’analyse de trois grandes pathologies, novembre 2021, p. 35.

• **Au bénéfice de ces observations, la commission a soutenu un amendement du rapporteur visant à inscrire dans le code de la santé publique la définition d'une stratégie nationale pluriannuelle de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires (COM-7).**

Cette stratégie, qui porterait non seulement sur les enjeux de prévention, mais aussi de dépistage et d'organisation des parcours de soins, permettrait de formaliser un véritable « plan Cœur ». Considérant que l'enjeu principal de la PPL résidait dans la consécration législative de cette stratégie dédiée aux maladies cardio-neuro-vasculaires, à l'initiative de son rapporteur, la commission a modifié l'intitulé du texte pour mieux refléter la portée de son ambition (COM-24).

Dans un souci de consolidation du texte, la commission a également complété la liste des facteurs de risques en y ajoutant la maladie rénale chronique compte tenu de son impact fortement majoré sur le risque cardio-neuro-vasculaire (COM-8).

Plus généralement, la commission a œuvré à améliorer la cohérence d'ensemble des dispositions en adoptant des amendements tendant à :

- renvoyer à la HAS les modalités du dépistage qui serait proposé à l'assuré lors des rendez-vous de prévention et à supprimer, en conséquence, la référence au dosage de la lipoprotéine de type a (COM-9) ;

- subordonner le dépistage de l'hypercholestérolémie chez les enfants de six ans à une recommandation de la HAS (COM-10).

S'agissant du dosage de la lipoprotéine de type a, le rapporteur a tenu à souligner qu'elle constitue actuellement un acte hors nomenclature non remboursé par la sécurité sociale. Or, les sociétés savantes, en particulier la Société française de cardiologie et la Fédération française de cardiologie, ont considéré en audition que ce dosage ne revêt qu'un intérêt complémentaire et non prioritaire par rapport à l'évaluation des autres facteurs de risques. Dans un souci d'efficacité des dépenses de santé, et considérant que les précisions relatives aux modalités du dépistage ne relevaient pas du législateur, le rapporteur a proposé de supprimer la référence au dosage de la lipoprotéine de type a.

Enfin, la commission a supprimé les deux demandes de rapport inscrites dans la PPL lors de son examen à l'Assemblée nationale (COM-11 et COM-12).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 1^{er} bis
**Extension des compétences des pharmaciens
et des masseurs-kinésithérapeutes pour renforcer
le dépistage du risque cardio-neuro-vasculaire**

Cet article, introduit en commission par un amendement du rapporteur, inscrit la mesure de la pression artérielle parmi les actes que sont autorisés à pratiquer les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes.

La commission a adopté cet article modifié par deux amendements.

I - Le dispositif proposé

A. Une progressive consolidation des compétences des différentes professions de santé pour favoriser leur implication dans la prévention

1. Des élargissements successifs des compétences des professionnels de santé en matière de prévention

• À plusieurs reprises ces dernières années, le législateur a œuvré au renforcement des compétences des professionnels de santé dans le champ de la prévention.

Ainsi, en matière de **vaccination**, le Gouvernement poursuit une stratégie de diversification de l'offre destinée à améliorer la couverture vaccinale de la population grâce à **une accessibilité renforcée de la vaccination**. Cette stratégie s'appuie sur **une extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination**. Ainsi, les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens peuvent depuis 2023 prescrire et administrer divers vaccins, sous réserve pour les infirmiers et les pharmaciens d'avoir suivi une formation préalable¹. De même, les préparateurs en pharmacie et les étudiants en médecine et en pharmacie sont désormais habilités à vacciner sous supervision d'un professionnel habilité. L'offre vaccinale est ainsi rendue plus accessible en milieu libéral, mais aussi à l'école – cas des campagnes de vaccination contre les papillomavirus humains au collège. Poursuivant le même objectif, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026 a autorisé les centres de santé ainsi que les médecins, les sages-femmes et les infirmiers libéraux à détenir des vaccins dans leurs cabinets pour pouvoir les administrer plus facilement à leurs patients².

¹ Décrets n° 2023-736 et n° 2023-737 du 8 août 2023 et arrêté du 8 août 2023 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par certains professionnels de santé en application des articles L. 4241-1, R. 4311-5-1, R. 5125-33-8, R. 5126-9-1 et R. 6212-2 du code de la santé publique.

² Article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

De même, la création du dispositif « **Mon bilan prévention** » par la LFSS pour 2023¹ **soutient une implication renforcée des professionnels de santé dans les actions de promotion de la santé et de prévention.** Ces rendez-vous, réalisés par les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens, ne sont pas des consultations médicales mais des entretiens adaptés aux besoins de chaque individu qui visent à repérer d'éventuels facteurs de risque, à procéder à des vaccinations et à des dépistages ou à promouvoir des comportements favorables à la santé. Ils sont accessibles à chaque Français entre 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans et 70 et 75 ans².

• Plus largement, l'ensemble des professions de santé sont tenues à des degrés divers de concourir à des actions de promotion de la santé et de prévention, notamment :

- les infirmiers, qui ont pour mission de « *dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique* » et de « *participer à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage* »³ ;

- les pharmaciens, qui mettent « *en place des actions de prévention et de promotion de la santé parmi les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé* » et « *contribue[nt] aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique* »⁴ ;

- les masseurs-kinésithérapeutes⁵, qui intègrent dans leur pratique « *la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement* » des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Enfin, la place de la prévention a été renforcée à l'occasion des récentes réformes portant sur la formation des professionnels de santé, en particulier pour les pharmaciens⁶ et les infirmiers⁷.

¹ Article 29 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Arrêté du 28 mai 2024 relatif aux effecteurs, au contenu et aux modalités de tarification des rendez-vous de prévention.

³ Article L. 4311-1 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 5125-33-6 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 4321-1 du code de la santé publique.

⁶ Arrêté du 31 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives aux études pharmaceutiques.

⁷ Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'État infirmier.

2. Des limites de compétences fixées par la loi et bordées par la notion d'exercice illégal de la médecine

Les professionnels de santé n'interviennent que dans la limite des compétences que la loi fixe pour leur profession. Ces limites sont notamment déterminées en référence aux compétences détenues par les médecins, qui comprennent « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé* »¹ pour le médecin généraliste de premier recours, et la contribution « *à la prévention et à l'éducation pour la santé* »² pour les médecins spécialistes de premier ou de deuxième recours.

En effet, les compétences des différentes professions de santé ont historiquement été construites par dérogation au monopole d'exercice des médecins. Tout professionnel qui pratique des actes relevant du domaine de compétences des médecins, c'est-à-dire qui « *prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies* », sans disposer du titre requis pour se livrer à cet exercice, est passible de condamnation pour exercice illégal de la médecine³. Plus précisément, **l'exercice illégal de la médecine est celui pratiqué par des personnes ne disposant pas du titre professionnel de médecin ou par des médecins non-inscrits à l'Ordre ou radiés du tableau de l'Ordre.**

L'exercice illégal de la profession de médecin est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende⁴. Des peines complémentaires peuvent être prononcées⁵, notamment l'interdiction définitive ou pour une durée de cinq ans au plus d'exercer une ou plusieurs professions de santé ou toute autre activité professionnelle ou sociale mise en cause à l'occasion de la reconnaissance d'infraction d'exercice illégal de la médecine.

B. Desserrer les limites de compétence des pharmaciens et des masseurs-kinésithérapeutes afin de faciliter leur participation aux actions de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire

1. Autoriser la mesure de la pression artérielle par les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire

- Le 1° du I du présent article assouplit les bordures de l'exercice illégal de la médecine, de façon très circonscrite, pour autoriser la mesure de la pression artérielle par les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes à des fins de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire.

¹ Article L. 4130-1 du code de la santé publique.

² Article L. 4130-2 du code de la santé publique.

³ Article L. 4161-1 du code de la santé publique.

⁴ Ibid.

⁵ Article L. 4161-5 du code de la santé publique et article 131-39 du code pénal.

La mesure de la pression artérielle n'est pas un acte réservé à la profession de médecin, puisque les infirmiers peuvent s'y livrer. En revanche, il n'est pas explicitement prévu dans le champ de compétences de toutes les professions de santé et il participe effectivement à « *l'établissement d'un diagnostic* » par le professionnel concerné.

En conséquence, il est proposé d'ajouter la mesure de la pression artérielle par les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes à la liste des exceptions à l'exercice illégal de la médecine prévues par la loi. En effet, si les six premiers alinéas de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique définissent positivement le périmètre de l'exercice illégal de la médecine, le septième alinéa de ce même article en détermine les exceptions. Ainsi, les dispositions qui caractérisent l'exercice illégal de la médecine ne s'appliquent pas aux statuts et professions mentionnés, pour pratiquer les actes cités, et notamment « *aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale ou pour les prélèvements cervico-vaginaux réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, ni aux pharmaciens qui prescrivent des vaccins ou effectuent des vaccinations, ni aux infirmiers qui effectuent des consultations infirmières dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État ou qui prescrivent les produits de santé et les examens ou effectuent les actes professionnels et les soins figurant sur la liste prévue à l'article L. 4311-1, ni aux pharmaciens qui délivrent sans ordonnance des médicaments ou contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques en application des b et c du 9° de l'article L. 5125-1-1 A* ».

Dans un souci de lisibilité, le 1° du I du présent article procède d'une part à une réécriture globale de cet alinéa, dont la rédaction s'est trouvée alourdie par des ajouts successifs, sous la forme de treize alinéas. Il ajoute, d'autre part, la mesure de la pression artérielle parmi les actes que sont autorisés à pratiquer les pharmaciens (d) et les masseurs-kinésithérapeutes (e) sans encourir la qualification d'exercice illégal de la médecine.

• Par cohérence, le 2° et le 3° du I complètent les articles L. 4321-1 et L. 5125-1-1-A du code de la santé publique, relatifs respectivement aux missions et activités des masseurs-kinésithérapeutes et aux missions et activités des pharmaciens. Ils prévoient que ces professionnels sont autorisés à mesurer la pression artérielle des patients « *dans une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire* », fixant les limites de l'exercice de cette nouvelle faculté. S'agissant des pharmaciens, les conditions de mise en œuvre de cette nouvelle faculté doivent être définies par décret en Conseil d'État¹, ce qui n'est pas le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes.

• Enfin, le 2° bis du I procède à des coordinations juridiques pour permettre l'application des présentes dispositions dans les îles Wallis-et-Futuna et dans les Terres australes et antarctiques françaises.

¹ 9° de l'article L. 5125-1-1-A du code de la santé publique.

2. Associer une rémunération spécifique à cette nouvelle activité, conformément aux dispositions conventionnelles applicables aux pharmaciens et aux masseurs-kinésithérapeutes

Le II du présent article prévoit de modifier les dispositions relatives aux conventions régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes¹ d'une part, entre les organismes d'assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine² d'autre part, pour prévoir que la mesure de la pression artérielle puisse faire l'objet de modalités de rémunération spécifiques.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, le 8° de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale prévoit que la convention nationale signée par les représentants de la profession avec l'assurance maladie détermine, « *le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes* ».

S'agissant des pharmaciens titulaires d'officine, le 8° de l'article L. 162-16-1 du même code prévoit que la convention nationale signée par leurs représentants avec l'assurance maladie définit « *les rémunérations, [...] versées par l'assurance maladie en fonction de l'activité du pharmacien, évaluée au regard d'indicateurs et d'objectifs fixés conventionnellement* », qui peuvent notamment porter sur « *la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation* ».

Le II propose donc d'inscrire explicitement la mesure de la pression artérielle parmi les activités pouvant être ainsi rémunérées.

II - La position de la commission

• La commission salue la démarche de consolidation des compétences des professionnels de santé pour renforcer leur implication dans les actions de prévention.

