

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Examen de la proposition de loi de M. Guillaume Garot contre la désertification médicale et pour la prévention (n° 2354) (M. Guillaume Garot rapporteur)..... 2
- Examen de la proposition de résolution de Mme Erika Bareigts tendant à la création d'une commission d'enquête sur les politiques à mener contre la propagation des moustiques Aedes et des maladies vectorielles (n° 2269) (Mme Erika Bareigts rapporteure)..... 23
- Présences en réunion..... 30

Mercredi

27 novembre 2019

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 19

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

**Présidence de
Mme Brigitte
Bourguignon,
*présidente***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 27 novembre 2019

La séance est ouverte à neuf heures trente-cinq.

La commission procède à l'examen de la proposition de loi de M. Guillaume Garot contre la désertification médicale et pour la prévention (n° 2354)

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Notre commission examine ce matin deux textes que le groupe Socialistes et apparentés a proposé d'inscrire à l'ordre du jour des séances publiques qui lui seront réservées le jeudi 5 décembre prochain.

Nous commençons par la proposition de loi de M. Guillaume Garot contre la désertification médicale et pour la prévention. Je lui souhaite la bienvenue dans notre commission.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Je vous remercie, madame la présidente, chers collègues commissaires aux affaires sociales, de m'accueillir ce matin.

Le Grand débat national a mis en lumière un enjeu dont l'importance avait jusqu'alors été sous-estimée et que la crise des hôpitaux a récemment remis en exergue : l'état de souffrance de notre système de santé. Il souffre alors même que nous bénéficions d'un legs magnifique du Conseil national de la résistance, la sécurité sociale, et que nous pouvons nous enorgueillir d'une médecine performante qui nous permet de vivre plus longtemps que nos aînés. Nous avons tous le sentiment que le système craque et qu'il ne remplit plus sa mission de garantir l'égal accès de tous à la santé : c'est ce que nous disent tant les soignants à l'hôpital que nos concitoyens lorsqu'ils voient, dans leur territoire, un médecin partir à la retraite sans être remplacé.

Telle est l'urgence, et notre responsabilité est d'y apporter des réponses.

Comme certains collègues membres de cette commission, j'ai été réélu député en 2017. J'organise dans mon département, la Mayenne, des ateliers citoyens afin de travailler avec ses habitants à des propositions que je défends ensuite ici, à l'Assemblée nationale, tant en commission que dans l'Hémicycle. C'est une façon concrète de renforcer le lien de confiance entre les élus et les citoyens. C'est ce que l'on appelle la démocratie participative, qui enrichit à mes yeux la démocratie représentative.

Or nous avons travaillé tout au long de cette année avec les Mayennais qui étaient intéressés aux mesures que je vais vous présenter ce matin. Ces personnes, qui venaient de tous les horizons – salariés, membres des professions libérales, agents du secteur public, bénévoles associatifs, élus locaux, étudiants – ont pris le temps, le samedi matin, de confronter leurs points de vue et de formuler des orientations extrêmement claires. La proposition de loi que je vous sou mets est directement issue de ce travail mené en commun.

Que nous disent nos concitoyens, dans ces ateliers en Mayenne comme – nous le savons bien – partout en France ? Tout d'abord qu'il y a urgence à agir. La loi du

24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « loi santé », comportait certes des mesures tout à fait intéressantes sur certains points. Il en est ainsi, par exemple, de la suppression du numerus clausus ou de la réforme des études médicales. Les effets de cette loi ne se feront cependant sentir que dans dix ans.

Or le problème se pose aujourd'hui et il ira en s'aggravant puisque le creux de la vague pour la démographie médicale sera atteint dans cinq ans. Cela signifie que nous allons au-devant de difficultés plus rudes encore.

Nos concitoyens considèrent également qu'il faut s'interroger sur toutes les mesures financières favorisant l'installation qui ont été prises depuis des années. De ce point de vue, si tous les gouvernements ont fait assaut de créativité, quels résultats a-t-on obtenu ? Aucun qui, à ce jour, soit probant.

Nous avons tous connaissance d'études extrêmement fines montrant que ces mesures ont surtout généré des effets d'aubaine : je vous renvoie notamment à celles de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ou plus récemment à celle menée par la direction générale du Trésor, qui les juge inefficaces.

Nos concitoyens veulent également – et nous ne débattons pas suffisamment de ce point ici – être écoutés en tant que patients. Le projet local de santé, qui, dans le cadre de la « loi santé », devra être défini par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ne vise en effet que les professionnels de santé. Ils souhaitent qu'on leur ouvre la porte pour pouvoir, en tant qu'usagers, débattre et proposer des solutions aux difficultés vécues localement. Ils veulent apporter leur concours à l'organisation des soins. Reconnaissons que la santé n'est pas uniquement l'affaire des professionnels : les usagers ont aussi leur mot à dire et leur place à prendre. Nous devons donc organiser la participation de ces usagers, de ces patients, de ces citoyens.

Tels sont le constat et les enjeux. Entrons maintenant dans le détail car l'urgence se note dans l'inégalité d'accès aux soins, entre les citoyens et entre territoires.

Le nombre de médecins a augmenté ces dernières années : entre 2010 et 2018, la France a en effet gagné 35 000 médecins supplémentaires, pour un total de 297 000 praticiens. Mais il y en a moins en activité. Si 76 % d'entre eux se trouvaient en activité en 2010, ce pourcentage est aujourd'hui tombé à 68 % !

Autre réalité : les inégalités, notamment territoriales, s'aggravent. Quelques chiffres me paraissent à cet égard très éclairants : pour les médecins généralistes libéraux, l'écart entre le département le moins bien doté et le département le mieux doté est de 1 à 2,2 ; pour les ophtalmologistes, il est de 1 à 12, pour les dermatologues de 1 à 23 et pour les pédiatres, de 1 à 24. Les inégalités sont donc plus criantes s'agissant des spécialistes.

Face à cette situation, les gouvernements successifs ont donc mis en place des politiques d'incitation à l'installation, la « loi santé » s'inscrivant dans la même logique. Or force est de constater, chiffres à l'appui, que celles-ci ne produisent pas les effets escomptés.

Que faire alors ? Nous considérons, et c'est tout le sens de cette proposition de loi, qu'il faut élargir la palette des mesures afin de mieux répartir la population médicale à l'échelle du territoire national. Cette conviction, que d'autres partagent ici avec moi, est

ancienne, je l'ai déjà défendue, il y a quelques années, face à Marisol Touraine. Je continue à le faire aujourd'hui car il s'agit d'un combat qui mérite d'être mené au nom des citoyens que nous représentons ici.

Je crois à la régulation de l'installation : il faut la mettre en œuvre si l'on veut que les autres solutions fonctionnent.

L'article 1^{er} prévoit ainsi de ne plus autoriser l'installation d'un médecin là où les besoins de santé sont déjà satisfaits, libre à lui de s'installer où il veut ailleurs sur le reste du territoire. Alors qu'on évoque sans cesse les zones sous-denses, il n'est jamais question des zones denses ou sur-denses. Ce serait une vue de l'esprit. Eh bien vérifions de façon objective la réalité médicale, territoire par territoire ! Ma proposition de loi prévoit précisément de créer un indicateur territorial d'offre de soins permettant de la mesurer en la pondérant par la situation démographique, économique et sociale. L'IRDES mène actuellement de passionnantes études visant à étendre l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée, notamment utilisé pour le zonage des aides à l'installation des médecins.

Je vous propose de partir des *data* existantes pour définir l'indicateur territorial d'offre de soins. Nous pourrions ainsi mieux circonscrire les besoins de santé en tenant compte de l'âge des populations, de la prévalence des risques, des cas de non-recours aux soins et des situations sociales. Grâce à cet outil public transparent, chacun sera fixé sur la réalité des situations médicales, territoire par territoire. Les inégalités d'accès à la santé que nous ne cessons de dénoncer apparaîtront alors clairement.

L'article 2 vise à associer les représentants des usagers à la définition des projets locaux de santé au sein des CPTS. Une procédure de consultation existe d'ores et déjà au niveau régional : il s'agit en l'espèce de travailler au plan local. Les associations d'usagers, lorsqu'elles existent, doivent pouvoir travailler sereinement avec l'ensemble des professionnels de santé et apporter leur contribution.

L'article 3 vise à encourager – c'était une demande forte dans les ateliers en Mayenne – l'utilisation du dossier médical partagé (DMP). Nous proposons de systématiser sa mise à jour. Ce n'est pas une obligation légale actuellement or, si l'on veut accélérer sa généralisation, il faut sans doute passer par la loi. Soyons clairs : au sein des ateliers citoyens, les professionnels de santé ont souligné le manque de maniabilité de cet outil pour les médecins, souvent pris par le temps. Il faut donc en améliorer la fonctionnalité. Je rappelle que l'État finance, au travers de l'assurance maladie, 4 000 postes d'assistants médicaux sur l'ensemble du territoire national : on doit pouvoir trouver les voies et les moyens permettant de libérer du temps pour renseigner le DMP et faire en sorte qu'il devienne un véritable outil de suivi des patients.

La proposition de loi prend également en compte la prévention, dont tout le monde souligne l'importance. Nous proposons d'une part de charger les CPTS d'une véritable stratégie territoriale, et d'autre part d'instituer la téléprévention.

La prévention, nous en sommes tous conscients, ne peut se résumer à une action menée en tuyaux d'orgue. Il faut une meilleure coordination entre la médecine de ville et le plateau technique hospitalier, et, au-delà, au sein des CPTS, qui devraient prendre en compte l'ensemble des enjeux en la matière. Il faut suivre ce chemin avec ardeur.

La question de la santé au travail doit elle aussi être traitée dans le cadre des CPTS et de la médecine de prévention, ce qui suppose un minimum de coordination. Or tel n'est pas le cas aujourd'hui : l'article 5 propose d'y remédier.

Dernier enjeu, qui n'est pas le moindre notamment en termes d'inégalités financières en matière de soins : les dépassements d'honoraires. Il faut lutter implacablement contre le renoncement aux soins. Il n'y a rien de scandaleux à encadrer, selon des critères objectifs, proportionnés et surtout opposables, les dépassements d'honoraires excessifs. Aujourd'hui, la loi prévoit que les dépassements d'honoraires, pour être acceptables, ne doivent pas excéder le tact et la mesure, notions, dont vous l'imaginez bien, chacun a une appréciation très différente. Les mots sont fort jolis mais il faut entrer dans la réalité des choses : le texte propose donc un plafonnement de ces dépassements d'honoraires à 50 % du tarif opposable de la sécurité sociale.

