



N° 1175bis  
ASSEMBLÉE  
NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
SEIZIÈME LÉGISLATURE

---

Proposée aux élus de l'Assemblée nationale le 2 juin 2023.

**PROPOSITION DE LOI**  
(modifiée...)

*visant à améliorer l'accès aux soins par l'allègement territorial des structures sanitaires et la délégation d'initiative aux professionnels de santé et aux patients,*

présentée par Mesdames et Messieurs  
Dominique Dupagne, ..... (à compléter)

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

**La détérioration de notre système de santé est devenue préoccupante depuis quelques années.** Longtemps considéré comme un modèle en termes de qualité et d'accessibilité aux soins, le système de santé français ne parvient plus à remplir correctement ses missions.

**Les principaux responsables de cette situation sont clairement identifiés : ce sont les autorités de tutelle,** qui par leurs décisions dévastatrices (comme la baisse drastique du nombre de médecins formés) et leur gouvernance constamment défailante depuis près d'un demi-siècle, ont mis à genoux l'hôpital public et les professionnels de santé libéraux. Pourtant, la croissance des dépenses de santé est constante et le nombre de médecin en exercice a doublé depuis 50 ans<sup>1</sup>.

**Le constat et la conclusion sont sans appel : Il ne faut pas compter sur ceux qui ont créé les problèmes pour les résoudre.** Le législateur doit s'emparer du problème pour rétablir l'indispensable principe de subsidiarité, inscrit dans la constitution européenne<sup>2</sup>, qui stipule que « *la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, revient à l'entité compétente la plus proche de ceux qui sont directement concernés par cette action.* ». Il est frappant de constater que lors des guerres ou des catastrophes sanitaires comme l'épidémie de COVID19, la prise en main des opérations par les soignants a toujours été exemplaire en termes d'efficacité et de dévouement.

**Un autre principe opérationnel tout aussi important et validé doit être mis en exergue ; il s'agit de l'Agilité.** Elle stipule que face à un problème complexe, il est impossible de déterminer à l'avance quelle sera la meilleure solution pour y remédier. Il est donc nécessaire de procéder par étapes successives, en sachant que l'enfer est pavé de bonnes intentions, et que les modifications régulières du projet ne signifient pas une

---

<sup>1</sup> Atlas de la démographie médicale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2022, p 25  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)

<sup>2</sup> Traité européen, 1992 [Définition de la subsidiarité](#)

défaillance de la réflexion initiale, mais au contraire une indispensable intelligence opérationnelle face à une réalité incontournable : « *lourd est le parpaing de la réalité sur la tartelette aux fraises de nos illusions*<sup>3</sup> »

**C'est donc à la lumière de ces deux principes éprouvés : Subsidiarité et Agilité**, que le législateur doit donner aux acteurs du soins la possibilité de repenser notre système de santé, centré autour de ses bénéficiaires et de ses acteurs, débarrassé de l'inflation administrative et tutélaire qui l'a conduit au désastre actuel.

**Enfin, il est indispensable de mettre un frein définitif à l'influence commerciale des industriels du médicament sur les prescripteurs et les politiques.** Toute forme de collaboration (hors recherche), de rémunération ou de formation financée par les industriels du médicament à destination des soignants sera interdite, de même que les contacts, même informels entre les parlementaires et les industriels. Les économies attendues par cette mesure sont difficile à chiffrer avec précision mais devraient être considérables du fait des budgets engagés par les industriels<sup>4</sup> qui en attendent logiquement un retour sur investissement au moins équivalent.

**Le fonctionnement de notre système de santé est complexe, suradministré et historiquement trop centralisé.**

**Si l'État est, et doit rester, le garant de la pérennité des valeurs qui fondent notre système de santé, et si c'est au niveau national que doivent être définis les grandes priorités et le financement de celui-ci, l'enjeu est aujourd'hui de faciliter l'émergence de réponses territorialisées aux besoins de santé des Français. Il nous faut dès lors sortir d'une approche centralisée et uniforme, reconnaître et accompagner les capacités d'adaptation et d'innovation des professionnels, sur le terrain, à l'hôpital comme en ville.**

---

<sup>3</sup> Boulet, 2013 <https://twitter.com/Bouletcorp/status/410390478526242816>

<sup>4</sup> Plusieurs milliards d'euros : Bras PL et coll. "[\*L'information des médecins généralistes sur le médicament\*](#)" Inspection générale des affaires sociales, Paris septembre 2007, page 8

\*

\*\*

**L'article 1** fait du Territoire de santé, déjà défini dans le code de la santé publique, l'échelon de référence de l'organisation locale de la politique de santé. Le Conseil territorial de santé (CTS) en est l'organe de gouvernance. Il définit et met en œuvre le Projet territorial de santé. Il remplace l'ensemble des anciennes structures dont les missions sont reprises par des services spécialisés du CTS.

Il est composé pour un tiers de représentants des usagers, pour un tiers de professionnels de santé, et pour un tiers de représentants de l'état et de l'administration. Les décisions sont prises à la majorité simple.

**L'article 2** Autorise chaque CTS a imaginer et à tester des solutions pour améliorer l'accès aux soins ainsi leur qualité, dans le cadre du budget défini annuellement en fonction des besoins de la population et des ressources disponibles.

**L'article 3** Crée des structures universitaires territoriales indépendantes des hôpitaux, permettant aux étudiants en profession de santé de se familiariser avec un exercice moins centré sur l'hôpital, et de revaloriser les filières de médecine générale, de maïeutique et des autres professions de santé non médicales. Ces structures universitaires organisent et gèrent par ailleurs avec les médecins et infirmiers libéraux les urgences médicales qui ne justifient pas une prise en charge hospitalière.

**L'article 4** Ouvre la possibilité aux centres de soins et aux cabinets médicaux de bénéficier de l'aide de personnes en situation de handicap ou de recherche d'emploi, acceptant d'apporter leur concours non médical aux soignants, en échange d'une augmentation de leurs indemnités.

**L'article 5** Formalise la lutte contre l'influence commerciale des industriels sur les soignants et les parlementaires. Il prévoit des sanctions financières suffisantes pour être dissuasives. L'objectif de cet article est de permettre une forte diminution des dépenses de médicament sans altération des soins, et de dégager des

budgets supplémentaires pour la prise en charge des malades.

## PROPOSITION DE LOI

### **Article 1<sup>er</sup>**

... à suivre...

Pour mémoire, la proposition de loi originale  
[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b1175\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b1175_proposition-loi)