La concrétisation d'un virage préventif des politiques de santé passe en effet par deux leviers essentiels s'agissant des professionnels de santé : accorder une place plus grande aux enjeux et aux méthodes de prévention dans la formation initiale et continue, et reconnaître des compétences et des actes de prévention parmi les missions mises en œuvre par les professionnels de santé. Plusieurs textes législatifs ont contribué à soutenir cette dynamique de consolidation des compétences ces dernières années, à l'instar de la LFSS pour 2023 créant les rendez-vous de prévention ou de la loi du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.

¹ Article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

S'agissant plus spécifiquement de la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires, tous les professionnels de santé formés à une approche holistique de la santé humaine sont susceptibles d'y contribuer, en particulier les médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Le rôle des pharmaciens a d'ailleurs été progressivement renforcé dans le champ de la prévention, comme l'illustrent la reconnaissance de leur rôle d'effecteur des rendez-vous de prévention, l'autorisation de remise de kits de dépistage du cancer colorectal, ou encore la généralisation à venir de l'expérimentation Osys qui leur permet de dépister et de traiter certaines situations cliniques simples¹. À cet égard, les pharmaciens sont déjà autorisés à mesurer la pression artérielle, notamment dans le cadre de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique pour le dépistage d'une cystite². De même, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent mesurer la pression artérielle dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation³.

Les évolutions de compétences proposées par le présent article concernant les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes s'inscrivent donc dans le prolongement naturel des compétences qu'ils détiennent déjà. La commission a soutenu ces dispositions. Elle s'est néanmoins interrogée sur l'opportunité de cantonner cette nouvelle compétence à une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire plutôt que de l'autoriser plus largement, sans en contraindre le contexte d'exercice. Compte tenu du périmètre de la PPL examinée, centrée sur les maladies cardio-neuro-vasculaires, elle a renvoyé cette réflexion à des travaux complémentaires. La commission a par ailleurs entendu souligner l'opportunité d'encourager la participation des professionnels de santé aux actions de prévention dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), cadre privilégié de déploiement de la prévention en santé.

• En revanche, la commission a supprimé les dispositions prévoyant la possibilité de rémunérer spécifiquement la mesure de la pression artérielle par les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes (COM-14).

Si elle convient de la nécessité de valoriser la participation des professionnels aux actions de prévention, elle considère que lesdites dispositions sont déjà satisfaites par la législation en vigueur, en particulier par les dispositions du code de la sécurité sociale qui définissent le contenu des conventions régissant les rapports de l'assurance maladie avec les représentants des professions précitées. Celles-ci visent en effet clairement

¹ Article 63 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

² Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle.

³ Article R. 4321-9 du code de la santé publique.

les « *activités autres que curatives* » pour les masseurs-kinésithérapeutes, et « *la participation à des actions de dépistage ou de prévention* » pour les pharmaciens titulaires d'officine. Il apparaît assez clairement que la mesure de la pression artérielle dans une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire pourrait donc entrer dans le champ de ces dispositions. Au surplus, la commission relève que la mesure de la pression artérielle n'est pas spécifiquement tracée ni reconnue comme un acte autonome lorsqu'elle est réalisée par les médecins.

Enfin, la commission a adopté un amendement rédactionnel (COM-13).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2

Obligation de prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires à la charge de l'employeur

Cet article propose d'ajouter aux missions des services de prévention et de santé au travail le dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et une sensibilisation des salariés à leurs facteurs de risques. Il complète également le contenu de la visite médicale obligatoire de mi-carrière en ce sens.

La commission a adopté cet article modifié par cinq amendements.

I - Le dispositif proposé

A. La prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires constitue un enjeu de santé au travail relevant à la fois des missions de l'employeur de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé des salariés

1. La politique de santé et de sécurité au travail, en prévenant les risques professionnels, inclut notamment la prévention des accidents cardio-neuro-vasculaires au travail

• **La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles constitue le pilier central de la politique de santé et de sécurité au travail.** En effet, la nécessité d'identifier et d'évaluer les risques professionnels, c'est-à-dire les risques auxquels le salarié est exposé en raison de sa situation de travail, justifie une approche préventive, à laquelle les employeurs, les salariés, les représentants du personnel et les professionnels de santé doivent coconstruire et dont les employeurs doivent pleinement se saisir.

L'article L. 4121-1 du code du travail énonce ainsi une obligation générale de sécurité au travail adossée à la responsabilité de l'employeur, et qui se traduit par la mise en place des mesures permettant d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Celles-ci comprennent notamment la mise en œuvre d'actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation du travailleur, ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

• **Cette obligation générale de sécurité englobe notamment la prévention des malaises mortels au travail, dont font partie les accidents cardio-neuro-vasculaires.** Il faut effectivement rappeler que tout accident survenant par le fait ou à l'occasion du travail est présumé constituer un accident du travail¹.

En outre, lors de son audition, le syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST) a pu rappeler que **les conditions de travail elles-mêmes constituent des déterminants majeurs du risque cardio-neuro-vasculaire.** Plusieurs facteurs de risques professionnels sont désormais largement documentés par la littérature scientifique, parmi lesquels le travail de nuit, les horaires atypiques, les durées excessives de travail, certaines contraintes physiques, la sédentarité professionnelle ou encore les risques psychosociaux.

La direction générale du travail a ainsi signalé au rapporteur que les malaises mortels représentent une part significative des accidents du travail graves et mortels, en constituant **près de 59 % des accidents mortels du régime général en 2024 et 37,7 % des accidents mortels du régime agricole entre 2022 et 2024**².

Or, une étude de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), menée en 2024 sur les malaises survenus entre 2012 et 2022, souligne que **ces malaises correspondent majoritairement à des morts subites d'origine cardio-vasculaire, telles que l'infarctus du myocarde,** dont la survenue peut être favorisée par certains facteurs professionnels. Elle fait par ailleurs état de l'occurrence plus fréquente de ces malaises chez les hommes, d'un âge médian de 51 ans, particulièrement chez ceux exerçant le métier de conducteur de poids lourds ainsi que parmi les professionnels du bâtiment³.

2. L'élargissement des missions des services de prévention et de santé au travail à la promotion de la santé a permis un décloisonnement de la santé au travail et de la santé publique

• **Les services de prévention et de santé au travail (SPST), dont l'action est encadrée par le titre II du livre VI du code du travail, constituent les principaux acteurs de l'accompagnement des employeurs en matière de prévention des risques professionnels et de protection de la santé des travailleurs.**

¹ Article L. 411-1 du code de la sécurité sociale.

² Réponse de la direction générale du travail au questionnaire du rapporteur.

³ INRS, Malaises mortels au travail : apports de la base Epicea, décembre 2024.

**Les services de prévention et de santé au travail (SPST) :
missions, organisation et champ d'intervention**

Aux termes de l'article L. 4622-2 du code du travail, les SPST ont pour mission « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». À cette fin, ils :

- conduisent des actions de santé au travail visant à préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail en encore de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail ;
- assurent le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs ;
- participent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Si les SPST sont mis en place et financés par les employeurs, ils exercent leurs missions de manière indépendante. En application des articles L. 4622-6 et L. 4622-7 du code du travail, tout employeur doit disposer d'un SPST autonome lorsque l'effectif ou la nature des risques le justifie, ou adhérer à un SPST interentreprises (SPSTA et SPSTI).

Le champ d'intervention des SPST dépasse le seul secteur privé. Il concerne également certains établissements publics employant du personnel de droit privé ainsi que les établissements de la fonction publique hospitalière¹. Par ailleurs, les administrations de la fonction publique d'État et territoriale peuvent également recourir à un SPST². Près de 690 000 agents publics étaient ainsi suivis par des SPST interentreprises en 2024³. Dans le reste des cas, ces deux versants de la fonction publique disposent de services de médecine de prévention spécifiques dont les missions sont définies par décret⁴. Les travailleurs indépendants relevant du livre VI du code de la sécurité sociale peuvent également s'affilier au SPST interentreprises de leur choix⁵.

• La récente extension des missions des SPST à la promotion de la santé des travailleurs permet désormais aux employeurs de mener des actions de prévention en santé publique. En pratique, celles-ci visent notamment la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires.

¹ Articles L. 4111-1 du code du travail et L. 811-2 du code général de la fonction publique.

² Article L. 812-3 du code général de la fonction publique pour la fonction publique territoriale et article 11 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique pour la fonction publique d'État.

³ Réponse de la direction générale du travail au questionnaire du rapporteur.

⁴ Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

⁵ Article L. 4621-3 du code du travail.

La loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail¹ est en effet venue élargir les missions des SPST, dans une logique de décloisonnement entre santé au travail et santé publique. Cette réforme procède directement de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020², par lequel les partenaires sociaux ont souhaité **accorder une place plus importante à la prévention primaire dans la politique de santé au travail.**

Cette évolution s'est traduite par l'introduction, à l'article L. 4622-2 du code du travail, d'une nouvelle mission confiée aux SPST, qui « *participent à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail* ». Pour renforcer ce décloisonnement, l'article précise par ailleurs que cette mission s'effectue en adéquation avec la stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.

• **Dans ce cadre, les SPST disposent par conséquent d'une large capacité d'intervention en matière de prévention primaire, qui inclut la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires.**

Selon les données communiquées par la direction générale du travail dans le cadre de son enquête sur l'activité des SPST en 2024, les SPST interentreprises ont déclaré avoir réalisé plus de 182 000 actions de promotion de la santé publique et les services autonomes plus de 141 000 actions. Les actions de dépistage et de vaccination constituent la part la plus importante de cette activité, avec plus de 146 000 actions de dépistage recensées. Les actions relatives à la prévention des cancers et des maladies chroniques, à la promotion de l'activité physique ou à la lutte contre les addictions figurent également parmi les interventions les plus fréquemment conduites³.

En outre, le quatrième plan santé au travail (PST4) pour la période 2021-2025 prévoyait expressément l'expérimentation de démarches de promotion de la santé cardiovasculaire en entreprise en son action 5.2, intitulée « Prévenir les risques multifactoriels et agir sur les déterminants de santé en milieu professionnel ». Les SPST sont ainsi encouragés à agir en matière de prévention primaire, et plus spécifiquement dans la lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires.

¹ Article 7 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

² Accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail.

³ Réponse de la direction générale du travail au questionnaire du rapporteur.

- **La prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires constitue ainsi un double enjeu pour l'employeur** : d'une part, prévenir les facteurs de risques professionnels susceptibles de favoriser l'apparition ou l'aggravation de ces pathologies ; d'autre part, participer, en s'appuyant sur les SPST, à des actions de promotion de la santé et de sensibilisation des salariés afin de réduire les facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires.

B. Il est proposé de donner à l'employeur une mission de sensibilisation annuelle des travailleurs aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires

- Le I complète le chapitre du code du travail prévoyant les **obligations générales de prévention de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail** par la création d'un nouvel article L. 4121-1-1. Cet article s'insère à la suite de l'article L. 4121-1, qui porte sur les mesures prises par les employeurs pour protéger la santé physique et mentale des travailleurs et assurer leur sécurité.

En son premier alinéa, le nouvel article L. 4121-1-1 impose l'organisation d'une **action de sensibilisation et d'information des facteurs de risques cardio-vasculaires** et de l'apparition des maladies cardio-neuro-vasculaires **par l'employeur à destination de ses salariés**. Il mentionne que celle-ci doit être réalisée *a minima* **annuellement**. Cet article crée ainsi une **obligation autonome de prévention primaire à la charge de l'employeur, indépendante des besoins spécifiques des entreprises ou des profils des travailleurs**.