Tels sont, chers collègues, les différents éléments que je souhaitais vous présenter avant de répondre à vos questions. Pour moi, il importe d'actionner tous les leviers permettant de remédier à la désertification médicale et de répondre aux attentes des citoyens. Il ne peut pas y avoir de solution interdite ou taboue. C'est notre pacte social et républicain qui est en jeu car l'accès à la santé est un ciment pour la nation.

Après tout ce que le pays a vécu – et continue de vivre – de tensions, de sentiments d'abandon et d'inégalités, nous avons la responsabilité de dépasser les clivages politiques et d'être capables de résister à certains conservatismes, à certains intérêts trop particuliers parfois, pour converger ensemble vers des solutions fortes qui redonnent espoir et qui apportent des réponses.

Cette proposition de loi, républicaine, dépasse les clivages. Elle vise à redonner confiance dans le modèle social français qui a fait la force de notre pays.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Le groupe La République en Marche salue la détermination, pour ne pas dire l'obstination, de notre collègue Guillaume Garot à revenir sur une préoccupation commune, la lutte contre les déserts médicaux.

Cette problématique angoissante pour nos territoires ne date cependant pas d'aujourd'hui : elle résulte en effet, je suis désolée d'avoir à le rappeler, d'un manque d'anticipation qui remonte à plusieurs années, voire à plusieurs décennies.

Nous avons fait nôtre cette lutte contre les déserts médicaux à travers notamment la loi d'organisation et de transformation du système de santé. Cette proposition de loi, la troisième sur le sujet, arrive après des échanges nourris au cours desquels le choix fait par la majorité d'une politique incitative a été longuement explicité. Celle-ci promet notamment les initiatives et encourage les coopérations en associant aussi bien les usagers que les collectivités.

Nous nous félicitons par ailleurs du souci de promouvoir la prévention exprimée dans ce texte. Si la prévention a été retenue comme l'un des piliers de la stratégie nationale de santé, nombre de groupes politiques, pour ne pas dire la totalité, s'en sont saisis : c'est une bonne nouvelle. Je rappelle à cet égard les initiatives de nos collègues Cyrille Isaac-Sibille, Ericka Bareigts et Jean-Carles Grelier, qui ont apporté leur contribution au travers de rapports ou de propositions de loi.

La prévention prend donc enfin la place qu'elle devait avoir au sein de notre politique de santé : mettre à cette fin à disposition la télémédecine en vue de la promouvoir paraît intéressant.

Cela étant, la prévention ne s'invente pas, et faire preuve de bonne volonté ne suffit pas : une politique efficace nécessite de s'appuyer sur une expertise. Si le souci d'associer les usagers est noble, il faut cependant s'assurer de la présence de professionnels.

En conclusion, le groupe La République en Marche votera, monsieur le rapporteur, votre proposition de loi, car elle traduit une volonté de se préoccuper des usagers et du service qui leur est offert et met en avant la nécessité de prévenir avant de guérir.

Mme Isabelle Valentin. Cette proposition de loi vise à lutter contre la désertification médicale, phénomène auquel certains territoires français font face depuis plusieurs années. Les disparités en matière de répartition de professionnels de santé se sont accentuées entre 2007 et 2015 : de nombreux territoires peinent donc à maintenir une offre médicale suffisante.

Si les mesures relatives à la prévention ainsi qu'à la télémédecine prévues à l'article 4 peuvent présenter un intérêt, en revanche le déconventionnement sélectif, l'obligation de remplir le DMP sous peine de déconventionnement ou encore la limitation du dépassement d'honoraires à 50 % du tarif de la sécurité sociale constituent des mesures relevant de la pure administration de la médecine libérale. C'est la raison pour laquelle cette proposition de loi n'est pas acceptable en l'état, car elle met davantage l'accent sur le volet répressif plutôt que sur les volets incitatif ou préventif.

Par ailleurs, l'article 1^{er} encadre l'installation des médecins dans les zones sous-denses et prépare la mise en place d'une nouvelle réglementation d'exercice et d'installation destinée à s'appliquer à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes : il semble donc porter atteinte au caractère libéral de la profession en les contraignant à s'installer dans les zones sous-denses.

Le déconventionnement sélectif des médecins risque d'avoir des effets secondaires involontaires allant à l'encontre de l'objectif poursuivi : les jeunes médecins risquent notamment d'abandonner la médecine générale qui est déjà le parent pauvre de la médecine, et, en dépit du déconventionnement, de continuer à s'installer dans les zones sur-denses où ils choisiront le secteur 3 et pratiqueront les honoraires qu'ils souhaitent, ce qui fait courir le risque d'une médecine à deux vitesses.

Le médecin choisit également son lieu d'installation en fonction d'un projet personnel et familial. Dans mon département de la Haute-Loire, les effets de la pénurie de médecins sont de plus en plus sensibles : les petits villages sont particulièrement touchés car les médecins qui en partent sont rarement remplacés.

Pour remédier à ce problème, la région Auvergne-Rhône-Alpes propose une aide de 200 000 euros par maison de santé créée pour lutter contre la désertification médicale. Avec quatre-vingts nouvelles maisons de santé, la région a ainsi quasiment doublé leur nombre en seulement trois ans. Si ces nouvelles structures ne constituent pas la solution miracle, ce sont des outils prometteurs pour lutter contre la désertification médicale puisqu'elles rassemblent l'ensemble des professionnels de santé.

Nous avons également mis en place des cabinets médicaux mobiles qui sillonneront la région, ce qui permettra également de lutter contre ce phénomène : quatre bus médicaux rattachés à des centres de santé, et au sein desquels des médecins généralistes privés consulteront, vont ainsi parcourir les villages.

Voilà deux exemples concrets de lutte contre la désertification médicale.

En l'état, cette proposition de loi n'est pas à la hauteur de cet enjeu majeur qu'est la pénurie de médecins dans certains territoires. Le phénomène ne fera que s'accroître si nous ne prenons pas des mesures concrètes, en accord avec les professionnels de santé.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je félicite Guillaume Garot pour son opiniâtreté.

Les intentions sont bonnes, notamment en matière de prévention et de démocratie sanitaire : il s'agit de pistes intéressantes que nous pourrions explorer.

Cela étant, face aux problèmes, vous avez tendance à répondre par la contrainte, le marteau. Pourquoi seulement 15 % des jeunes médecins diplômés s'installent-ils ? Pourquoi préfèrent-ils généralement effectuer pendant des années des remplacements ? Avec votre proposition de loi, ils seraient contraints de faire des remplacements pendant toute leur carrière.

Les mesures que nous avons prises visant à supprimer le *numerus clausus*, à mieux organiser la médecine libérale et à améliorer son attractivité sont les vraies réponses. Votre solution serait au contraire contre-productive et ne ferait qu'aggraver le problème.

Sur le DMP, dossier passionnant sur lequel je travaille dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, pourquoi piétine-t-on depuis quatorze ans ? Ce n'est pas de la faute des médecins. C'est l'organisation de l'État qui est en cause. Grâce à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), les choses sont heureusement en voie d'amélioration.

Avez-vous un DMP ? Avez-vous essayé de le consulter en ligne ? Pour l'instant, c'est une armoire où sont stockés tout un tas de dossiers. Aucun résumé n'est proposé. Plutôt que de contraindre les médecins, organisons mieux le DMP pour qu'il devienne un outil efficace tant pour les médecins que pour les patients.

Mme Gisèle Biémouret. Je souhaite également saluer le travail de notre collègue Guillaume Garot : j'y vois non pas de l'entêtement mais le souci qu'il a de ses concitoyens.

Sa proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale et à favoriser la prévention comprend des mesures dont l'application permettrait d'endiguer ce phénomène en instaurant le conventionnement territorial des médecins en fonction des besoins de la population.

Les difficultés d'accès aux soins s'intensifient à un point devenu préoccupant : alors que huit millions de Français vivent déjà dans un désert médical, la situation devrait empirer dans les dix années à venir.

Compte tenu de l'actualité du secteur hospitalier, il convient de nous interroger quant à l'organisation du système de santé. Cette proposition de loi apporte une première solution aux angoisses de nos concitoyens qui voient l'accès aux soins se raréfier, s'éloigner tant dans l'espace que dans le temps.

Après le Conseil économique, social et environnemental (CESE), la Cour des comptes, l'Association des maires ruraux de France, c'est au tour de l'UFC-Que Choisir de se rallier au principe de conventionnement territorial, démontrant l'intérêt et le potentiel de cette mesure. Dans une récente enquête, cette association de consommateurs a mis en exergue le fait que 50 % des médecins refusent de suivre de nouveaux patients, les trois quarts d'entre eux disposant d'une patientèle trop importante, et 14 % s'appêtant à prendre leur retraite. Le principe d'instaurer une dose de régulation dans l'installation des médecins ne constitue certainement pas une offense faite à la profession, mais bien plutôt un rappel de la place centrale que l'utilisateur est censé occuper.

S'agissant de la création de l'indicateur territorial de l'offre de soins prévue pour cartographier la répartition de l'offre, pourriez-vous, monsieur le rapporteur, nous en dire plus sur la prise en compte des données démographiques et sociales ?

Représentante d'un département rural, je souhaite à ce stade insister sur les notions de mobilité et de prise en compte des indicateurs liés à la pauvreté. Si la distance constitue un frein dans l'accès aux soins, la double peine est de rigueur lorsque l'on se trouve soi-même dans une situation de précarité. Qu'en pensez-vous ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La proposition de loi que nous examinons ce matin inscrit à l'ordre du jour un problème qui nous préoccupe tous : la lutte contre les déserts médicaux.

Je salue à mon tour l'engagement de Guillaume Garot et la qualité de son rapport. Je salue aussi sa constance et ses nombreuses tentatives visant à instaurer une part de coercition ou de régulation en matière d'installation des médecins et de pratique médicale.

Cette proposition de loi vise à combler une lacune de la « loi santé » que notre groupe avait également identifiée. Le projet de loi que nous avons examiné au printemps dernier portait d'ailleurs avant tout, comme l'indiquait son titre, sur l'organisation de notre système de santé. Il s'adressait aux professionnels de santé et tendait à réorganiser en profondeur notre système de soins, notamment par la suppression du numerus clausus, il ne répondait qu'insuffisamment à l'urgente question des déserts médicaux.

Si une partie du groupe UDI, Agir et Indépendants y est favorable, je suis à titre personnel défavorable à la solution que vous proposez pour y remédier : l'article 1^{er} de cette proposition de loi vise en effet à mettre en place un déconventionnement sélectif conditionnant l'installation de nouveaux médecins libéraux dans les zones dites sur-dotées au départ d'un médecin y étant déjà installé.

Même si je partage évidemment – soyons justes, nous la partageons tous – votre préoccupation fondée sur les inquiétudes de nos concitoyens, je reste convaincue qu'il ne s'agit pas d'une solution satisfaisante. Rien n'indique en effet que les jeunes médecins qui n'auront plus la possibilité de s'y installer se rabattront sur les zones déficitaires : on peut

d'ailleurs craindre qu'ils ne s'installent, comme l'ont fait leurs homologues allemands, en bordure des zones dans lesquelles l'installation leur serait interdite.

La mise en place d'un conventionnement sélectif risque même, alors que la médecine générale fait l'objet d'une désaffectation marquée de la part des jeunes internes, d'avoir l'effet inverse à celui qui est recherché en décourageant toute envie d'installation : or dans « médecine libérale », il y a « libérale ». Réguler n'est donc pas une bonne idée.

Nous accueillons par ailleurs favorablement, monsieur le rapporteur, les autres dispositions de votre proposition de loi en faveur d'une plus grande démocratie sanitaire ou du déploiement du DMP. Avant de parler de son déploiement, il faudrait d'abord évoquer sa création. Je serais d'ailleurs curieuse de savoir qui parmi nous dispose d'un tel DMP...

Je m'interroge cependant sur la portée de l'article 6 qui vise à plafonner les dépassements d'honoraires en secteur 2 : si je suis d'accord sur le principe, il serait cependant préférable d'en passer par une négociation conventionnelle avant d'inscrire une disposition précise dans la loi.

Nous réservons donc notre vote, en fonction du sort qui sera réservé à l'article 1^{er}.

M. Yannick Favennec Becot. Je vous remercie, madame la présidente, de m'accueillir dans votre commission à l'occasion d'une réunion qui va donner un exemple de la solidarité mayennaise avec notre collègue Guillaume Garot, dont la proposition de loi porte sur un sujet qui préoccupe tous nos concitoyens.

Les récentes mobilisations des professionnels de santé ont d'ailleurs renforcé le constat dressé ces dernières années : le système de santé est à bout de souffle, et la désertification médicale menace gravement l'accès aux soins, en Mayenne, comme, malheureusement, ailleurs. C'est d'autant plus vrai que tant le plan « Ma santé 2022 » que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ne répondent que partiellement à ces enjeux.

Le groupe Libertés et Territoires ne peut dès lors qu'encourager toute initiative visant à améliorer rapidement et concrètement l'accès aux soins. Tel est le cas avec cette proposition de loi. Nous souscrivons bien sûr à l'idée d'utiliser tous les outils – y compris numériques – permettant à chacun de bénéficier, partout sur le territoire, de mesures de prévention.

S'agissant de la lutte contre la désertification médicale, l'urgence de la situation justifie que nous ayons un débat sans tabou sur la pertinence d'un dispositif de régulation de l'installation des médecins qui respecte la liberté d'installation et garantissent la protection de la santé de nos concitoyens. À titre personnel, je suis favorable aux mesures de régulation proposées par notre collègue.

Pour autant, je tiens à préciser que notre groupe s'interroge sur certaines dispositions de cette proposition de loi, et tout d'abord parce qu'un désert médical est bien souvent un territoire au sein duquel les difficultés s'additionnent en matière d'accès aux transports, aux services publics, au numérique ou au logement. La priorité doit donc être mise sur le renforcement de l'attractivité globale du territoire, car les deux questions sont indissociables.

Si nous soutenons par ailleurs l'idée d'inscrire dans la loi la création d'un indicateur territorial de l'offre de soins qui permette de dresser une cartographie précise, comment va-t-il s'appliquer de façon concrète ?

Bref, notre groupe fera des propositions en vue de mobiliser plus rapidement et plus efficacement les médecins partout sur notre territoire. Une fois encore, je voterai cette proposition de loi.

Mme Caroline Fiat. Je remercie vivement le groupe Socialistes et apparentés, et en particulier notre collègue Guillaume Garot, pour son combat contre les déserts médicaux. Les inégalités en matière de santé sont criantes, s'aggravent et continueront de s'aggraver dans les années à venir si nous ne faisons rien.

Les communes rurales sont les plus touchées, mais également celles situées en périphérie des grandes villes. Selon l'UFC-Que Choisir, se soigner sans devoir s'acquitter de dépassement d'honoraires devient de plus en plus difficile : plus de huit Français sur dix ne disposent pas suffisamment d'ophtalmologistes ou de gynécologues près de chez eux.

Le Gouvernement se félicite de la fin du *numerus clausus* alors même qu'elle n'apporte aucune garantie en matière d'augmentation du nombre de médecins formés. J'invite à cet égard mes collègues à rencontrer les externes qui manifestent actuellement : on comprend vite qu'ils ont déjà tous l'envie d'arrêter.

Face à la désertification médicale, aux délais scandaleusement longs pour obtenir un rendez-vous et à la pénurie de spécialistes, certains en appellent à des mesures incitatives. Pourtant, les faits sont têtus : toutes celles prises ces dernières décennies – majoration de revenu, exonération d'impôts, etc – n'ont pas fonctionné et se sont toutes soldées par des échecs.

À l'inverse, les mesures de régulation à l'installation, qui existent pour les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, sont très efficaces. Le conventionnement des sages-femmes a par exemple permis entre 2010 et 2016 de réduire la part des installations en zones surdotées de 28 % à seulement 10 %. Le groupe de La France insoumise se réjouit donc de l'article 1^{er} de cette proposition de loi.

La télémédecine suscite quelques inquiétudes liées à ses possibles dérives : elle pourrait en effet induire des niveaux de soins différents en fonction du lieu d'habitation ou des revenus des personnes concernées.

J'apporte enfin tout particulièrement mon soutien à l'article 6, qui plafonne les dépassements d'honoraires car j'ai moi-même déposé une proposition de loi visant à y mettre fin.

La santé est un droit fondamental. L'accès aux soins devrait donc être garanti à tous sur l'ensemble du territoire. Nous voterons pour cette proposition de loi de bon sens.

M. Pierre Dharréville. Je voudrais à mon tour saluer le travail effectué par Guillaume Garot, qui nous permet de disposer d'éléments d'appréciation supplémentaires de la situation. S'il le fallait encore, il démontre, tout comme le souligne la constance avec

laquelle reviennent ses propositions de régulation de l'installation des médecins, l'urgence et la nécessité de prendre des mesures.

J'ai écouté notre collègue Tamarelle-Verhaeghe et je regrette que la majorité annonce qu'elle va voter cette proposition tout en déposant un amendement de suppression de l'article 1^{er}, pourtant central. Je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi vous ne conservez pas l'indicateur territorial de l'offre de soins qui permettrait de disposer d'une connaissance plus fine du territoire. Monsieur le rapporteur, quel sera le degré de précision géographique de cet indicateur ?

Je souligne notre intérêt pour la régulation ; nous avons formulé des propositions en ce sens à plusieurs reprises. La limitation des dépassements d'honoraires est également une bonne chose. Ils sont un véritable problème, auquel il faut s'attaquer. Pour conclure, toutes les dispositions en faveur du développement de la démocratie sanitaire vont dans la bonne direction.

M. Gilles Lurton. Monsieur le rapporteur, j'apprécie que vous partiez de l'expérience que vous avez menée en Mayenne. Partout en France, nous devons faire face aux demandes de nos concitoyens, confrontés à la désertification médicale. Dans notre propre Assemblée, sur tous les bancs, des voix commencent à s'élever.

Malgré tout, le déconventionnement sélectif que vous proposez à l'article 1^{er} ne me paraît pas résoudre le problème. Nous en avons parlé à plusieurs reprises, lors des débats sur vos propositions de lois précédentes. Je crains que l'on crée une médecine à deux vitesses : les médecins n'hésiteront pas à s'installer dans des zones sur-denses car il y aura toujours des clients prêts à payer, quitte à ne pas être remboursés...

J'ai la chance de présider les auditions conduites par Cyrille Isaac-Sibille sur le DMP. Le sujet est plus complexe que ne le laissent penser les dispositions prévues à l'article 3. Un important travail informatique est nécessaire pour simplifier son utilisation par les médecins. En conséquence, l'article 3 est inopérant.

M. Stéphane Viry. Nous sommes tous préoccupés par la question, mais de quelle façon doit-on y répondre ? Je suis de ceux qui considèrent qu'il ne faut pas forcément toujours contraindre ou taxer. Depuis trop d'années, notre pays a cherché à régler des difficultés en utilisant ces deux leviers.

J'ai lu récemment que 44 % des médecins généralistes refusent de nouveaux patients en tant que médecin traitant car ils sont surchargés. Ce n'est pas uniquement le cas dans les zones rurales, mais aussi dans les villes moyennes, comme Épinal.

Comment adapter l'offre de soins à la demande des patients ? Je ne partage pas votre avis sur le déconventionnement et suis opposé à l'article 1^{er}. Je crois davantage à la nécessité de laisser les territoires libres de s'organiser. Beaucoup d'élus locaux ont pris déjà des initiatives, en faveur de maisons de santé par exemple. Il faut aussi faire un effort pour aider les jeunes médecins à s'installer, tout en s'appuyant sur la formation et en faisant le lien avec les facultés, afin d'inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones sous-dotées.

Nous souffrons d'une pénurie de médecins, liée au numerus clausus délétère qui a longtemps prévalu, et d'un temps médical en baisse. C'est plutôt sur ces deux sujets que nous devons travailler.

M. Bernard Perrut. Lutter contre les déserts médicaux doit être une priorité non seulement en milieu rural, mais aussi dans les villes ou dans les quartiers. Nous sommes favorables à la santé pour tous, partout. Mais je m'interroge sur votre proposition de déconventionnement des médecins s'installant dans les zones surdotées et sur la limitation des dépassements d'honoraires médicaux. Elles vont à l'encontre du principe même de la médecine libérale. La coercition n'est pas forcément la bonne solution.

En outre, s'agissant du dossier médical partagé, l'objectif est d'atteindre 40 millions de DMP d'ici à 2022, mais les médecins jugent l'outil inexploitable pour les patients qui en ont déjà un. Sanctionner les professionnels qui n'auraient pas rempli cette obligation paraît excessif. Cela fait peser sur eux une menace supplémentaire, qui peut mettre en péril l'exercice serein de la médecine et risque de tendre les relations entre professionnels de santé et autorités publiques.

À l'inverse, je souscris pleinement à vos propositions concernant le développement de la téléprévention et de la télémédecine.