Le deuxième alinéa de cet article établit **la liste des associations pouvant contribuer à la réalisation de cette action** de sensibilisation. Il est fait mention des associations à but non lucratif, des associations reconnues d'intérêt général au sens de l'article 200 du code général des impôts, ainsi que d'associations agréées spécifiquement pour leur activité dans le champ de la prévention sanitaire.

Le troisième alinéa précise que cette action est supplémentaire et ne se substitue pas aux actions menées par les services de prévention et de santé au travail définies aux articles L. 4622-2 et L. 4622-3 du même code, et constitue le prolongement des obligations générales de l'employeur prévues à l'article L. 4121-1.

- Le II renvoie quant à lui la fixation des modalités d'application de l'article 2 à un décret. Celui-ci détermine notamment les modalités d'agrément des associations réalisant des activités de prévention sanitaire. Cette disposition crée en effet un **nouvel agrément concurrent au dispositif d'agrément des associations de malades et d'usagers du système de santé**¹ par le biais duquel des associations menant des actions en matière de prévention peuvent déjà être reconnues².

¹ Articles L. 1114-1 à L. 1114-7 du code de la santé publique.

² Article R. 1114-1 du code de la santé publique.

- Le livre I de la quatrième partie du code du travail, dans lequel s'insère le nouvel article L. 4121-1-1 créé par l'article 2, est **applicable à l'ensemble des salariés du secteur privé ainsi qu'aux agents des trois versants de la fonction publique**, en application des articles L. 811-1 et L. 811-2 du code général de la fonction publique et des décrets spécifiques à la fonction publique d'État¹ et à la fonction publique territoriale².

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. En commission

Cet article a fait l'objet d'un amendement de réécriture globale en commission par le député M. Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, complété par deux sous-amendements.

L'article 2, s'il conserve une **obligation de prévention des facteurs de risques** cardio-neuro-vasculaires à la charge de l'employeur, la complète désormais par une **obligation de dépistage** des maladies cardio-neuro-vasculaires et **intègre ces actions aux missions des SPST**. Il vient également **étendre la mission générale de promotion de la santé des SPST, dépassant ainsi le cadre de la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires**.

1. L'extension des missions des SPST

Tout d'abord, le troisième alinéa de l'article 2 modifie l'article L. 4622-2 du code du travail en son 5°, qui concerne la mission de promotion de la santé des SPST. Pour rappel, celle-ci comprend actuellement la réalisation de « *campagnes de vaccination et de dépistage, [d'] actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et [d'] actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail* ».

- Le a) du 2° vient compléter cette mission en précisant que les campagnes de dépistage comprennent systématiquement des **dépistages des maladies cardio-neuro-vasculaires**.

- Par ailleurs, l'amendement de rédaction globale est venu compléter l'objet des actions de sensibilisation des SPST, qui doivent comprendre **une sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires**, et en établit une **liste non-exhaustive**, à savoir « *le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle et le cholestérol* ». Du fait de l'adoption d'un sous-amendement de Mme Rousseau et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste et Social,

¹ Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la défense et décret n° 2010-974 du 26 août 2010 relatif à la santé et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale du personnel militaire servant au sein de la gendarmerie nationale.

² Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

le b) du 2° prévoit également que **les actions de sensibilisation relatives aux maladies cardio-neuro-vasculaires ainsi qu'aux bénéfices de la pratique sportive sont réalisées annuellement.**

• Le c) du 2° énonce ensuite la nouvelle liste des acteurs pouvant contribuer aux missions de promotion de la santé des SPST en partenariat avec l'employeur, qui diffère de la liste retenue dans le texte initial. Il peut ainsi s'agir :

- d'une association de prévention en santé faisant partie des associations de malades et d'usagers du système de santé agréées dans les conditions prévues par l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ;

- d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) mentionnée à l'article L. 1434-12 du même code ;

- à la suite de l'adoption d'un sous-amendement à l'initiative du rapporteur M. Neuder, d'étudiants en santé, dans le cadre des activités de prévention dans les territoires auxquelles ils participent au titre du service sanitaire. Il s'agit notamment des étudiants en médecine, en pharmacie, en odontologie, en maïeutique, ainsi que les étudiants en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie.

2. L'élargissement de l'objet de la visite médicale de mi-carrière du salarié

En outre, l'article 2 vient étendre l'objet de la visite médicale de mi-carrière réalisée par le médecin du travail et prévue par l'article L. 4624-2-2 du code du travail. Cette visite est notamment organisée à une échéance déterminée par accord de branche ou, à défaut, durant l'année civile du quarante-cinquième anniversaire du travailleur. Elle peut également être réalisée de manière anticipée ou lors du retour à l'emploi du travailleur dans des conditions fixées par cet article.

L'article L. 4624-2-2 détermine l'objet des visites de mi-carrière comme suit :

« 1° Établir un état des lieux de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, à date, en tenant compte des expositions à des facteurs de risques professionnels auxquelles il a été soumis ;

2° Évaluer les risques de désinsertion professionnelle, en prenant en compte l'évolution des capacités du travailleur en fonction de son parcours professionnel, de son âge et de son état de santé ;

3° Sensibiliser le travailleur aux enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels. »

Le médecin du travail se concentre ainsi sur les risques professionnels auxquels le travailleur pourrait être exposé, et l'adéquation de son état de santé avec son poste de travail.

Or, aux termes du 3°, l'article 2 propose de compléter ces missions par une **obligation de prévention primaire de sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires** et une **obligation de proposition d'un dépistage précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurelles**. Il est précisé que ce dépistage comprend une évaluation clinique et biologique.

• Il convient de noter que seuls les livres I à V de la quatrième partie du code du travail s'appliquent aux agents de la fonction publique d'État et de la fonction publique territoriale¹. Les dispositions prévues par l'article, telles qu'elles sont rédigées à l'issue de l'examen du texte en commission, s'insérant dans le livre VI, **ne sont pas applicables à ces deux versants de la fonction publique, qui disposent de services de médecine de prévention spécifiques**.

L'article 2 s'applique ainsi aux **employeurs du secteur privé, à certains établissements publics, aux établissements publics employant des agents contractuels de droit privé ainsi qu'aux établissements de la fonction publique hospitalière**². Par exception, il s'applique également aux administrations publiques qui ont recours à un SPST interentreprises³.

B. En séance

En séance, les députés ont adopté sept amendements, dont six amendements du rapporteur.

La majorité des amendements visait à compléter la liste des facteurs de risques visés par l'action de sensibilisation des SPST et de la visite de mi-carrière des salariés. Les facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires retenus, par cohérence avec ceux mentionnés à l'article 1^{er}, sont ainsi les suivants : « *l'excès de consommation d'alcool, le tabagisme, la sédentarité, le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité et le cholestérol* ».

Par ailleurs, un amendement du rapporteur a consolidé la liste des acteurs pouvant contribuer à la mission de promotion de la santé des SPST prévue à l'alinéa 6, en ajoutant les mutuelles mentionnées à l'article L. 111-1 du code de la mutualité, les institutions de prévoyance mentionnées à l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les entreprises visées par l'article L. 310-1 du code des assurances.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Article L. 811-1 du code général de la fonction publique.

² En vertu des articles L. 4111-1 du code du travail et L. 811-2 du code général de la fonction publique.

³ En vertu de l'article L. 812-3 du code général de la fonction publique pour la fonction publique territoriale et de l'article 11 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique pour la fonction publique d'État.

III – La position de la commission

La commission **soutient la mise en place d’une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires** et estime à ce titre nécessaire de renforcer la prévention des facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires auprès des salariés, dans la continuité des nouvelles missions dévolues aux SPST par la loi du 2 août 2021.

Elle estime que cette initiative permettra également de **valoriser les compétences en matière de prévention des professionnels exerçant dans les SPST**, qu’il s’agisse des médecins du travail ou des infirmiers de santé au travail, qui sont pleinement formés au dépistage de ces maladies.

La commission espère par ailleurs que les évolutions apportées par cette proposition de loi seront déclinées dans la fonction publique d’État et territoriale, afin que l’ensemble des travailleurs bénéficient d’une protection équivalente. Elle salue l’inclusion, annoncée par la direction générale de l’administration et de la fonction publique, d’un volet dédié à la promotion des actions de prévention en santé publique dans le prochain « Plan santé au travail dans la fonction publique 2026-2030 », actuellement en cours de concertation.

Elle considère néanmoins que la contribution des SPST à une politique de prévention primaire doit être adaptée aux besoins de chaque entreprise et au profil des travailleurs, au risque sinon de surcharger des services déjà affectés par la pénurie des professionnels de la médecine du travail. La commission a ainsi cherché à concilier l’importance d’améliorer la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires et la sensibilisation à ses facteurs de risques avec le cœur de mission des SPST, la prévention des risques professionnels.

De ce fait, la commission a adopté les amendements suivants :

- Par un amendement COM-15, elle a **supprimé la référence au dépistage individuel des maladies cardio-neuro-vasculaires** que devraient réaliser les SPST. Elle rappelle en effet qu’un dépistage individuel de ces maladies peut déjà être effectué, dans le cadre des actions de prévention des risques professionnels ainsi que par le biais des actions de promotion de la santé des travailleurs, qui incluent des campagnes de dépistage.

En outre, elle craint que cette disposition alourdisse de manière déséquilibrée la charge de travail des SPST, et qu’une systématisation de ces dépistages indépendamment des besoins des travailleurs réduise la pertinence du dispositif.

- L’amendement COM-16 est quant à lui venu **supprimer le caractère annuel des actions de sensibilisation des SPST**, du fait de la charge de travail qu’une telle périodicité ferait peser sur ces services, qui pourrait pénaliser l’exécution de l’ensemble de leurs missions.

- Par cohérence avec les modifications apportées à l'article 1^{er}, la commission a adopté l'amendement COM-17 venant **compléter la liste des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire, en y ajoutant la maladie rénale chronique**. Cet amendement repositionne par ailleurs le tabac en premier parmi les facteurs de risque, compte tenu de son impact relatif dans la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires.

- S'agissant des acteurs pouvant participer aux actions de promotion de la santé menées par les SPST, la commission, par l'amendement COM-18, **a donné à la liste proposée un caractère non-exhaustif**, permettant l'intervention de tout autre acteur pertinent afin de favoriser la prévention sur le lieu de travail. Cet amendement a en outre **complété cette liste des acteurs en y mentionnant tout organisme, dont des personnes morales de droit privé, dont l'activité principale ou accessoire porte sur la promotion de la santé et la prévention**. Cette mention permet par exemple de viser les entreprises réalisant des bilans de santé.

- Enfin, en adoptant l'amendement COM-19, la commission **a intégré à l'objet de la visite médicale de mi-carrière des salariés une sensibilisation à certains enjeux de santé publique liés à la santé au travail ou à son insertion professionnelle**. En sus, elle a complété cette action de sensibilisation par **une obligation d'orientation du travailleur vers un professionnel de santé pour réaliser un dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires lorsque des facteurs de risques sont repérés**. Le dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurelles ne serait donc pas réalisé par les SPST eux-mêmes, mais en dehors de l'entreprise, en fonction de l'évaluation des facteurs de risques identifiés.

Par cet amendement, la commission a entendu proportionner au plus juste la charge induite par cette nouvelle mission de prévention, et à l'articuler avec les missions de prévention de la santé au travail exercées par les SPST.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 bis

Sensibilisation des élèves aux facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire

Cet article, issu d'un amendement du rapporteur adopté en commission à l'Assemblée nationale, vise à soutenir les actions de prévention en faveur de la santé cardio-neuro-vasculaire dans les écoles.

La commission a adopté cet article modifié par deux amendements.