Nous ne pouvons pas voter cette proposition de loi, compte tenu de son caractère coercitif, alors que nous visons pourtant les mêmes objectifs.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Garot, vous êtes fidèle à vos propositions ! Mais la régulation ne résoudra pas le problème d'attractivité de la médecine générale – moins de 10 % des étudiants s'installent comme médecins généralistes.

En outre, lorsqu'ils s'installent, à l'âge de 30 ou 32 ans, leur parcours, professionnel et familial, les amène dans un territoire. Une obligation n'y changerait rien. L'Observatoire national de la démographie des professions de santé a réalisé une étude intéressante qui couvre la France et cinq pays européens : en dehors du Royaume-Uni et de l'Espagne, où le système public est majoritaire et la régulation appliquée dès la formation, tous les autres pays – Pays-Bas, Allemagne, Belgique – qui ont tenté la régulation ont échoué et sont revenus en arrière.

Que va-t-il se passer si nous appliquons la régulation en France ? Les médecins vont sortir de la convention médicale et s'installer où ils veulent, leurs honoraires n'étant alors plus du tout régulés. Vous souhaitez limiter les dépassements d'honoraires, mais moins de 10 % des médecins généralistes travaillent en secteur 2. Ils ne seront donc pas touchés, contrairement aux spécialistes. Une régulation serait contre-productive.

M. le rapporteur. Chers collègues, je vous remercie pour la diversité de vos interventions. Je remercie tout particulièrement ceux qui ont pris position pour soutenir les orientations que je défends depuis des années. On le constate à votre écoute, nos débats dépassent les clivages politiques traditionnels car il y a urgence. Nous ne pouvons plus dire à nos concitoyens de ne pas s'en faire, que nous allons continuer comme avant, même si cela va être de plus en plus difficile ! Pensez-vous que les Français sans médecin traitant, ceux qui voient leurs cabinets médicaux fermer sans remplaçant, peuvent l'entendre ? Ce n'est plus possible !

Je note malgré tout un progrès : plus personne ne remet en cause les inégalités criantes d'accès à la santé. Vous n'aurez donc aucun mal à adopter l'article 1^{er} qui propose un indicateur territorial de l'offre de soins. Tant mieux, ce sera un progrès pour l'ensemble du pays.

J'en viens maintenant au cœur de la proposition : la régulation de l'installation. J'ai entendu : « c'est affreux », « c'est coercitif », « c'est une contrainte insupportable ». À vous écouter, il s'agit d'une mesure soviétique !

Vous estimez que nous allons décourager la médecine libérale généraliste. Rassurez-vous et lisez attentivement la proposition de loi : la régulation ne concerne pas que la médecine libérale généraliste, mais l'ensemble des spécialités. Je vous rappellerai quelques chiffres tirés du site ameli.fr, avec l'exemple de deux villes moyennes de 30 000 à 35 000 habitants : Dreux compte vingt-quatre médecins généralistes, quand ils sont cinquante-six à Annemasse... Prenons les ophtalmologistes dans les villes de 75 000 habitants : ils sont quatre à Aubervilliers et vingt-cinq à Cannes. Enfin, prenons deux villes de 10 000 habitants : Joigny, dans l'Yonne, n'a aucun ophtalmologiste, quand Dinard – dans la circonscription de Gilles Lurton – peut compter sur six professionnels.

Vous avez ajouté : « ça ne marche pas », « ça ne pourra pas marcher », « ça ne marche pas ailleurs ». J'ai du mal à comprendre : vous savez comme moi que les autres professions de santé – infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes bientôt – connaissent des mesures de régulation. Ainsi, un pharmacien ne peut pas s'installer où il veut. Il doit suivre des règles et c'est bien normal. C'est l'assurance maladie – et donc nos cotisations – qui financent les revenus de ces professionnels de santé, dont les médecins. Et c'est très bien. Qu'y a-t-il de scandaleux ou de choquant à demander aux médecins de travailler avec nous à leur meilleure répartition sur le territoire ? Un citoyen et assuré social de Mayenne – mon département – m'a fait remarquer ce week-end qu'il payait tous les mois des cotisations sociales. Pourquoi, au motif qu'il vit en Mayenne, n'aurait-il pas accès à un médecin traitant ? Demander à nos médecins de prendre avec nous des mesures courageuses et peut-être difficiles est indispensable. C'est faire preuve de responsabilité.

Vous estimez que je présente ce dispositif comme la seule solution. Je dis précisément l'inverse : c'est la seule solution que nous n'avons pas tentée et celle qui permettra aux autres solutions – les mesures incitatives par exemple – d'être plus efficaces. Arrêtons de laisser s'installer des médecins là où ils sont déjà nombreux ! Où est l'intérêt général ? Nous prenons en charge les études des médecins, nous garantissons leurs revenus ; il faut donc travailler avec eux à leur meilleure répartition. C'est logique et responsable.

Vous craignez un déconventionnement massif en cas de régulation. Mais croyez-vous que les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes se soient massivement déconventionnés lorsque la régulation a été mise en œuvre ? Pas du tout ! Pourquoi cela serait-il le cas chez les médecins ? Arrêtons de nous faire peur !

Vous estimez que cela va accentuer la médecine à deux vitesses. Mais elle existe déjà ! Lorsque des patients n'ont pas accès à des médecins, lorsqu'ils n'ont pas de médecin traitant, comment appelez-vous cela ? Nous devons trouver des solutions et c'est le sens de la proposition de loi. Je note que les autres dispositions de la proposition de loi ne semblent pas soulever d'opposition. J'espère que l'intégralité du texte sera votée, dans sa cohérence.

Monsieur Dharréville, vous m'interrogez sur l'échelle de l'indicateur territorial de l'offre de soins. Je propose la reprise de la cartographie de l'accessibilité potentielle localisée, par bassin de vie. Ainsi, l'indicateur pourra être calculé à ce niveau, dans la continuité du travail déjà mené, que nous devons valoriser et insérer dans la loi, afin qu'il devienne public et transparent.

La commission passe à l'examen des articles.

Article 1^{er} : *Limitation de l'accès au conventionnement pour les médecins dans les zones suffisamment dotées*

La commission examine l'amendement AS8 de suppression de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Comme je l'avais indiqué dans mon propos liminaire, nous souhaitons rester dans une démarche incitative, et non coercitive. Nous ne voulons pas remettre en question la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « loi santé », et les mesures du Gouvernement, annoncées dès octobre 2017 : suppression du numerus clausus, doublement des maisons de santé pluriprofessionnelles, création des centres de santé et des CPTS, rénovation de l'aide à l'installation, etc. Il s'agit de mesures importantes et nous sommes convaincus que c'est la bonne manière de procéder. La coercition, au contraire, ne fera qu'amplifier l'hémorragie d'installations en médecine libérale alors que, déjà, très peu de médecins s'installent, privilégiant des postes salariés.

Vous comparez des villes dans différentes zones mais avez aussi souligné qu'à population identique, les besoins des populations ne sont pas identiques partout et l'offre médicale doit s'y adapter.

Quant à votre indicateur, il existe déjà. De telles dispositions ne relèvent pas de la loi et les y insérer contribuerait à rigidifier les outils. Sous la responsabilité de l'IRDES, un tel indicateur est déjà utilisé dans la définition des zonages.

M. le rapporteur. Je comprends bien que la majorité veut vider la proposition de loi de sa substance. C'est désolant... Vous ne mesurez pas l'attente de nos concitoyens. Vous ne pouvez pas continuer à dire que tout va très bien, que vous avez pris des mesures dans le cadre de la « loi santé », qu'il faut leur donner le temps de produire leurs effets... Nos concitoyens entendent ce discours depuis trop longtemps ! Lorsqu'ils ne voient pas de résultats, cela produit de la désespérance, voire de l'extrémisme. Je vous mets en garde.

L'article 1^{er} est raisonnable et responsable. Il dispose simplement qu'il ne faut plus s'installer là où les besoins essentiels sont déjà pourvus. Mais les médecins peuvent aller partout ailleurs sur le territoire. En outre, la création de l'indicateur ne vise pas à figer les outils, au contraire. Il s'agit de disposer d'une vision dynamique de la réalité de l'offre de soins, territoire par territoire. Si vous vous en privez, vous vous privez d'efficacité.

Ne pas voter l'article 1^{er} revient à dépecer la proposition de loi et à désespérer ceux qui attendent des réponses claires, fortes et efficaces dans nos territoires.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous parlez de désert médical, mais qui déserte ? Est-ce le médecin ou l'État et tous les services publics et privés ? J'aimerais que nous puissions un jour débattre consensuellement de l'aménagement global du territoire car les territoires dont nous parlons – ruraux, semi-ruraux, périurbains – n'ont certes pas ou plus de médecins, mais également pas ou plus d'emplois, de transport et de services. Aborder ces déserts uniquement sous l'angle médical revient à faire l'impasse sur le mal profond qui les ronge.

Lorsqu'il y aura de l'emploi, des services, des écoles, des commerces, il y aura des médecins et des pharmacies. On parle de mesures coercitives depuis 2007. Ce n'est pas soviétique, c'est sarkozyste ! Mais Nicolas Sarkozy avait finalement renoncé, pour de bonnes raisons, pressé par sa majorité de l'époque, qui lui avait expliqué que ce n'était pas une bonne idée.

Pourquoi n'est-ce pas une bonne idée ? On ne va pas déshabiller Paul pour habiller Jacques, surtout quand Paul n'a plus qu'un short et une paire de tongs... Sinon la désertification sera globale car les médecins de ville ne sont pas assez nombreux dans notre pays, Mme Tamarelle-Verhaeghe l'a très bien rappelé. Si vous voulez décourager ceux qui veulent encore s'installer, mettez en place des mesures coercitives !

Un exemple pour conclure : j'étais en Corse cet été, à côté de Calvi, où l'on est passé en l'espace d'un an de sept à deux médecins pour 10 000 habitants. Comment ferons-nous si les dispositions de votre proposition de loi s'appliquent, monsieur Garot ? On dira aux médecins qu'ils ne peuvent pas s'installer à Calvi et, un an plus tard, on se rendra compte que les médecins étaient proches de la retraite et on aura créé un nouveau désert.

C'est pourquoi je suis particulièrement favorable à l'amendement de notre collègue Tamarelle-Verhaeghe et très défavorable à la coercition – je me suis déjà prononcé contre à de très nombreuses reprises.