I - Le dispositif proposé

A. La santé cardiovasculaire, un enjeu dès le plus jeune âge

1. Des facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires présents chez les plus jeunes

L'évolution de nos modes de vie accroît l'incidence de certains facteurs de risque comportementaux et métaboliques – sédentarité, tabagisme, hypertension artérielle, diabète, cholestérol, etc. – impliqués dans la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires. **Cette incidence, caractérisée dès l'enfance, signale une exposition précoce au risque cardio-neuro-vasculaire**, indépendamment de tout facteur de risque génétique.

- Parmi ces facteurs, la sédentarité et le manque d'activité physique présentent des niveaux préoccupants chez les enfants et les adolescents, puisque **seulement 33 % des filles et 51 % des garçons de 6 à 17 ans atteignaient en 2024 les recommandations d'activité physique¹** fixées à soixante minutes d'activité physique d'intensité modérée à soutenue par jour en moyenne. Le taux d'activité physique diminue après dix ans, et la proportion d'enfants atteignant le niveau d'activité physique recommandé est plus faible au sein des ménages les moins diplômés.

- La **prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants était estimée à 17 % en 2015, dont 4 % d'obèses²**. Si cette prévalence apparaît stable depuis 2006, elle se caractérise par l'accentuation du gradient social et donc, des inégalités corrélées à la catégorie socioprofessionnelle des parents. Ainsi, les proportions d'enfants en surcharge pondérale et obèses s'établissaient respectivement à 22 % et 6 % parmi les enfants d'ouvriers et à 13 % et 1 % parmi les enfants de cadres³.

¹ Santé publique France, Activité physique et sédentarité dans la population en France, septembre 2024.

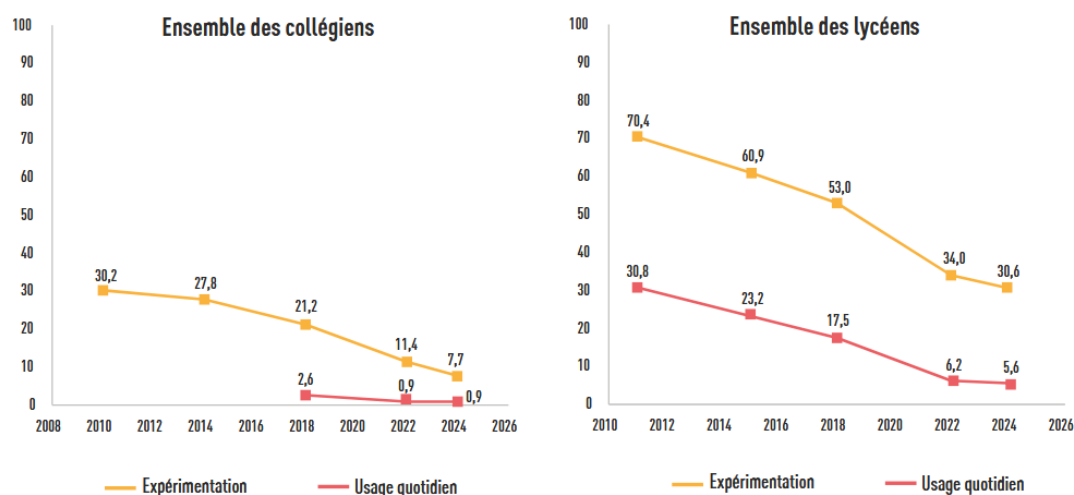
² Étude ESTEBAN 2014-2016 portant sur la corpulence des enfants de 6 à 17 ans et des adultes de 18 à 74 ans.

³ Drees, « La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale », Etudes et résultats numéro 0993, février 2017.

• S'agissant du **tabagisme**, les évolutions constatées ces dernières années sont encourageantes, puisqu'une diminution sensible de la consommation de tabac est observée chez les adolescents. Selon les données de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)¹, moins d'un collégien sur dix (7,7 %) et moins d'un lycéen sur trois (30,6 %) déclare avoir expérimenté le tabac à fumer en 2024. Au global, **entre 2010 et 2024**, l'expérimentation du tabac a été divisée par quatre chez les collégiens, par deux chez les lycéens, et **le tabagisme quotidien a été divisé par cinq chez les lycéens. En revanche, l'usage de la cigarette électronique au collège et au lycée est plus répandu que celui des cigarettes de tabac et le vapotage quotidien accélère sa progression au lycée depuis 2022.**

Pour mémoire, dans le cadre du PNLT 2023-2027, le Gouvernement s'est fixé pour objectif de diminuer à moins de 13 % la part des jeunes fumeurs de 17 ans en 2026 et d'atteindre un taux de 10 % en 2028.

Évolution de l'usage des cigarettes de tabac chez les collégiens et les lycéens entre 2010 et 2024



Source : OFDT

2. Une mission de promotion de la santé difficilement assumée par l'éducation nationale

La promotion de la santé des élèves fait partie des missions de l'éducation nationale². Elle inclut notamment « l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres », « la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents » et « la détection précoce des problèmes de santé physique ou psychique ou des carences de soins pouvant entraver

¹ OFDT, Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens – Résultats ENCLASS 2024, février 2026.

² Article L. 541-1 du code de l'éducation.

la scolarité »¹. La politique de promotion de la santé à l'école vise prioritairement à réduire les inégalités sociales entre les élèves et à favoriser leur réussite scolaire².

- Les actions de promotion de la santé des élèves reposent notamment sur **des visites médicales et des examens de dépistage** organisés au cours de la scolarité par les personnels du service de santé scolaire (médecins, infirmiers, assistants de service social, psychologues), en coordination avec ceux de la protection maternelle et infantile. Ces visites et examens permettent de détecter précocement les troubles et pathologies susceptibles d'entraver l'apprentissage de l'élève, et d'organiser le cas échéant un suivi individualisé adapté à ses besoins. Le code de l'éducation prévoit en particulier que chaque élève doit bénéficier :

- d'une visite médicale entre trois et quatre ans visant à dépister les troubles sensoriels, psycho-affectifs, statur pondéraux ou neurodéveloppementaux, en particulier du langage oral ;

- d'une visite médicale au cours de la sixième année de l'enfant pour dépister des troubles spécifiques du langage et des apprentissages ;

- d'examens médicaux périodiques tout au long de la scolarité des élèves, qui peuvent être réalisés à la demande des élèves, des familles et des équipes éducatives.

Toutefois, confrontés à des difficultés structurelles de fonctionnement, **les services de santé scolaire peinent à assurer l'ensemble de leurs missions dans un contexte d'effondrement des effectifs de médecins et de sous-effectif durable des infirmiers et des psychologues**. Actuellement, seuls 20 % des élèves bénéficient effectivement d'une visite médicale au cours de leur sixième année. Cette situation a conduit la ministre de l'éducation nationale à annoncer au printemps 2025 que le Gouvernement s'assignait pour objectif de faire bénéficier 100 % des élèves d'une analyse personnalisée de leur situation de santé à compter de la rentrée 2026³.

- La promotion de la santé repose également sur **des actions d'information et d'éducation à la santé menées dans le cadre de programmes d'enseignement scolaire**, notamment l'enseignement de l'éducation physique et sportive⁴, l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle⁵, l'éducation à l'alimentation et à la lutte contre le gaspillage alimentaire⁶ et l'information

¹ Article L. 121-4-4 du code de l'éducation.

² Circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015, Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves.

³ Annonces de douze mesures Mme Elisabeth Borne, ministre de l'éducation nationale, lors de la clôture des assises de la santé scolaire le 14 mai 2025 : Santé scolaire, Agir pour les élèves au cœur de l'école.

⁴ Article L. 312-3 du code de l'éducation.

⁵ Article L. 312-16 du code de l'éducation.

⁶ Article L. 312-17-3 du code de l'éducation.

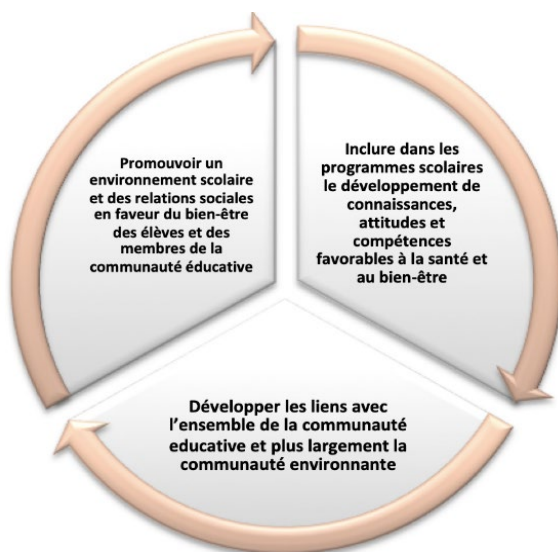
sur les conduites addictives et leurs risques¹. **Ces enseignements n'occupent toutefois qu'une place très marginale dans les temps scolaires** : pour les conduites addictives, le code de l'éducation n'oblige par exemple qu'à prévoir une séance annuelle au minimum.

Ces enseignements sont conduits avec le concours d'intervenants extérieurs et d'acteurs de proximité n'ayant pas la qualité de professionnels de santé, en particulier des acteurs associatifs. À cet égard, la direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) du ministère de l'éducation nationale recommande de favoriser les partenariats avec les acteurs associatifs disposant d'un agrément national ou académique. L'agrément peut en effet être obtenu à deux niveaux : national, sous réserve d'un avis favorable du ministre, ou académique pour les associations locales ou n'intervenant que sur un nombre limité d'académies. Ces associations interviennent durant le temps scolaire en appui aux activités d'enseignement, sous la responsabilité pédagogique des enseignants.

• Au titre de ses missions de promotion de la santé à l'école, **le ministère de l'éducation nationale soutient depuis 2020 le déploiement des « écoles promotrices de santé » (Epsa)**, dans une approche globale orientée vers le bien-être et la réussite des élèves.

L'approche des écoles promotrices de santé s'appuie notamment sur le renforcement des compétences psychosociales des élèves et l'amélioration de la littératie en santé, c'est-à-dire sur une meilleure connaissance des déterminants de santé comportementaux et environnementaux (activité physique, alimentation, exposition aux écrans, consommation de tabac et d'alcool, etc.).

Elle vise aussi à promouvoir le développement d'environnements favorables au sein de l'école. Comme l'indique la Dgesc, « ces pratiques permettent de réduire les facteurs de risque de troubles cardio-neuro-vasculaires (hypercholestérolémie, diabète, hypertension artérielle), mais ce n'est pas l'entrée par la maladie qui est préconisée »².



Source : Vademecum L'école promotrice de santé, Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse

¹ Article L. 312-18 du code de l'éducation.

² Réponse de la Dgesc au questionnaire du rapporteur.

B. Inscrire la prévention en faveur de la santé cardio-neuro-vasculaire parmi les actions de promotion de la santé menées à l'école

Cet article propose de modifier le code de l'éducation pour renforcer la place de la prévention cardio-neuro-vasculaire dans les actions de promotion de la santé menées à l'école.

À cette fin, il prévoit de **préciser que les actions de promotion de la santé des élèves peuvent être réalisées en partenariat avec des associations de prévention en santé agréées ou avec une communauté professionnelle territoriale de santé.**

S'agissant de l'agrément des associations, l'article renvoie à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique qui concerne les associations représentatives des usagers du système de santé, seules habilitées à siéger dans les instances hospitalières ou de santé publique, sous réserve que leurs représentants aient suivi une formation préalable dont le cahier des charges est fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. En l'état du droit, les conditions d'agrément des associations qui apportent leur concours à l'enseignement public sont aujourd'hui fixées par des dispositions réglementaires du code de l'éducation¹, non par le code de la santé publique.

L'article propose en outre de **mentionner explicitement la sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires** parmi les actions de prévention et d'information dont bénéficient les élèves au cours de leur scolarité.

II - La position de la commission

• **La commission soutient la nécessité de renforcer les actions de promotion de la santé à l'école, dans le cadre des missions qui sont déjà dévolues à l'éducation nationale.** Elle constate que ces missions sont aujourd'hui difficilement assumées, dans un contexte de fragilisation des services de santé scolaire auquel les Assises de la santé scolaire n'ont apporté que peu de réponses, malgré quelques mesures en faveur de la santé mentale des élèves.

Compte tenu de la prévalence des facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires, en particulier comportementaux, dès l'enfance et l'adolescence, elle recommande d'investir plus résolument la démarche des écoles promotrices de santé et d'améliorer la littératie en santé des élèves. L'école, lieu de vie et espace d'inclusion républicain, doit contribuer à gommer les inégalités de santé en accompagnant les élèves dans leur parcours de santé et en leur donnant des clés pour les rendre acteurs de leur propre santé.

¹ Articles D. 551-1 à D. 551-6 du code de l'éducation.

Si la commission reconnaît que l'école ne peut endosser l'ensemble des sujets de santé publique, elle considère qu'une réflexion sur l'intégration de temps de prévention tout au long de la scolarité est indispensable, pour veiller à leur bonne articulation avec le temps des enseignements obligatoires.

• **Souscrivant au dispositif général de l'article, la commission a tenu à en renforcer la cohérence** en regroupant en un seul espace du code de l'éducation la liste des acteurs susceptibles de participer aux actions de promotion de la santé à l'école. En adoptant l'amendement COM-20, elle a ainsi inscrit les associations agréées et les communautés professionnelles territoriales de santé aux côtés des acteurs de proximité non professionnels de santé déjà mentionnés à l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation.

Par ce même amendement, elle a supprimé la référence à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, relatif au dispositif d'agrément des associations. Ces agréments lui semblent en effet ne devoir relever que de la responsabilité pleine et entière du ministre de l'éducation nationale, non de celle du ministre de la santé. Le renvoi à un dispositif d'agrément défini par voie réglementaire permet ainsi de préserver le modèle d'agrément en vigueur, placé sous la responsabilité des services de l'éducation nationale. Enfin, la commission a adopté un amendement rédactionnel (COM-21).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 ter

Rapport sur la mise en place d'une campagne de dépistage et de sensibilisation des étudiants

Cet article prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre de la loi dans un délai de trois ans suivant sa promulgation.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement de Karen Erodi et plusieurs de ses collègues du groupe La France Insoumise – Nouveau Front Populaire adopté lors de l'examen du texte par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Il est proposé que le Gouvernement remette au Parlement un rapport présentant les coûts et les bénéfices d'une campagne de dépistage et de sensibilisation aux facteurs de risques cardio-vasculaires dans les établissements d'enseignement supérieur. Le rapport devra notamment s'attacher à évaluer les conséquences sociales et sanitaires de la mise en place d'une telle campagne et à proposer des pistes de financement.

II- La position de la commission

La commission tient à souligner l'importance de la prévention de la sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires de l'ensemble des publics, dont les étudiants. Elle s'est ainsi attelée à favoriser l'implication des professionnels de santé, des employeurs et des services de l'éducation nationale dans la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires.

Considérant que les rapports demandés par le Parlement ne lui sont, dans les faits, que rarement remis par le Gouvernement, elle a appliqué sa doctrine habituelle en supprimant cette demande de rapport par l'adoption de l'amendement n° COM-22 de son rapporteur.

La commission a supprimé cet article.

Article 2 quater

Rapport évaluant la mise en œuvre de la loi

Cet article prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre des dispositions de la loi dans un délai de trois ans suivant sa promulgation.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement du rapporteur Yannick Neuder adopté en commission à l'Assemblée nationale.

Il propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre des dispositions de la loi en présentant notamment une analyse médico-économique des mesures engagées. Ce rapport devrait être remis dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la loi.

Il s'agit de permettre au Parlement de disposer d'un bilan quantitatif et qualitatif de l'application de la loi, ainsi que de données sur les coûts supplémentaires et les économies permises, en particulier en termes de moindres dépenses de soins.

II - La position de la commission

La commission, habituellement réticente à l'insertion de demandes de rapport dans les textes qu'elle examine, a supprimé cet article (COM-23).

Les mesures qui seront adoptées dans le cadre de la présente proposition de loi devront être suivies et évaluées, sans que cette évaluation ne nécessite un rapport dédié du Gouvernement.

La commission relève au surplus que des mesures visant à réduire la prévalence de pathologies chroniques par une politique de prévention renforcée doivent préférentiellement être évaluées dans un délai suffisamment long pour en apprécier les impacts positifs. À court terme, de telles mesures se traduisent bien souvent par des coûts supplémentaires, tandis que leurs effets en moindres dépenses n'apparaissent qu'après quelques années.

La commission a supprimé cet article.

Article 3

Gage financier de la proposition de loi

Cet article vise à gager les conséquences financières sur l'État et les organismes de sécurité sociale de l'adoption de la présente proposition de loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose de gager les conséquences de la proposition de loi sur les finances respectives de l'État et des organismes de sécurité sociale. À cette fin, il prévoit de créer une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services, et de majorer cette même accise sur les tabacs.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

En commission, les députés ont adopté un amendement à l'initiative du rapporteur M. Yannick Neuder visant à supprimer :

- les alinéas 1 et 2 gageant les conséquences de la proposition de loi sur les finances de l'État, considérant que le texte est dépourvu d'effet sur les recettes et les dépenses de l'État ;

- l'alinéa 4 gageant les pertes de recettes qu'occasionnerait la proposition de loi sur les finances des organismes de sécurité sociale, le texte étant dépourvu d'effet sur ces recettes.

III - La position de la commission

Limitée par les conditions de recevabilité financière, la commission n'est pas en mesure de lever le gage financier de la présente proposition de loi. Elle appelle le Gouvernement, qui a engagé la procédure accélérée sur le texte, à procéder à la suppression de ce gage.

La commission a adopté cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 3 juin 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de M. Khalifé Khalifé, rapporteur, sur la proposition de loi (n° 529, 2025-2026) visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous passons à l'examen du rapport de Khalifé Khalifé et à l'élaboration du texte de la commission sur la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur. Ce texte a été déposé par notre collègue député, et ancien ministre, Yannick Neuder, et adopté par l'Assemblée nationale le 8 avril dernier, après engagement de la procédure accélérée. Comme les deux autres propositions de loi que nous examinons ce matin hors procédure de législation en commission, il est inscrit à l'ordre du jour des travaux du Sénat du mardi 9 juin.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Nous allons nous pencher sur un texte important, qui peut constituer un signal politique fort pour soutenir le virage de la prévention dans nos politiques de santé publique.

Les maladies cardio-neuro-vasculaires représentent en France la deuxième cause de mortalité après les cancers. Jusqu'à peu, elles étaient même la première cause de mortalité des femmes, devant le cancer du sein. Pourtant, alors même que leur prévalence est en hausse continue sous l'effet du vieillissement de la population, aucune stratégie de lutte ne leur est consacrée.

Le cancer, première cause de mortalité évitable, fait lui l'objet de plans ministériels depuis plus de vingt ans, le premier plan Cancer ayant été lancé en 2003 par Jacques Chirac. Les moyens dédiés à cette lutte ont permis d'accomplir des progrès importants en matière de prévention, de prise en charge, mais aussi de recherche. À l'inverse, les maladies cardio-neuro-vasculaires pâtissent d'une invisibilisation injustifiée au regard de leur impact considérable, à laquelle cette proposition de loi nous donne l'occasion de remédier.

Dans ce contexte, le 8 avril dernier, l'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur. Ce texte, déposé par Yannick Neuder en décembre dernier, est le fruit de la mobilisation active des sociétés savantes, notamment la Société française de cardiologie et la Fédération française de cardiologie, ainsi que d'experts reconnus. Depuis plusieurs années, ces acteurs œuvrent à ce qu'un véritable « plan Cœur » puisse voir le jour en France avec le soutien du Gouvernement.

Mais c'est à l'échelle européenne que leur action a pour l'instant porté ses fruits, dans le cadre de leur participation au groupe Cardiopolicy de la Société européenne de cardiologie. Une fois n'est pas coutume, l'Europe a pris les devants sur ce sujet, la Commission européenne ayant présenté son « plan pour un cœur en bonne santé » il y a à peine six mois, avec l'ambition de soutenir l'initiative des États membres en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des maladies cardio-neuro-vasculaires. La France accuse donc aujourd'hui un retard certain qu'il convient de combler sans plus attendre.

Pour commencer, je voudrais rappeler le coût sanitaire et économique que représentent aujourd'hui les maladies cardio-neuro-vasculaires.

Avec 140 000 décès annuels, ces maladies sont responsables d'un peu plus de 20 % de la mortalité évitable en population adulte. C'est considérable. Mais parce qu'elles restent peu connues du grand public, certaines de leurs caractéristiques peuvent surprendre. Par exemple, parmi le million d'hospitalisations qu'elles occasionnent chaque année, au minimum, environ un quart concerne les moins de 65 ans. Les pathologies cardio-neuro-vasculaires ne sont pas seulement des pathologies de la personne âgée. De même, le fait qu'elles soient une cause de l'entrée en dépendance est souvent ignoré ; or les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la première cause de handicap physique acquis de l'adulte.

La diversité des maladies cardio-neuro-vasculaires ne facilite certainement pas l'appropriation des enjeux de santé publique qui leur sont attachés. Les cardiopathies ischémiques, qui incluent les infarctus du myocarde, représentent le plus lourd fardeau sanitaire avec 3 millions de personnes touchées. L'insuffisance cardiaque concerne elle près d'un million et demi de personnes. On estime que sa prévalence devrait augmenter de 25 % tous les quatre ans au cours des prochaines années.

Je ne veux pas vous assommer de données, mais cette photographie permet de mesurer l'ampleur du phénomène auquel nous faisons face. Comme pour les cancers, c'est une bombe épidémiologique que nous devons anticiper, pour la santé de nos concitoyens, et pour la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie. Actuellement, les maladies cardio-neuro-vasculaires représentent la première cause d'affections de longue durée (ALD) reconnues, devant les cancers et les diabètes de type 1 et 2. Ainsi, 45 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie sont consacrés à la prise en charge de ces pathologies et ce montant continuera de croître, inévitablement, en l'absence de politique de prévention structurée et ambitieuse.

Il est une bonne nouvelle que nos politiques de santé ont jusqu'à présent trop négligée : la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires est, pour l'essentiel, déterminée par des facteurs de risques comportementaux et métaboliques accessibles à la prévention. Au premier rang de ces facteurs

figurent le tabagisme, la sédentarité, le surpoids, l'hypertension artérielle ou encore le diabète. Ils sont particulièrement présents parmi les publics défavorisés, ce qui signifie que l'exposition au risque cardio-neuro-vasculaire est d'autant plus forte que la catégorie socio-professionnelle est modeste. Ces inégalités sont encore renforcées par des disparités dans l'accès aux soins, qui favorisent les retards de dépistage et les prises en charge tardives, quand les complications sont déjà installées. Ainsi, 23 % des insuffisants cardiaques sont diagnostiqués avec une exacerbation aiguë. Santé publique France estime, par exemple, qu'une réduction de 30 % de la prévalence de l'hypertension artérielle permettrait d'éviter 120 000 hospitalisations par an.

Enfin, les femmes sont aussi particulièrement vulnérables au risque cardiovasculaire, du fait de facteurs de risques hormonaux, mais aussi d'une hausse du tabagisme parmi certaines générations. Depuis quinze ans, on observe ainsi une hausse de l'incidence du syndrome coronarien aigu parmi les femmes.