M. Julien Borowczyk. Monsieur Garot, je suis d'accord avec vous pour une fois, c'est une proposition raisonnable si l'on analyse les statistiques 2018 du Conseil national de l'Ordre des médecins... L'ordre compte huit mille sept cents médecins, dont 13 % exercent en libéral, soit mille médecins. Votre proposition de loi concerne ceux du secteur 2, soit moins de cent personnes, dont moins de dix en zones surdotées ! Va-t-on résoudre le problème de la désertification médicale en négociant avec moins de dix médecins par an ?

Nous savons tous comment cela va se passer – puisque nous l'avons constaté pour les professions régulées : les médecins vont quitter un centre surdoté – encore faudra-t-il évaluer cette surdotation, en prenant notamment en compte les départs en retraite – pour aller en périphérie. Mais ils n'iront pas dans les zones sous-dotées !

Je ne suis pas sûr que votre proposition de loi réponde vraiment aux attentes, contrairement au plan « Ma santé 2022 ». Si en politique, quand on vient de zones surdotées, on tente d'aller dans des zones un peu moins dotées pour se présenter, cela ne fonctionne pas pour la médecine. Robert de Jouvenel disait : « un sénateur, c'est un député qui s'obstine ». Votre avenir est tout tracé !

M. Yannick Favennec Becot. Je ne comprends pas cette volonté de vider la proposition de loi de sa substance en supprimant l'article 1^{er}. L'indicateur territorial de l'offre

de soins répond précisément à la nécessité de mieux prendre en compte les besoins sanitaires de nos territoires. Il est beaucoup plus précis et mieux adapté à la réalité des territoires que le système actuel. Ce zonage est nécessaire à la mise en œuvre des mesures destinées à réduire les inégalités de santé et favorisera une meilleure répartition géographique des médecins. Je regrette que des délais parfois très longs empêchent l'émergence de certains projets ou l'obtention d'aides, pénalisant ainsi l'accès aux soins de nos concitoyens dans certains territoires.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. À titre personnel, je suis contre la régulation et intimement convaincue qu'elle a un effet délétère sur la volonté d'installation des jeunes médecins généralistes – ou des moins jeunes d'ailleurs. Le dialogue est renoué avec la profession médicale. Ne le rompons pas et ne leur imposons pas quelque chose dont ils ne veulent pas !

Oui, monsieur Garot, le dialogue est renoué. Cela n'a pas toujours été le cas, notamment entre 2012 et 2017. Vous n'avez d'ailleurs pas essayé de mettre en œuvre ces mesures coercitives à l'époque...

M. le rapporteur. À l'époque, nous y avons travaillé avec Mme Bourguignon !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je voterai la suppression de l'article, même si l'indicateur peut avoir un intérêt. Réfléchissons-y ensemble.

Mme Caroline Fiat. Évidemment, nous nous opposons à la suppression de cet article. Cela commence à devenir une habitude : la majorité communique sur le fait qu'elle vote les propositions de loi de l'opposition, tout en vidant de leur substance leurs articles les plus essentiels !

Pourquoi une profession ne devrait-elle pas être régulée ? Ce n'est pas de l'obstination et, même si cela ne concerne que dix médecins, dix territoires seraient ravis d'accueillir enfin un médecin ! Année après année, cela pourrait améliorer la situation, dans l'attente de la formation de médecins supplémentaires. Pourquoi attendre encore ? Nous vous proposons une solution qui coule de source. Pourquoi s'en priver ?

M. Joël Aviragnet. Non, le problème n'est pas lié seulement liée à l'aménagement du territoire. En effet, certains territoires ont tout fait pour accueillir des médecins et, pourtant, cela ne fonctionne pas... Dans ma circonscription, des petites villes proches de Toulouse, à laquelle elles sont reliées par une autoroute gratuite et un bon système de transports, manquent de médecins.

J'écoute la population. Je ne suis pas médecin. Je n'ai donc rien à défendre si ce n'est un territoire et mes concitoyens. Que me disent-ils ? Qu'ils sont à bout. Dans certains cabinets médicaux, les secrétaires sont agressées, les médecins pris à partie. Les mesures incitatives montrent leurs limites... La population va finir par disjoncter ! Regardez la crise dans les hôpitaux : elle est aussi liée à la désertification médicale. Dès que l'on parle de régulation, la population comprend immédiatement « accès aux soins ». Nous sommes constamment interpellés. Il faut agir, qu'on le veuille ou non, sinon tout le monde va se faire agresser – politiques comme médecins.

M. Pierre Dharréville. Je suis d'accord avec vous, monsieur Véran, les services publics sont affaiblis dans notre pays. Il s'agit d'un problème grave, encore accentué depuis le début de cette législature : fermeture de trésoreries, de bureaux de poste – c'est le cas dans mon territoire –, de services dans les hôpitaux, abandon de certaines lignes SNCF, etc. Si vous souhaitez vous y attaquer, je suis disponible, mais la proposition de Guillaume Garot ne vise pas à y répondre.

Ainsi que je l'ai déjà dit, les mesures de régulation sont nécessaires. Vous parlez de coercition : c'est une caricature ! Nous sommes habitués, d'autant que ce n'est pas la première fois que nous avons ce débat... Mais il est indéfendable de ne pas retenir l'indicateur : c'est une idée novatrice, qui permettrait à chacun de disposer des mêmes informations.

M. Gilles Lurton. Je maintiens que l'article 1^{er} est inopérant, voire contre-productif. Nous avons voté il y a quelques mois la loi santé, qui constitue un cadre favorable à l'installation des médecins dans les zones les moins dotées. Malheureusement, ses effets ne seront visibles qu'à long terme, tout comme la suppression du numerus clausus, que j'ai approuvé.

Les hôpitaux de proximité créés par la loi sont également une bonne mesure, car les médecins ont besoin d'un environnement favorable pour s'installer dans les zones sous-dotées. Mais leur fonctionnement n'est pas encore clairement établi et leur mise en place prendra du temps. Continuons à réfléchir à des solutions constructives plutôt qu'à des mesures coercitives, auxquelles je ne crois pas.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je me permets d'intervenir dans le débat car le sujet m'est particulièrement cher et vous m'avez citée, monsieur le rapporteur. Je ne suis pas médecin – je ne suis donc pas partie prenante ; je viens d'une zone rurale où la pression vient à la fois de la démographie, mais aussi des citoyens, des élus et des médecins qui vont partir en retraite ; je n'ai pas de doctrine en la matière. Je crois que chacun peut avoir de bonnes idées. Il n'y a pas ceux qui n'en ont rien à faire et les autres, qui se préoccupent du problème. Nous avons tous envie d'apporter des solutions aux citoyens dans nos circonscriptions pour améliorer l'accès à la santé.

Il n'y a pas une réponse uniforme pour tout le territoire – cela ne fonctionne pas. Les solutions doivent être modelées et ciselées selon les territoires. Depuis trois ou quatre ans, j'ai choisi de militer auprès des étudiants en médecine, à une heure et demie de chez moi. Je vais les voir pour discuter avec eux, j'essaie de les « séduire » en leur parlant de ce que mon territoire peut leur offrir, en accord avec les élus. Je leur parle d'une manière attractive de notre territoire, et non pas en des termes misérabilistes, qui pourraient les repousser.

En outre, les mesures incitatives que nous venons de voter ne sont pas à jeter car elles commencent à porter leurs fruits : les contrats d'engagement de service public fonctionnent et permettent aux étudiants de disposer d'un revenu pendant leurs études sous réserve de leur installation ultérieure dans le territoire. Les médecins maîtres de stage sont une autre bonne idée, tout comme les stages de médecine générale, qui n'existaient plus et que nous avons relancés sous la précédente mandature. Ils permettent aux étudiants d'envisager la médecine générale et, qui sait, de s'installer lorsqu'ils auront fini leurs études.

À l'inverse, quand on parle aux étudiants d'une pression à l'installation, ils n'en veulent pas. Pourtant, ils sont trop jeunes pour être déjà « formatés » ! C'est pourquoi j'ai

changé d'avis sur la coercition. Peut-être également est-on arrivé au bout de ce que l'on pouvait imaginer en la matière. Peut-être, si des médecins veulent devenir salariés – ce que certains expriment –, faudra-t-il leur imposer un territoire. Mais s'ils travaillent en libéral et veulent s'installer, nous devons continuer à rendre nos territoires plus attractifs.

M. le rapporteur. Le débat est extrêmement riche. Je me désole de la position de la majorité car il faut prendre la mesure de l'attente et de l'angoisse de nos concitoyens. Vous rejetez l'idée même de la régulation pour des raisons parfois surprenantes – idéologiques peut-être ? Cela ne revient-il pas à défendre des prés carrés ?

La concentration médicale est impressionnante dans cette commission – je ne parle pas de Mme la présidente. J'ai entendu les arguments que certains ont développés ce matin lors de mes auditions avec les syndicats professionnels. Faisons la part des choses ! Ici, nous travaillons dans l'intérêt général, afin de trouver des solutions.

J'en ai entendu certains qui considèrent que les déserts médicaux ne sont qu'une question d'aménagement du territoire. Certes, Pierre Dharréville a raison de réclamer des moyens qui nous permettent de garantir la présence de services dans nos territoires mais, pour prendre l'exemple de mon département, la Mayenne est traversée par le TGV, avec plusieurs arrêts par jours, ainsi que par l'autoroute : il ne s'agit donc pas d'une terre enclavée ; nous ne sommes pas très loin de la mer, avons d'excellents lycées, comme dans l'ensemble de la région, et une vraie qualité de vie ; avec un taux de chômage inférieur à 6 %, nous sommes pourvoyeurs d'emploi, et les chefs d'entreprise ont besoin de recruter des salariés et des cadres. Comme Gisèle Biémouret dans le Gers, nous avons conduit des opérations auprès des universités, à la faculté d'Angers en particulier, pour valoriser l'installation dans un département comme le nôtre. Malgré tout cela, et malgré les médecins qui se mobilisent pour accueillir des stagiaires dans leur cabinet, des milliers de Mayennais sont sans médecin traitant.

Vous pouvez continuer à dire que les mesures que nous avons prises vont dans le bon sens et qu'elles finiront par produire leurs effets, mais vous ne vous rendez pas compte de ce que ressentent nos concitoyens, de leurs attentes. Vous persistez obstinément à refuser toute régulation, sous prétexte que les médecins ne pourraient pas accepter ce que les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes ont accepté, eux, depuis des années : qui peut vous entendre ? qui peut vous comprendre ?

Je vous le dis avec force et sincérité : ouvrez les yeux ! Je trouve dommage que nous saisissons pas collectivement cette occasion de faire avancer le pays.