Le panorama général étant dressé, j'en viens maintenant à l'examen de la proposition de loi. L'ambition générale du texte, qui est de renforcer la prévention cardio-neuro-vasculaire, ne peut qu'être partagée. Pour autant, la proposition de loi me semble pouvoir être consolidée, tant dans sa portée que dans la mise en œuvre des leviers qu'elle énumère.

L'article 1^{er} vise d'abord à faire de la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires une priorité de santé publique, en s'appuyant sur trois mesures principales.

D'abord, il prévoit que des consultations médicales et des examens de dépistage puissent être créés dans le cadre d'un programme de santé ministériel. Ensuite, il tend à faire des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, une opportunité de sensibilisation aux principaux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires et de permettre, à cette occasion, de procéder à un dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurelles. Enfin, il crée un dépistage organisé chez les enfants de six ans, incluant le repérage de l'hypercholestérolémie familiale.

L'équilibre de ce premier article est structurant : c'est pourquoi je vous proposerai de renforcer sa portée et d'adapter certains des leviers qu'il vise à déployer. Pour cela, je vous soumettrai d'abord un amendement visant à inscrire dans la loi un véritable « plan Cœur », c'est-à-dire une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, comme cela existe pour le cancer. Cette reconnaissance constituerait un signal politique fort et soutiendrait la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de prévention, de dépistage et d'organisation des parcours de soins. Parce qu'il me semble aussi important de refléter cette ambition dans l'intitulé de la proposition de loi, je vous soumettrai un amendement modifiant le titre.

S'agissant des rendez-vous de prévention, je vous proposerai plusieurs ajustements.

D'une part, je crois préférable de renvoyer les modalités du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires que l'assuré se verrait proposer aux travaux de la Haute Autorité de santé (HAS) : il n'appartient pas au législateur de s'y substituer. Par conséquent, la référence au dosage de la lipoprotéine de type a me semble devoir être supprimée.

D'autre part, je soutiendrai la mention de la maladie rénale chronique parmi les principaux facteurs de risques énumérés par la loi : je rappelle qu'un patient souffrant d'une insuffisance rénale modérée a un risque majoré de 40 % de mourir d'une cause cardiovasculaire.

S'agissant du dépistage universel de l'hypercholestérolémie familiale chez les enfants, je vous proposerai de subordonner sa mise en œuvre à une recommandation de la HAS, dont le rôle est précisément d'évaluer la balance bénéfices-risques de telles actions. La HAS ayant été saisie par la ministre sur cette question ; nous serons donc prochainement fixés.

L'article 1^{er} *bis* vise, quant à lui, à favoriser l'accessibilité des actions de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire en permettant aux pharmaciens et aux masseurs-kinésithérapeutes de mesurer la pression artérielle des patients. Il s'inscrit dans le prolongement des compétences que détiennent déjà ces professionnels, et c'est pourquoi ces dispositions me paraissent devoir être soutenues.

En revanche, je vous proposerai de supprimer les alinéas qui prévoient de rémunérer spécifiquement les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes pour cette nouvelle activité. Les dispositions législatives et conventionnelles le permettent déjà, au titre des actions de prévention et non curatives que peuvent mener ces professionnels, sans qu'il soit nécessaire de mentionner la mesure de la pression artérielle dans la loi.

Les articles 2 et 2 *bis* visent à renforcer la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires en entreprise et à l'école.

Pour cela, l'article 2 prévoit d'étoffer les missions des services de prévention et de santé au travail en systématisant la réalisation de dépistages auprès des travailleurs, en particulier à l'occasion de la visite de mi-carrière, et par la réalisation de campagnes annuelles de sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires. Si je partage évidemment la nécessité de renforcer la prévention de ces risques auprès des salariés, je crois nécessaire de prendre en compte à la fois la réalité des entreprises, les difficultés de fonctionnement des services de prévention et de santé au travail et de prioriser le cœur de leurs missions, c'est-à-dire la prévention des risques professionnels.

Pour faire la synthèse de ces contraintes et nécessités, je vous soumettrai un amendement visant à soutenir la sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires en entreprise, mais en supprimant l'automatisme des dépistages. La direction générale du travail et les représentants de la médecine du travail nous ont assez clairement alertés

sur ce sujet : les services de santé au travail peuvent contribuer aux actions de promotion de la santé, mais ils ne peuvent pas se substituer au rôle des autres professionnels de santé.

Concernant le renforcement de la prévention à l'école, prévue à l'article 2 *bis*, je vous proposerai également de le soutenir, sous réserve d'un amendement visant à préserver la pleine responsabilité de l'éducation nationale pour délivrer les agréments aux associations qui participent aux actions de promotion de la santé auprès des élèves.

Enfin, fidèles à la doctrine de notre commission, plusieurs de mes amendements auront pour objet de supprimer les diverses demandes de rapports ajoutées dans le texte adopté par l'Assemblée nationale.

Vous l'avez compris, mes chers collègues, ce texte nous donne l'occasion de hisser symboliquement la lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires au même rang que la lutte contre les cancers, en consacrant dans la loi une stratégie ministérielle coconstruite avec les acteurs. Cette ambition me semble pouvoir être très largement partagée, comme en témoigne l'adoption du texte à l'unanimité par l'Assemblée nationale. Le Gouvernement, qui a engagé la procédure accélérée, soutient également l'économie générale du texte, malgré l'expression de certaines réserves de fond, auxquelles les amendements que je vous présenterai dans un instant devraient pouvoir répondre.

La carence de nos politiques de santé en matière de prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires ne peut plus durer. Le tabac fait l'objet d'une politique de lutte plutôt volontariste depuis les années 1990 : c'est bien, mais cela ne suffit pas compte tenu des évolutions épidémiologiques que nous observons.

Pour finir, il me revient de vous proposer un périmètre pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution. Je considère que ce périmètre comprend les dispositions relatives à la définition d'une stratégie générale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires ; aux actions de promotion de la santé cardio-neuro-vasculaire, notamment en entreprise et à l'école ; aux consultations et aux examens visant à dépister et à prévenir les maladies cardio-neuro-vasculaires et associées ; aux compétences des professionnels de santé pour la mise en œuvre d'une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire.

En revanche, j'estime que ne présentent pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs aux actions de promotion de la santé et de prévention ne s'intégrant pas dans une stratégie de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires ; aux consultations et aux examens visant à dépister ou prendre en charge des pathologies autres que les maladies cardio-neuro-vasculaires et associées ; aux compétences des professionnels de santé dont la mise en œuvre ne présente pas de lien avec une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire ou de dépistage d'une maladie cardio-neuro-vasculaire ou associée.

Il en est ainsi décidé.

Mme Émilienne Poumirol. – Je remercie le rapporteur pour son travail. Je suis surprise que nous ayons besoin d’une proposition de loi pour mettre en place un « plan Cœur » et manifester une volonté de prévention. Il me semble que cela relèverait plutôt du rôle du ministère de la santé. Il est temps que nous passions d’une politique curative, laquelle représente 97 % du contenu des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), à une politique de prévention globale, notamment en matière de santé environnementale. Je pense au fameux concept *One Health* dont nous parlons sans cesse, mais qui n’existe pas en réalité. Notre ancien ministre était cardiologue ; il en a profité pour insister un peu sur cette spécialité. Nous n’allons pas le lui reprocher, mais, je le redis, je trouve pour le moins étonnant que nous soyons obligés de passer par une proposition de loi.

Le rapporteur a rappelé les principes, l’importance des dépenses, qui s’élèvent à 45 milliards d’euros par an, et le lien entre les maladies cardio-neuro-vasculaires et les personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées. Il revient vraiment au ministère de la santé de porter un plan de prévention, car tous les ministères sont impliqués dans la santé-environnement, mais l’absence de coordination interministérielle rend ces initiatives presque lettre morte.

Enfin, je me félicite que l’article 1^{er} prévoie le dépistage de l’hypercholestérolémie familiale dès l’âge de six ans. Je dépose cet amendement depuis trois ans lors de l’examen du PLFSS, mais il est retoqué chaque année. Je trouve dommage, en revanche, que l’on renvoie les modalités de ce dépistage à la Haute Autorité de santé. Nous disposons de données, notamment de l’Académie nationale de médecine, qui prouvent que ces enfants auront effectivement des problèmes cardiovasculaires très jeunes, à 20, 30 ou 40 ans, et que seul un traitement dès l’âge de six ans permet de les prévenir.

Je souscris à l’amendement qui prévoit que les masseurs-kinésithérapeutes ou les pharmaciens puissent prendre la tension artérielle sans prévoir une rémunération spécifique pour cet acte.

Enfin, concernant la santé au travail, il est dommage que le très mauvais état de notre médecine du travail constitue une raison pour ne pas lui demander de faire du dépistage, en se limitant à un travail de sensibilisation. Il conviendrait plutôt de renforcer les services de santé au travail, car ces derniers ont un rôle majeur à jouer tout au long de la vie active des patients, et il serait regrettable de s’en priver.

Mme Florence Lassarade. – Mes chers collègues, après Émilienne Poumirol, vous allez dire que ce sont les représentants du « club des docteurs » qui interviennent !

Le dépistage ne se fait pas suffisamment. Les Français adhèrent à une mesure quand elle devient obligatoire. Nous l'avons constaté avec les onze vaccins rendus obligatoires avant la crise du covid par Mme Buzyn. En tant que pédiatre, j'entendais les parents déclarer qu'ils attendaient l'obligation pour faire les vaccinations. Une fois l'obligation instaurée, nous avons constaté que le taux de couverture a augmenté.

Je me concentrerai sur l'hypercholestérolémie de l'enfant. Il est essentiel d'inscrire dans la loi la systématisation de ce dépistage parce que cette pathologie est très mal repérée. Il s'agit d'une maladie rare, mais il faut la dépister lorsque la famille présente déjà cette pathologie, pour éviter les accidents vasculaires : le constat n'est donc pas compliqué.

Nous débattons de l'amendement sur le dépistage du diabète de l'enfant. Il s'agit plutôt d'un amendement d'appel, car nous observons des enfants entrer dans le diabète par une acidocétose pouvant se révéler très dangereuse. Il ne me semble donc pas très compliqué de réaliser une glycémie lors de l'examen des six ans à l'école, par exemple.

Mme Silvana Silvani. – Il y a un consensus, une fois n'est pas coutume, sur la nécessité de la prévention en matière de santé, pour des raisons sanitaires, mais aussi pour des raisons financières.

Je m'associe aux remarques de ma collègue Émilienne Poumirol sur le véhicule législatif utilisé. Sans vouloir être un oiseau de mauvais augure, ce choix laisse tout de même dubitatif sur la portée d'une telle proposition.

Un deuxième point peut faire consensus : je pense au fait que les questions de prévention sont insuffisamment prises en compte dans le PLFSS. Le rapporteur a rappelé notre retard en la matière. J'espère que la commission s'en souviendra dans quelques mois !

Sur la base de ces consensus, nous soutiendrons ce texte, qui prévoit quelques avancées. Je voudrais toutefois exprimer quelques réticences.

Je regrette la suppression de la réunion d'information dans les entreprises. Certes, le dispositif représente une charge, mais sans contraintes on n'obtient pas grand-chose. La suppression des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est loin d'avoir favorisé la prise en compte de la santé au travail. Il s'agissait pourtant d'une occasion d'obtenir une augmentation des moyens alloués à la santé dans les entreprises.

Enfin, il me paraît important d'insister sur le fait que la mise en œuvre de cette proposition de loi butera forcément sur un contexte général marqué par l'inégalité d'accès aux soins et, par conséquent, par l'inégalité d'accès aux actions de prévention. Vous m'opposerez que ce n'est pas l'objet de la proposition de loi, mais nous ne pouvons raisonner sur un sujet sans prendre en compte le contexte dans lequel celui-ci s'inscrit. Il serait vraiment dommage que ce texte se résume à une simple incantation.