*La commission **adopte** l'amendement AS8.*

*En conséquence, l'article 1^{er} est **supprimé** et les amendements AS5 de M. Philippe Vigier et AS11 du rapporteur **tombent**.*

Après l'article 1^{er}

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS6 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à rétablir l'obligation de garde pour les médecins généralistes, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé (ARS).

Depuis 2002 et la décision du ministre Jean-François Mattei de supprimer l'obligation de garde des médecins libéraux, on observe une érosion de la permanence des soins. Le volontariat n'est pas suffisant pour répondre à la demande de permanence des soins sur le territoire – cela est particulièrement vrai dans les déserts médicaux. La revalorisation du prix de consultation n'a pas fait ses preuves et, aujourd'hui, l'engorgement des urgences est directement lié au déficit de gardes assurés par les médecins libéraux.

Ce constat avait été fait par l'Ordre des médecins en 2012 ; il a été rappelé par le rapport Lemorton-Door de 2013 : une démographie défailante renforce l'absence de gardes. Aussi, en complément d'une meilleure répartition des médecins libéraux sur le territoire, nous proposons de rendre obligatoire la mission publique de la permanence des soins, à savoir les gardes.

Les maisons médicales de garde ont été une première réponse apportée au besoin de permanence des soins, mais il convient aujourd'hui de revenir sur l'erreur de 2002 et de rendre obligatoire la permanence des soins pour la médecine de ville. Cela doit se faire dans des conditions respectueuses de l'exercice libéral et en contrepartie de garanties, les unes et les autres fixées par les ARS.

M. le rapporteur. Avis favorable.

M. Julien Borowczyk. Je comprends le sens de cet amendement mais je m'interroge sur sa mise en œuvre : une fois de plus, dans les zones sous-denses, un seul médecin sera contraint d'assurer toutes les gardes, de nuit comme de jour et le week-end, et donc il finira par partir, ce qui n'est pas vraiment ce que l'on cherche.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS2 de M. Philippe Vigier.

M. Yannick Favennec Becot. Il est faux de dire que rien n'a été fait pour lutter contre la désertification médicale – je pense notamment au dernier projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, même si nous étions nombreux à l'époque à donner l'alerte sur l'insuffisance des mesures. Nous saluons en particulier la décision d'étendre la possibilité de recourir, hors des périodes d'affluence exceptionnelle, à des médecins exerçant en qualité d'adjoints ou de remplaçants dans des zones sous dotées : c'est un vrai progrès.

Il n'empêche que l'on constate un recul de l'exercice libéral chez les médecins, qui se tournent de plus en plus vers le salariat, en particulier en début de carrière. Au-delà de ce recul, il faut souligner d'autre part que l'exercice libéral est marqué par une progression du remplacement. En effet, les deux tiers des nouveaux médecins libéraux exercent en tant que remplaçants et privilégient eux aussi certains territoires plutôt que d'autres.

L'exercice en qualité de remplaçant ou d'adjoint est strictement encadré, et nécessite une autorisation du conseil départemental de l'Ordre des médecins ou de l'ARS. Le statut de

ces médecins gagnerait donc à être assoupli, afin de mobiliser plus facilement la ressource médicale disponible. C'est pourquoi nous proposons, avec cet amendement, de substituer, pour l'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant, un régime déclaratif au régime d'autorisation par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

M. le rapporteur. Selon l'exposé des motifs de cet amendement, l'assouplissement visant à substituer au régime d'autorisation un régime déclaratif concerne à la fois les médecins remplaçants et les médecins adjoints. Or, depuis l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé, le régime juridique des médecins remplaçants et celui des médecins adjoints font l'objet de deux articles différents. Tel qu'il est rédigé, l'amendement ne vise que les seuls médecins remplaçants et, pour y intégrer les adjoints, il faudrait également modifier l'article L. 4131-2-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, j'ai déjà eu l'occasion de dire, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi que j'avais défendue en janvier dernier, que je serais favorable à votre amendement, sous réserve de l'adoption d'un sous-amendement visant à prévoir un délai d'un mois pour l'information des services de l'État par l'Ordre des médecins.

Je vous propose donc de retirer cet amendement et de le retravailler pour la séance.

L'amendement AS2 est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS3 de M. Philippe Vigier.

M. Yannick Favennec Becot. La proposition de loi que nous examinons aujourd'hui propose d'aller beaucoup plus loin en matière de mesures contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Pour pouvoir, dans cette optique, mobiliser rapidement les médecins, il faut introduire de la souplesse dans le système. C'est la raison pour laquelle nous proposons, avec cet amendement, de créer un statut de « médecin volant », octroyé à des médecins thésés, qui exerceraient ponctuellement pour assister d'autres médecins, en particulier dans les zones sous-denses, en qualité de travailleurs non salariés.

Ces médecins volants bénéficieraient d'un statut propre, qui ne se confondrait ni avec celui des médecins remplaçants dans la mesure où les médecins épaulés n'auraient pas à cesser leur activité, ni avec celui des médecins adjoints, dans la mesure où les médecins venant en renfort exerceraient pour leur propre compte, sans utiliser les feuilles de soins du médecin installé et sans rétrocession d'honoraires.

Pour les médecins « volants », ce statut aurait l'avantage de limiter le poids des charges sociales, de les affilier à un régime d'assurance maladie aligné sur celui des salariés et de leur ouvrir la possibilité de se constituer une protection complémentaire, notamment au titre de la retraite et de la prévoyance.

M. le rapporteur. Avis favorable, car nos objectifs sont convergents. J'avais déjà dit l'an passé mon vif intérêt pour cette mesure que nous avons reprise dans la proposition de loi précédente, malheureusement repoussée par la majorité.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 : *Association des associations des représentants d’usagers du système de santé à l’élaboration des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé*

La commission examine l’amendement AS12 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement complète l’article 2 afin qu’il soit inscrit dans la loi que les élus locaux, qui sont pleinement impliqués dans la lutte contre les déserts médicaux, puissent participer au projet territorial de santé.

M. le rapporteur. Je reste réservé sur cet amendement. Il faut d’abord, en effet, pouvoir déterminer le niveau de collectivité concerné – région, département, commune ou intercommunalité ? –, ce qui n’est pas évident.

Par ailleurs, il faut faire attention à ne pas trop alourdir les structures chargées du projet territorial de santé. Autant je suis d’accord pour que les collectivités locales soient impliquées dans sa définition, autant il me semble que nous devons bien réfléchir à la façon de les y associer. En d’autres termes, je partage votre objectif mais pas votre méthode. Avis défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Il ne s’agit nullement d’une obligation, mais certaines collectivités territoriales, que ce soit des communes, des intercommunalités, mais aussi des conseils départementaux, peuvent être membres associés des CPTS. C’est ce que je voulais voir précisé dans la loi.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle est saisie de l’amendement AS10 du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s’agit d’un amendement de précision concernant l’association des représentants d’usagers aux CPTS. Il ressort de nos auditions qu’il n’est pas utile de prévoir par décret les modalités de cette association, et que cela risquerait, au contraire, d’alourdir le dispositif. L’idée d’associer les citoyens aux CPTS n’est nullement abandonnée mais nous laissons liberté à chaque communauté de procéder comme elle l’entend.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Les CPTS ont toute latitude pour associer à leurs travaux et les usagers et les collectivités, ces dernières étant d’ailleurs très impliquées. Il n’est donc pas utile de rendre la loi bavarde, quand les choses s’organisent implicitement. Il me semble important de laisser de la liberté aux CPTS.

M. le rapporteur. Dans ces conditions, il me semble que Mme Bagarry pourrait retravailler pour la séance l’amendement qui vient d’être rejeté.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle rejette l’article 2.

Article 3 : *Obligation de mise à jour du dossier médical partagé*

La commission adopte l’article 3 sans modification.

Article 4 : *Mise en place d'une stratégie de prévention en santé*

La commission adopte l'article 4 sans modification.

Article 5 : *Création de la téléprévention*

La commission examine l'amendement AS9 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Tout ceci est un peu rapide ; nous n'étions pas favorables à l'article 4.

Quoi qu'il en soit, l'article 5 propose de créer une « téléprévention » parallèle à la télémédecine. Or, il ne me paraît pas judicieux de distinguer la prévention et la santé, dans la mesure où les professionnels de santé font tous de la prévention.

Néanmoins, il existe des consultations de prévention réalisées dans les centres d'exams de santé, qui relèvent de la sécurité sociale, et ces consultations, qui visent plus particulièrement les populations précaires, mériteraient effectivement de pouvoir se conduire en télémédecine. C'est l'objet de cet amendement.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Supprimer l'article 5 au motif que la prévention fait partie de la santé est un argument que je trouve bien faible. Supprime-t-on le télésoin, introduit dans la récente « loi santé », ou la télémédecine, parce qu'ils sont partie intégrantes de la santé ?

Nous devons écrire noir sur blanc dans la loi que la téléprévention est une des composantes de la télémédecine. Plus on est précis, plus on est efficace, et l'article entend préciser ce qui doit être mis en œuvre, concernant la télémédecine, qui est l'une des bonnes dispositions de la dernière loi de santé.

La commission adopte l'amendement.

L'article 5 est ainsi rédigé.

Article 6 : *Renforcement des sanctions en cas de dépassements d'honoraires excessifs*

La commission examine l'amendement AS13 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement prévoit que les médecins à honoraires libres indiquent sur le site internet ameli.fr le montant de leurs honoraires, afin que les patients connaissent à l'avance ce qu'ils devront payer en fonction des actes ou du type de consultation.

M. le rapporteur. Je ne suis pas en désaccord avec l'intention de l'amendement, mais il ne me paraît pas de nature à entraver les dépassements d'honoraires excessifs.

C'est une mesure qui va dans le bon sens, et évitera les négociations de gré à gré, dans le secret du cabinet. Cela étant, ce qui est surtout nécessaire, c'est un encadrement

simple et lisible des tarifs de dépassement qui sont excessifs. C'est pourquoi je vous demande le retrait de cet amendement en vue de le retravailler pour la séance.

Mme Christine Pires Beaune. Nous arrivons à la fin de l'examen de cette proposition de loi, et je souhaite prendre la parole, car j'avais déposé un amendement visant à interdire l'intérim médical mais qui a été déclaré irrecevable.

La ministre a, me semble-t-il, été jusqu'à évoquer des mercenaires. Je me bornerai pour ma part à dire que la médecine n'est pas une activité occasionnelle. On a besoin de médecins partout et tout le temps, et, mis à part les périodes de grippe saisonnière, auxquelles on peut faire face avec des contrats à durée déterminée, je ne vois donc pas ce qui peut justifier le recours à l'intérim pour les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

J'ajoute qu'il suffit de se référer au dernier rapport de la Cour des comptes pour voir ce que cela coûte aux hôpitaux publics ou privés, et donc, en définitive, à la sécurité sociale. Nous parlons ici d'un coût exorbitant.

Alors que nous manquons de médecins, autoriser l'intérim est un contresens.

L'amendement AS13 est retiré.

La commission rejette l'article 6.

Article 7 : Gage

La commission adopte l'article 7 sans modification.

Puis elle adopte la proposition de loi modifiée.

*
* *

La commission en vient à l'examen de la proposition de résolution de Mme Erika Bareigts tendant à la création d'une commission d'enquête sur les politiques à mener contre la propagation des moustiques Aedes et des maladies vectorielles (n° 2269).

Mme Ericka Bareigts, rapporteure. Le sujet de la commission d'enquête que la proposition de résolution que je vous présente se propose de mettre en place est sans doute un peu nouveau dans l'Hexagone : il s'agit de l'*Aedes albopictus*, un moustique qui fait énormément de ravages dans les territoires ultramarins. Ce phénomène attaque aujourd'hui la France continentale, et c'est la raison pour laquelle une commission d'enquête me semble nécessaire, non pour faire le procès de tel ou tel, mais pour tenter de faire obstacle à la propagation d'une maladie qui peut entraîner la mort.

Formellement, cette proposition de résolution répond à l'ensemble des conditions posé par le Règlement de notre assemblée. En ce qui concerne son opportunité, je voudrais commencer par citer le directeur général de la santé, qui déclarait lors de son audition, en juillet dernier, que « *les maladies vectorielles ont un impact social, économique et sanitaire* » et rappelait que les territoires d'outre-mer avaient payé un lourd tribut avec le paludisme, la dengue, le chikungunya ou encore le virus Zika. Le point commun à l'ensemble de ces

maladies est la prolifération du moustique *Aedes albopictus*, considéré comme étant leur principal vecteur.

Deux faits majeurs sont à l'origine de la propagation des maladies dont est porteur l'*Aedes albopictus*.

En premier lieu, la globalisation des échanges, des biens et des personnes au sein du « village-monde » a très largement contribué à la migration et à la prolifération du moustique, qui, s'éloignant des zones tropicales, a pénétré les territoires des États-Unis d'Amérique et de l'Europe.

Dans le cadre des auditions conduites par la commission des affaires sociales en juillet dernier, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a notamment souligné que l'extension de l'aire géographique où l'on retrouve ce moustique a été favorisée par le développement du commerce des pneus.

La circulation des personnes virémiques contribue parallèlement à la propagation des virus et des pathologies associées. Cela pose le problème de la surveillance des frontières, surveillance d'autant plus problématique qu'il s'agit de pathologies asymptomatiques, ce qui rend difficilement identifiables les personnes contaminées.

Le second élément qui contribue à la propagation de l'*Aedes albopictus* est le réchauffement climatique. Le professeur Desenclos, également auditionné en juillet dernier, a notamment souligné qu'en fonction des scénarii de réchauffement, l'aire de propagation du moustique pourrait s'étendre jusqu'à Oslo. Parce que cette réalité doit être acceptée, il nous faut donc nous préparer à être résilients.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? Le constat est très grave. Pour reprendre une fois encore les termes du directeur général de la santé, ces maladies vont devenir un fléau important pour tout notre territoire dès lors qu'il est établi que la moitié des départements hexagonaux sont colonisés par le moustique *Aedes albopictus*, alors qu'il y a quinze ans, seules les Alpes-Maritimes étaient touchées.

Selon les dernières données de Santé publique France, en 2018, on dénombrait 189 cas importés de dengue ; un an après, le 15 novembre 2019, nous sommes à 609 cas. Pour le chikungunya, ce sont 53 cas recensés aujourd'hui, contre 6 cas importés en 2018. 8 cas autochtones de dengue avaient été recensés en 2018 dans deux foyers, l'un dans les Alpes-Maritimes, l'autre dans l'Hérault ; ils sont 9 cette année. Plus récemment enfin, 3 cas autochtones de Zika ont été confirmés dans la commune de Hyères, et ce alors que le maire de la commune, particulièrement actif dans la lutte contre la prolifération des moustiques, avait pourtant mis en œuvre un véritable « plan Marshall » pour protéger la population.

On sait que le réchauffement climatique est voué à se poursuivre dans les années à venir. Même si le climat sur le territoire hexagonal ne va pas devenir tropical, la hausse des températures et la multiplication des épisodes de fortes pluies, propices aux inondations, ne peuvent que favoriser l'apparition de nouveaux nids, et l'on pourrait constater une remontée de 500 kilomètres vers le nord de la zone propice à la prolifération des moustiques.

Comparaison n'est pas raison, mais je voudrais partager avec vous quelques chiffres pour les rapporter à la population hexagonale. En 2005-2006, 266 000 personnes ont été

touchées par le chikungunya sur l'île de La Réunion, et 267 sont mortes : cela équivaudrait à 22 millions de personnes touchées dans l'Hexagone et à plus de 22 000 morts, soit des chiffres bien supérieurs à ceux de la canicule de 2003. Quant à l'épidémie de dengue que connaît La Réunion depuis maintenant près de deux ans, rapportée à la population hexagonale, elle équivaudrait à 2 millions de cas recensés et à plus de 1 500 morts.

L'ensemble de ces éléments conduit à s'interroger sur la capacité de notre État à affronter cette réalité – complexe, instable, et inédite – et à mettre en place des dispositions destinées à réduire ou à annihiler les cas de maladies vectorielles autochtones. Tel est l'objet de la proposition de résolution portant création d'une commission d'enquête.

Sans préjuger des travaux qu'une telle commission serait habilitée à conduire ni des conclusions que ses membres pourraient en tirer, sa mise en place est tout à fait opportune et permettrait de répondre à plusieurs questions et, le cas échéant, d'aider à la définition d'une nouvelle politique publique face à ce phénomène inédit par son ampleur et la rapidité de son expansion. Elle permettrait de déterminer avec davantage de précision la propagation des colonies de moustiques-tigres et, partant, celle des différents virus.

La commission d'enquête permettrait, grâce notamment aux retours d'expérience, de faire le point sur les actions mises en place pour limiter, réduire voire éradiquer les colonies de moustiques et la propagation des virus.

Les mécanismes de transmission mériteraient également d'être davantage étudiés – sachant, par exemple, que, tout récemment, un cas de transmission de dengue par voie sexuelle a été identifié –, et la recherche devrait pouvoir être encouragée en la matière.

Enfin, elle permettrait d'interroger l'organisation administrative de la lutte anti-vectorielle et d'évaluer son efficacité tant en France qu'en Europe, où prévalent des approches différentes.

Pour toutes ces raisons, j'estime que la proposition de résolution répond aux conditions fixées par le Règlement de l'Assemblée nationale. Aucun obstacle ne s'oppose donc à la création de la commission d'enquête.

À l'heure où nous examinons ce texte, une journée départementale de lutte contre la dengue se déroule à La Réunion, sous l'égide des autorités préfectorales et de l'agence régionale de santé, qui appellent à une forte mobilisation contre le virus. L'hiver austral n'a pas atténué sa circulation, et les journaux titraient ce matin que l'année 2020 serait pire que les années précédentes. Les habitants de La Réunion ont donc des raisons d'être inquiets.

Au regard de ce que traverse la population depuis plusieurs années, malgré une très forte mobilisation des autorités, j'ai la conviction que nous n'avons pas trouvé les bonnes solutions. Face aux difficultés qui sont devant nous, nous devons dépasser nos appartenances territoriales et politiques pour mettre en commun notre intelligence et notre énergie, afin d'aider les collectivités territoriales à éradiquer le moustique. En effet, malgré la nouvelle organisation découlant du décret de 2019 relatif à la prévention des maladies vectorielles, la responsabilité des maires en matière de prophylaxie reste encore, à mon sens, trop importante, compte tenu du peu de moyens dont ils disposent, d'autant que les « contrats de Cahors » signés entre les collectivités et l'État engagent les premières à limiter leurs dépenses de

fonctionnement, ce qui n'offre pas les meilleures conditions pour que les maires puissent mobiliser les moyens propres à endiguer la prolifération et à protéger leur territoire.

J'ajoute enfin que, n'ayant jamais eu à lutter contre le moustique *Aedes albopictus* beaucoup ignorent les bonnes pratiques en la matière, ce qu'il faut faire ou ne pas faire, dans un parc ou dans un jardin, pour se protéger efficacement.

Il y a donc un vrai travail d'information à entreprendre, et de nouvelles pistes à défricher, en s'appuyant sur l'expérience des outre-mer.

Je vous invite donc à adopter cette proposition de résolution, car le danger est devant nous et que nous avons le devoir de mettre en œuvre de nouvelles politiques publiques pour protéger nos concitoyens.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Madame la rapporteure, merci pour votre implication constante dans la lutte contre les moustiques et leurs méfaits. Députée de La Réunion, vous avez connu avant les autres ce que les députés de la métropole vont découvrir au cours des prochaines années. L'Organisation mondiale de la santé estime que d'ici à 2030 ou 2035, la dengue sera le plus grand fléau de l'humanité à cause de la pullulation des moustiques-tigres. Paradoxalement, la végétalisation des cœurs de ville, qui crée des zones humides, est en effet un formidable vecteur pour cet insecte dont la zone de peuplement va remonter jusqu'au Danemark et envahir toute l'Europe, au-delà des terres chaudes. Le dernier cas de paludisme autochtone en Europe s'est déclaré en Corse dans les années 1980, et le paludisme était présent jusqu'au nord de Londres jusqu'au milieu du XX^e siècle.

J'ai déposé, au nom du groupe La République en Marche, une proposition de loi qui me semble aller plus loin que votre proposition de résolution, car les mesures adoptées seront plus rapidement effectives. Au mois de juillet, je me suis rendu avec la presse régionale dans un quartier de Grenoble appelé l'Île-Verte. Nous avons constaté que les jardins étaient infestés de moustiques-tigres, au point que les familles ne sortaient plus étendre le linge et que les enfants ne jouaient plus dehors, et j'avais estimé qu'il existait un risque non négligeable que la dengue fasse son apparition à Grenoble. Quelques semaines plus tard, à 50 mètres de la maison que nous avons visitée, le premier cas de dengue autochtone dans le cœur de ville de Grenoble a été enregistré.