Mme Pascale Gruny. – Je suis toujours satisfaite lorsque nous parlons de prévention. Si nous agissons vraiment dans ce domaine, nous aurons peut-être moins besoin de temps médical, lequel sera alors mieux réparti. Cependant, les résultats ne se verront qu'à long terme ; c'est pourquoi les effets demeurent difficiles à mesurer.

Dans la médecine du travail, nous sommes confrontés à un manque d'effectifs, notamment de médecins, mais la pénurie est générale. Il subsiste néanmoins une grande volonté de faire de la prévention, et les services sont constitués d'équipes pluridisciplinaires. Celle-ci peut donc se faire avec d'autres professionnels de santé, sur lesquels nous devons compter.

Vous proposez de faire de la prévention auprès des enfants, des collégiens et des lycéens. Pourrions-nous aussi penser aux personnels de l'éducation nationale ? Ces derniers ne voient presque jamais un médecin, y compris lorsqu'ils sont malades. Il serait souhaitable que l'État assume aussi son rôle à ce sujet. Et je ne parle même pas de prévention – c'est plutôt du curatif. Il ne faut pas oublier les fonctionnaires.

Mme Anne Souyris. – La santé environnementale, qui est essentielle, est absente de ce texte ; or prévention et santé environnementale sont liées. Elle recouvre aussi la question de la pollution et toutes les problématiques environnementales connexes. Celles-ci peuvent avoir des conséquences importantes, y compris sur les maladies cardiovasculaires.

Un deuxième thème important me semble manquer dans ce texte : celui de la spécificité des femmes, de leur sous-diagnostic et du retard de leur prise en charge. En effet, les symptômes sont différents et la pratique n'est manifestement pas encore complètement au point de ce côté-là. Vous indiquiez que ces maladies étaient passées devant le cancer du sein comme cause de mortalité. Pour les raisons que j'ai évoquées, c'est même une cause de mortalité supérieure chez les femmes à celle qui est observée chez les hommes. Je déposerai un amendement en ce sens. Il me semble important que la commission puisse tenir compte de ce sujet.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Je voudrais d'abord remercier notre rapporteur pour la qualité de son travail et pour avoir enrichi le texte. Il est vrai que l'on peut s'étonner que cette problématique survienne par la voie de l'initiative parlementaire, alors qu'elle aurait eu toute sa place dans le cadre d'un texte gouvernemental.

Cela fait écho aux travaux consacrés aux politiques de prévention en santé que j'ai conduits, au nom de notre commission, avec Nadia Sollogoub et Marion Canalès. La prévalence des maladies chroniques et leur développement particulièrement aigu ces dernières années rendent nécessaires les plans de prévention ; celui-ci est le bienvenu.

Deux axes sont particulièrement mis à l'honneur : la prévention au niveau de la santé au travail et la prévention scolaire. Nous savons que ces deux niveaux de la santé sont particulièrement abîmés et fragilisés.

Nous aurons beau décider tous les plans de dépistage et de prévention possibles, si nous ne disposons pas des professionnels nécessaires et si ces métiers ne retrouvent pas leur attractivité, nous serons bien embarrassés.

Concernant la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires auprès des plus jeunes publics, je voudrais souligner l'importance de l'alimentation et du sport à l'école. La promotion du sport doit être une véritable priorité. J'insiste aussi sur l'importance de l'éducation, notamment celle des parents, car nous savons que l'éducation à l'alimentation est importante. La prévalence de ces maladies dans un certain nombre de familles tient aussi à de mauvais comportements et à de mauvaises habitudes prises dès le plus jeune âge.

Les territoires ultramarins sont plus particulièrement concernés par ce type de maladie chronique, avec sans doute des déterminants un peu différents. J'espère que le rapporteur a bien à l'esprit le fait que cette prévention doit aussi s'organiser de façon très massive dans ces territoires.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Je regrette, comme vous, qu'il n'y ait pas eu de plan de prévention gouvernemental. Le ministère de la santé, à une époque, s'appelait ministère de la santé et de la prévention. Depuis le passage de plusieurs ministres au cours des deux dernières années, le mot « prévention » a disparu.

Je suis convaincu que cette prévention nationale devrait être davantage portée par un délégué interministériel plutôt que par un seul ministre. Le contexte actuel exigeait un déclic. Cette proposition de loi a une portée symbolique qui peut permettre de porter ce projet.

Il existe un plan Cancer, qui célèbre ses vingt ans, et j'ai d'ailleurs l'honneur de vous représenter, mes chers collègues, au conseil d'administration de l'Institut national du cancer (Inca). En revanche, il n'y a jamais eu de plan dédié aux maladies cardiovasculaires. Il est vrai que la Société européenne de cardiologie a élaboré un plan Cœur assez ambitieux, car il ne se limite pas à la prévention. Il comprend aussi l'éducation du public, la formation, la recherche et l'innovation ; il va donc très loin. Ce plan a été voté par la Commission européenne en décembre dernier. On peut donc imaginer que légiférer n'est pas un luxe pour marquer notre volonté d'agir. La ministre a soutenu le texte à l'Assemblée nationale, et j'espère qu'il en ira de même ici.

On a parlé du club des médecins. Il est vrai que nous essayons de séparer, dans ces textes compliqués, ce qui relève de la loi de ce qui appartient à la logique médicale pure. Faire la différence entre les deux n'est pas toujours évident.

Le dépistage de l'hypertension artérielle n'est pas bien réalisé : presque 50 % des hypertendus et des sujets porteurs d'hypercholestérolémie ne sont pas dépistés, un peu moins de 30 % pour les diabétiques. Il reste du travail à accomplir. Ce texte a une portée importante.

La médecine du travail est dans la situation que nous connaissons... Elle est payée par l'entreprise, donc nous ne pouvons pas lui imposer quoi que ce soit. Elle repose sur un statut bien défini pour les médecins du travail et les infirmières spécialisées, qui sont davantage orientés vers les pathologies de l'entreprise. Nous avons voulu plus sensibiliser que dépister pour éviter d'obliger à dépister systématiquement certaines choses que beaucoup de médecins du travail, malgré leur rareté, réalisent au quotidien dans les entreprises. Je ne suis pas trop inquiet sur ce point.

Un de mes amendements porte sur la santé scolaire, dont le ministère de tutelle est celui de l'éducation nationale, et non le ministère de la santé.

Un amendement concerne le rôle des associations de bénévoles contre l'obésité, pour la promotion du sport... Nombre d'entre elles pourraient être agréées pour réaliser de la prévention dans les écoles ou les entreprises, *via* un décret ministériel ou un autre moyen.

Madame Souyris, la question spécifique des femmes est bien identifiée dans le texte, et de nombreuses actions sont menées. La limite entre ce qui relève du législatif et ce qui relève des bonnes pratiques médicales est difficile à établir. Désormais, de bonnes initiatives sont répandues : demander si la femme a vu son gynécologue, son cardiologue...

Je suis d'accord avec votre constat : lorsque j'exerçais, je n'ai jamais vu de femmes faire un infarctus ou un AVC à 45 ans, sauf à la fin de ma carrière. Avant, c'était au-delà de 75 ans. Il faut être attentif à ce problème de santé publique. Lors de l'examen du PLFSS l'année dernière, nous avons voté pour une consultation pour la ménopause des femmes âgées de 45 à 65 ans, qui inclut la prévention des risques cardiovasculaires à cet âge. Il faut structurer cette démarche.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. - L'amendement **COM-7** vise à créer un nouvel article dans le code de la santé publique, qui prévoit que l'État définit une stratégie nationale pluriannuelle de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires. Cette stratégie porterait sur les enjeux non seulement de prévention, mais aussi de dépistage et d'organisation des parcours de soins. Comme pour le cancer, la lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires nécessite une politique structurée et ambitieuse, définie avec l'ensemble des parties prenantes, qui permette de formaliser un véritable « plan Cœur », comme cela a été fait au niveau européen.

Ce nouvel article remplacerait l'ajout d'une mention relative aux maladies cardio-neuro-vasculaires à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, qui a vocation à demeurer généraliste.

L'amendement COM-7 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-8** tend à compléter la liste des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire en y ajoutant la maladie rénale chronique. La maladie rénale chronique majore considérablement le risque de mortalité cardio-neuro-vasculaire, puisqu'un patient atteint d'une telle maladie a 40 % de risque supplémentaire de mourir d'une cause cardiovasculaire.

Cet amendement vise par ailleurs à repositionner le tabac en premier parmi les facteurs de risques, compte tenu de son impact relatif dans la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires.

L'amendement COM-8 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Sans en dénaturer le fond, et dans un souci de clarté rédactionnelle, l'amendement **COM-9** prévoit de réécrire une partie des dispositions relatives à la mise en œuvre d'un dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires à l'occasion des rendez-vous de prévention. Il renvoie la définition des modalités de ce dépistage à la HAS et supprime la référence au dosage de la lipoprotéine de type a, qui constitue un acte hors nomenclature non remboursé par la sécurité sociale.

Selon les sociétés savantes, ce dosage, non prioritaire, ne revêt qu'un intérêt complémentaire par rapport à l'évaluation des autres facteurs de risque. Elles rappellent par ailleurs qu'il n'existe pas de recommandation spécifique de la Société européenne de cardiologie sur ce dosage. Dans un souci d'efficacité des dépenses de santé, et en l'absence de recommandation établie, nous proposons de supprimer la référence à ce dosage.

Cet amendement maintient dans la loi uniquement ce qui relève effectivement de la compétence du législateur.

*L'amendement COM-9 est adopté. En conséquence, l'amendement **COM-25** devient sans objet.*

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-1** rectifié prévoit que le dépistage du diabète de type 1 soit réalisé lors des six ans de l'enfant sous réserve d'une recommandation de la HAS. À ce stade, je vous propose un avis défavorable pour plusieurs raisons.

D'abord, pour rendre cet amendement recevable financièrement, vous proposez que ce dépistage ne soit pas pris en charge par l'assurance maladie. On créerait donc une obligation de dépistage dont le coût pèserait directement sur les assurés, car il est peu probable que le Gouvernement lève ce gage financier.

Ensuite, contrairement à l'hypercholestérolémie familiale, la HAS ne travaille pas sur un projet de recommandation concernant la balance bénéfice-risque d'un tel dépistage en population générale parmi les enfants.

D'ailleurs, si l'Association européenne pour l'étude du diabète s'est prononcée en faveur d'un dépistage précoce du diabète de type 1, elle a évoqué une approche d'abord ciblée sur les enfants à risques, compte tenu des moyens qui devraient être déployés pour un tel dépistage.

Enfin, il existe pour le diabète de type 1 des symptômes évocateurs qui, s'ils sont connus, peuvent permettre de dépister suffisamment tôt la maladie, telles que des envies fréquentes d'uriner, l'énurésie, la soif intense.

Si cet amendement était redéposé en vue de la séance publique, nous pourrions interpellier le Gouvernement directement pour savoir s'il entend mener des travaux sur le sujet et financer un tel dépistage.

*L'amendement COM-1 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement **COM-6**.*

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-10** vise à subordonner la mise en œuvre d'un dépistage systématique de l'hypercholestérolémie familiale à une recommandation de la HAS, dont l'une des missions est d'élaborer des recommandations en matière de santé publique et, notamment, d'évaluer la pertinence de mettre en œuvre des dépistages systématiques en population générale.

Or, lors de son audition, la direction générale de la santé (DGS) a justement indiqué que la HAS avait inscrit dans son programme de travail pour 2026 l'évaluation de la mise en place d'un dépistage universel pédiatrique de l'hypercholestérolémie familiale en vue de l'élaboration d'une recommandation.

L'amendement COM-10 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-11** vise à supprimer une demande de rapport, conformément à nos usages.

L'amendement COM-11 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Il en est de même pour l'amendement **COM-12**.

L'amendement COM-12 est adopté.

L'article 1^{er} est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 1^e bis (nouveau)

*L'amendement rédactionnel **COM-13** est adopté.*

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-14** tend à supprimer des dispositions relatives à la rémunération de la mesure de la pression artérielle. Les dispositions législatives en vigueur permettent déjà de rémunérer, selon des modalités spécifiques, la participation des pharmaciens et des masseurs-kinésithérapeutes à des actions de prévention.

L'amendement COM-14 est adopté.

L'article 1^{er} bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-15** a pour objet de supprimer l'obligation de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires par les services de prévention et de santé au travail.

La politique de santé et de sécurité au travail, à la charge de l'employeur, se décline principalement dans des actions de prévention des risques professionnels, mais aussi, depuis la loi du 2 août 2021, dans des actions de promotion de la santé des travailleurs incluant des campagnes de vaccination et de dépistage. Cette disposition relative au dépistage individuel des maladies cardio-neuro-vasculaires est donc déjà satisfaite par la loi, sans en faire toutefois une obligation.

L'amendement **COM-4** prévoit, d'une part, de compléter la liste des facteurs de risques par la maladie rénale chronique. Cet ajout est en effet nécessaire, puisque la maladie rénale chronique constitue bien un facteur de risque cardio-neuro-vasculaire important.

D'autre part, il propose que soit mis en œuvre un dépistage obligatoire des maladies rénales, en parallèle du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires. Or, une telle systématisation des dépistages alourdirait la charge de travail des services dans un contexte de pénurie des professionnels de la médecine du travail. Il est préférable de prioriser les actions adaptées aux spécificités des entreprises et du profil des travailleurs. Je suis donc défavorable à la mise en place d'un tel dépistage obligatoire.

L'amendement COM-15 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-4 devient sans objet.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-19** vise à intégrer à l'objet de la visite médicale de mi-carrière des salariés une sensibilisation à certains enjeux de santé publique liés à la santé au travail ou à son insertion professionnelle. Il modifie également les conditions dans lesquelles pourront être menées les actions de sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires lors de cette visite. Il prévoit de compléter la mise en œuvre de cette sensibilisation par un repérage des facteurs de risques et remplace l'obligation de proposer un dépistage précoce.

L'amendement COM-19 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-16** tend à supprimer le caractère annuel des actions de sensibilisation des services de prévention et de santé au travail et à apporter des modifications de nature rédactionnelle.

L'amendement COM-16 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Par cohérence avec l'amendement proposé à l'article 1^{er}, l'amendement **COM-17** vise à compléter la liste des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire en y ajoutant la maladie rénale chronique.

L'amendement COM-17 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-18** tend à autoriser les actions de sensibilisation aux facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires en entreprise à être conduites en partenariat avec divers acteurs. Il est proposé de compléter cette liste en mentionnant les personnes morales de droit privé dont l'activité principale ou accessoire porte sur la promotion de la santé et la prévention, par exemple *via* la réalisation de bilans de santé, d'actions de sensibilisation ou d'accompagnement à la promotion de la santé auprès des salariés.

L'amendement COM-18 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-27** vise à exclure les compagnies d'assurances privées à but lucratif de la liste des partenaires susceptibles d'accompagner les services de prévention et de santé au travail dans leurs actions de promotion de la santé.

Une telle exclusion n'apparaît pas opportune. Dans les faits, la direction générale du travail nous a informés que les compagnies d'assurances sont déjà des partenaires de certaines entreprises en matière de prévention et de promotion de la santé, sans que cette situation soulève de problématique particulière.

L'amendement COM-27 n'est pas adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Demande de retrait de l'amendement **COM-26**, qui précise que les facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires liés aux conditions de travail sont pris en compte dans l'évaluation des risques professionnels réalisée par l'employeur.

J'ai proposé un amendement qui prévoit précisément que les services de prévention et de santé au travail puissent réaliser une sensibilisation des facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires susceptibles d'affecter la santé des travailleurs, et orienter les salariés vers un dépistage en cas de repérage.

L'amendement COM-26 n'est pas adopté.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 bis (nouveau)

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Le code de l'éducation mentionne déjà la possibilité pour certains acteurs de concourir aux actions de promotion de la santé à l'école, en particulier les acteurs de proximité non professionnels de santé. Les acteurs qui contribuent à ces actions pour le compte de l'éducation nationale font l'objet d'un agrément ministériel ou académique qui ne dépend pas du ministre chargé de la santé.

S'il est utile d'élargir la liste des acteurs susceptibles d'intervenir à l'école pour faire de la promotion de la santé, il est aussi important de maintenir la pleine responsabilité de l'éducation nationale dans l'agrément des acteurs habilités à ce titre, comme le prévoit mon amendement **COM-20**.

L'amendement COM-20 est adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-5** prévoit de sensibiliser les élèves aux déterminants de la maladie rénale.

Avis défavorable, par souci de cohérence avec le reste de la proposition de loi, qui ne porte que sur les maladies cardio-neuro-vasculaires ; la maladie rénale chronique n'y est mentionnée que comme facteur de risque de ces maladies.

L'amendement COM-5 n'est pas adopté.

*L'amendement rédactionnel **COM-21** est adopté.*

L'article 2 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 ter (nouveau)

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-22** vise à supprimer l'article, qui constitue une demande de rapport.

L'amendement COM-22 est adopté.

L'article 2 ter est supprimé.

Article 2 quater (nouveau)

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement **COM-23** vise également à supprimer l'article, qui constitue une demande de rapport.

*L'amendement **COM-23** est adopté.*

L'article 2 quater est supprimé.

Article 3

L'article 3 est adopté sans modification.

Intitulé de la proposition de loi

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L’objet de cette proposition de loi va au-delà d’une accélération de l’action en matière de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire.

L’objectif est de doter la France d’une véritable stratégie de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, qui se déclinera notamment dans des actions de prévention en population générale, à l’école et en entreprise.

L’amendement **COM-24** tend à modifier l’intitulé du texte pour mieux refléter la portée de son ambition.

L’amendement COM-24 est adopté.

L’intitulé de la proposition de loi est ainsi modifié.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

TABLEAU DES SORTS

Article 1 ^{er}			
Auteur	N°	Objet	Sort de l’amendement
M. KHALIFÉ, rapporteur	7	Définition d’une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	8	Ajout de la maladie rénale chronique à la liste des facteurs de risque	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	9	Renvoi à la HAS des modalités du dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires	Adopté
Mme SOUYRIS	25	Énumération de facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires complémentaires	Satisfait ou sans objet
Mme DEMAS	1 rect.	Création d’un dépistage du diabète de type 1 chez les enfants	Rejeté
Mme POUMIROL	6	Création d’un dépistage du diabète de type 1 et de type 2 chez les enfants	Rejeté
M. KHALIFÉ, rapporteur	10	Exigence d’une recommandation de la HAS pour un dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires chez l’enfant	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	11	Suppression d’une demande de rapport	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	12	Suppression d’une demande de rapport	Adopté

Article 1^{er} bis (nouveau)			
M. KHALIFÉ, rapporteur	13	Amendement rédactionnel	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	14	Suppression des dispositions relatives à la rémunération de la mesure de la pression artérielle	Adopté
Article 2			
M. KHALIFÉ, rapporteur	15	Suppression de l'obligation de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires par les services de prévention et de santé au travail	Adopté
Mme SOUYRIS	4	Dépistage systématique des maladies rénales et ajout de la maladie rénale chronique aux facteurs de risques	Satisfait ou sans objet
M. KHALIFÉ, rapporteur	19	Suppression de l'obligation de dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires lors de la visite de mi-carrière des salariés	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	16	Suppression du caractère annuel des actions de sensibilisation en entreprise	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	17	Ajout de la maladie rénale chronique à la liste des facteurs de risque	Adopté
M. KHALIFÉ, rapporteur	18	Complément de la liste des acteurs pouvant participer aux actions de prévention en entreprise	Adopté
Mme SOUYRIS	27	Suppression des assurances de la liste des partenaires de services de prévention et de santé au travail	Rejeté
Mme SOUYRIS	26	Prise en compte de certains facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires lors de l'évaluation des risques professionnels par l'employeur	Rejeté
Article 2 bis (nouveau)			
M. KHALIFÉ, rapporteur	20	Complément de la liste des acteurs pouvant participer aux actions de promotion de la santé à l'école	Adopté
Mme SOUYRIS	5	Sensibilisation des élèves aux déterminants de la santé rénale	Rejeté
M. KHALIFÉ, rapporteur	21	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 2 ter (nouveau)			
M. KHALIFÉ, rapporteur	22	Suppression d'article	Adopté
Article 2 quater (nouveau)			
M. KHALIFÉ, rapporteur	23	Suppression d'article	Adopté
Article 3			
M. KHALIFÉ, rapporteur	24	Modification de l'intitulé de la proposition de loi	Adopté

**RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45
DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3,
DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie².

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. *commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 – Loi portant réforme des retraites.*

² Cf. *par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 – Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 – Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.*

³ *Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 – Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.*

⁴ *Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 – Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.*

En application du *vade-mecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 3 juin 2026, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 529 (2025-2026) visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- à la définition d'une stratégie générale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires ;

- aux actions de promotion de la santé cardio-neuro-vasculaire, notamment en entreprise et à l'école ;

- aux consultations et aux examens visant à dépister et à prévenir les maladies cardio-neuro-vasculaires et associées ;

- aux compétences des professionnels de santé pour la mise en œuvre d'une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- aux actions de promotion de la santé et de prévention ne s'intégrant pas dans une stratégie de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires ;

- aux consultations et aux examens visant à dépister ou prendre en charge des pathologies autres que les maladies cardio-neuro-vasculaires et associées ;

- aux compétences des professionnels de santé dont la mise en œuvre ne présente pas de lien avec une démarche de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire ou de dépistage d'une maladie cardio-neuro-vasculaire ou associée.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Auditions

- **Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom)**
Dr Lucie Jousse, vice-présidente
Dr Hélène Harmand-Icher, présidente de la section santé publique
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop)**
Elise Haro-Brunet, membre
- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (Cnoi)**
Samira Ahayan, secrétaire générale
Cyril Moulin, trésorier adjoint
- **Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (Cnomk)**
Pascale Mathieu, présidente
Julien Di Maggio, chargé des affaires publiques
- **Direction générale de la santé (DGS)**
Patricia Minaya Flores, sous-directrice adjointe santé des populations, prévention des maladies chroniques
Flore Moreux, cheffe du bureau de la prévention des maladies chroniques
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**
Romain Bégué, sous-directeur des ressources humaines du système de santé
Marc Reynier, adjoint au sous-directeur
Marion Sauvage, adjointe à la cheffe de bureau de l'exercice et déontologie des professions de santé

- **Direction générale du travail (DGT)**

Quentin Boucher, chef du bureau des acteurs de la prévention en entreprise

Maxime Pradier, chef de la mission du pilotage de la politique et des opérateurs de la santé au travail

- **Société française de cardiologie (SFC)**

Pr Bernard Iung, past-président

- **Fédération française de cardiologie (FFC)**

Pr Gérard Helft, président

- **Société française neurovasculaire (SFNV)**

Pr Guillaume Turc, administrateur

Dre Céline Guidoux, administratrice

Contributions écrites

- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)**

- **Comité national de lutte contre le tabagisme (CNCT)**

- **Contre-Feu, l'alliance contre l'industrie du tabac**

- **Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP)**

- **Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc)**

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp125-529.html>