Il est donc urgent d'agir. Ma proposition de loi a été déposée il y a plusieurs mois et devrait être examinée au cours du printemps prochain – peut-être au mois de mars – pour être effective avant l'été en métropole. Madame Bareigts, je vous invite à travailler avec moi sur ces questions. J'ai besoin de votre expertise et il ne s'agit pas d'un sujet politique : c'est un problème de santé public, d'intérêt général. L'adoption de cette proposition de résolution risque de différer celle de la proposition de loi, qui prévoit des solutions effectives visant l'organisation de la lutte anti-vectorielle et l'expérimentation de réponses nouvelles pour lutter efficacement contre la prolifération des moustiques-tigres qui transmettent des maladies potentiellement mortelles.

M. Stéphane Viry. Le groupe Les Républicains est favorable à tous les travaux portant sur ce sujet. Nous devons effectivement converger dès lors qu'il s'agit de préserver la santé de la population nationale et mondiale. Les autorités de santé ont fait savoir que le risque d'épidémie était bien réel. Il faut donc impérativement traiter cette question.

Près de la moitié des départements hexagonaux sont concernés, au-delà des DOM-TOM qui sont durement frappés. Compte tenu de l'évolution climatique et des échanges internationaux le problème va se poser partout sur le territoire national, et ailleurs en Europe.

Avec les maladies vectorielles, il importe d'agir vite tout en faisant preuve de raison et de sagesse. Certaines publications peuvent en effet laisser croire tout et n'importe quoi. Ainsi la maladie de Lyme devrait-elle faire l'objet de travaux plus approfondis.

J'ai noté les propositions d'Olivier Véran, mais nous demeurons favorables à la création de cette commission d'enquête. Peut-être une mission d'information aurait-elle été suffisante. En tout état de cause, il s'agit d'une question de santé publique majeure, et il faut avancer sur le sujet.

Mme Justine Benin. Je me réjouis que notre collègue soumette à notre assemblée cette proposition de résolution sur un sujet aussi important pour les outre-mer. S'il est encore relativement méconnu, il constituera dans les années à venir un sujet de santé publique sur l'ensemble du territoire de la République.

La prolifération du moustique-tigre dans les territoires ultramarins, à La Réunion comme aux Antilles, est bien établie par les autorités sanitaires. Elle s'est traduite par le développement d'épidémies mortelles, comme la dengue, le chikungunya ou le Zika. En ce moment même, les Antilles et La Réunion sont frappées par ces grandes épidémies.

Pour autant, ce n'est pas une problématique propre aux outre-mer, ces moustiques porteurs de maladies vectorielles ont été repérés en Europe, y compris dans l'Hexagone, où les contaminations se multiplient. Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés soutient donc cette démarche qui nous permettra de progresser dans la connaissance de ce phénomène que le réchauffement climatique devrait accentuer.

Mme Jeanine Dubié. Merci, madame la rapporteure, pour votre engagement sur ce dossier et votre détermination à faire considérer ce problème à la hauteur des enjeux.

L'été dernier, dans le Var, trois cas de contamination autochtone du virus Zika ont été découverts, et depuis 2005, le moustique-tigre s'est répandu dans une large partie de l'Hexagone et au-delà de nos frontières. Vecteur de maladies telles que la dengue, le chikungunya ou la fièvre jaune, il est aujourd'hui actif dans plus de la moitié des départements métropolitains. La Réunion, la Guyane et les Antilles ont été touchées à plusieurs reprises par des épidémies massives propagées par les moustiques *Aedes* ; nous avons tous à l'esprit l'épidémie de chikungunya à La Réunion en 2005 et 2006.

Il s'agit d'une problématique de santé publique qui affecte aussi bien la métropole que les territoires ultramarins et qui soulève la question des effets du réchauffement climatique sur notre santé, puisque l'expansion de ces moustiques hors des zones tropicales est une conséquence des températures plus clémentes. À ce propos, la maladie de Lyme, propagée par les tiques, constitue un autre sujet de préoccupation.

La création d'une commission d'enquête parlementaire sera complémentaire de l'action du ministère de la santé. Je pense notamment au dispositif de surveillance

épidémiologique mis en place depuis 2006, dont les travaux de la commission d'enquête permettront l'amélioration, si besoin.

Parce qu'il faut lutter contre la prolifération des moustiques et mieux appréhender les maladies vectorielles, le groupe Libertés et Territoires soutient la création de cette commission d'enquête.

M. Jean-Hugues Ratenon. Je salue cette proposition de résolution : une commission d'enquête parlementaire est plus que jamais nécessaire.

À La Réunion, nous connaissons bien le moustique-tigre. En 2005 et 2006, la crise du chikungunya a touché un tiers de la population et provoqué 2 048 décès. Cette crise sanitaire a été particulièrement puissante, et le traumatisme est toujours palpable dans la population réunionnaise, particulièrement chez certaines personnes âgées. La Réunion connaît à présent une épidémie de dengue : 75 000 cas ont été recensés, entraînant 732 hospitalisations, 2 400 visites aux urgences et 20 décès. Selon les titres de la presse régionale d'aujourd'hui, 2020 sera pire ! Un deuxième type de virus est apparu, et les foyers épidémiques se maintiennent durant l'hiver – fait exceptionnel et très préoccupant.

La réduction des financements aux collectivités locales et la suppression des contrats aidés ont affecté la capacité de lutte physique contre la propagation de ce moustique, conduisant à l'épidémie que nous connaissons. Le constat est inquiétant : la moitié des départements français abritent le moustique-tigre. L'État, qui s'est montré incapable à enrayer une épidémie circonscrite, ne peut pas davantage empêcher sa propagation. Alors que le moustique-tigre semble durablement installé en France hexagonale et que le dérèglement climatique fait régulièrement grimper les températures, la survenue d'une forte épidémie est un risque important pour nos concitoyens.

Il est donc urgent de déterminer comment une telle propagation a été possible, pourquoi l'épidémie est telle outre-mer, quels sont les moyens de lutte les plus adaptés au regard de la toxicité des produits chimiques utilisés et quels seront les moyens financiers et humains nécessaires à l'éradication. Cette commission d'enquête devra répondre à ces questions, car le moustique-tigre a déjà tué.

M. Pierre Dharréville. Je viens d'un territoire dans lequel nous connaissons la nécessité et la difficulté de lutter contre la prolifération des moustiques, et où le moustique-tigre est déjà présent.

Des dispositions ont d'ores et déjà été prises, et le message n'est pas qu'il a fallu attendre que les problèmes passent les rivages de l'outre-mer pour s'en saisir – ce n'est pas du tout le cas de votre commission d'enquête. Il s'agit de prendre la mesure d'un phénomène qui se répand partout pour le circonscrire, et l'éradiquer autant que possible.

La commission d'enquête sera de nature à nous faire progresser pour prendre les mesures collectives qui s'imposent.

Mme la rapporteure. Je remercie chacun d'entre vous de son soutien. Vous l'avez compris, le problème a dépassé – hélas – les limites océaniques des territoires d'outre-mer, et il s'agit aujourd'hui de partager notre expérience pour mieux protéger les ultramarins et l'ensemble de la population, en France et au-delà de nos frontières, car c'est un problème

européen. Or certains pays voisins n'ayant pas le même système de surveillance sanitaire, le risque d'une amplification de la contamination est bien réel.

Cette résolution répond à une volonté de partage des connaissances, de suivi et de recherche. Les pouvoirs d'une commission d'enquête – supérieurs à ceux d'une mission d'information – permettront de chercher sur pièces et sur place tous les éléments pour objectiver notre réflexion, réaliser des évaluations et formuler des propositions innovantes. Nous devons être efficaces, car malgré toutes les initiatives prises par les autorités sur nos territoires, le résultat n'est pas au rendez-vous. Bien au contraire, le phénomène prend de l'ampleur.

Monsieur Véran, votre proposition de loi et cette commission d'enquête ne s'opposent absolument pas. Je dépasse les clivages politiques. Je considère ainsi que vos récentes propositions vont dans le bon sens ; elles complètent un dispositif légèrement modifié par le décret de 2019. C'est une avancée, mais nous devons anticiper et mener une réflexion plus vaste, car c'est un problème nouveau que personne ne maîtrise. Le directeur général de la santé montre à cet égard beaucoup d'humilité à ce sujet. Il a ainsi déclaré que nous faisons face à des maladies vectorielles et infectieuses très évolutives, et que tout le territoire métropolitain est – ou sera – concerné. Il est très volontaire, mais aussi très humble face à l'ampleur de la tâche. Nous pouvons être favorables à une proposition de loi qui améliore les dispositifs existants tout en menant une commission d'enquête qui accompagne, évalue, et objective. Nos deux initiatives se complètent et montrent que nous pouvons être au rendez-vous car les enjeux sont très importants pour la vie des uns et des autres.

En outre, la proposition de loi et le décret de 2019 ne traitent pas de la protection de l'environnement. Lorsque nous laissons aux maires ou aux conseillers départementaux la compétence de prophylaxie pour agir contre les nuisances, ceux-ci font usage de biocides, ce qui est légitime dans des communes touristiques où les moustiques font fuir les visiteurs. Or nous avons été alertés lors des auditions, car si ces produits tuent effectivement les moustiques en un lieu et à un moment donné, ils risquent aussi, si toutes les communes agissent ainsi, d'entraîner une résistance. L'organisation actuelle, améliorée par le décret de 2019, va dans le bon sens mais laisse de côté la problématique de résistance aux moustiques. Une commission d'enquête permettra précisément de poursuivre la réflexion pour aider les pouvoirs publics dans une perspective globale. La guerre que nous devons mener est très compliquée car nous devons agir rapidement sur tous les fronts en même temps pour être efficaces.

La commission adopte l'article unique de la proposition de résolution.

La séance est levée à midi.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 27 novembre 2019 à 9 heures 30

Présents. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Marine Brenier, Mme Blandine Brocard, M. Sébastien Chenu, M. Gérard Cherpion, M. Guillaume Chiche, M. Paul Christophe, Mme Christine Cloarec-Le Nabour, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, M. Guillaume Garot, Mme Carole Grandjean, Mme Véronique Hammerer, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Fadila Khattabi, Mme Fiona Lazaar, Mme Charlotte Lecocq, Mme Geneviève Levy, Mme Monique Limon, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, Mme Michèle Peyron, M. Laurent Pietraszewski, M. Adrien Quatennens, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Mireille Robert, Mme Laëtitia Romeiro Dias, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Isabelle Valentin, Mme Laurence Vanceunebrock, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon, M. Stéphane Viry, Mme Martine Wonner

Excusés. - Mme Nathalie Elimas, M. Aurélien Taché

Assistaient également à la réunion. - Mme Gisèle Biémouret, M. Yannick Favennec Becot, Mme Christine Pires Beaune