

CONSEIL D'ETAT
SECTION DU CONTENTIEUX

RECOURS ET MEMOIRE

POUR :

L'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux (ACCDM)

Ayant pour avocat :

La SAS HUGLO LEPAGE AVOCATS

Domiciliée au 42, rue de Lisbonne – 75008 PARIS

Représentée par Maître Corinne LEPAGE

Avocate au barreau de Paris

Tél. : 01.42.90.98.01 – Fax : 01.42.90.98.10

CONTRE :

La décision en date du 13 mars 2021 par laquelle le Premier Ministre a implicitement rejeté la demande de l'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux (ACCDM) de prendre toutes mesures utiles afin de lutter contre les déserts médicaux et l'inégal accès aux soins (Production n°1).

Par le présent recours, l'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux (ACCDM) défère à la censure du Conseil d'Etat la décision en date du 13 mars 2021 par laquelle le Premier Ministre a implicitement rejeté sa demande de prendre toutes mesures utiles afin de lutter contre les déserts médicaux et l'inégal accès aux soins, en tous les chefs qui lui font grief, et notamment pour les motifs ci-après exposés.

I – EXPOSE DES FAITS

I.1. La question des déserts médicaux n'est pas une question nouvelle.

La tentative de lutte réelle contre ces inégalités territoriales d'accès aux soins commence véritablement le 21 juillet 2009 avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) dite loi Bachelot.

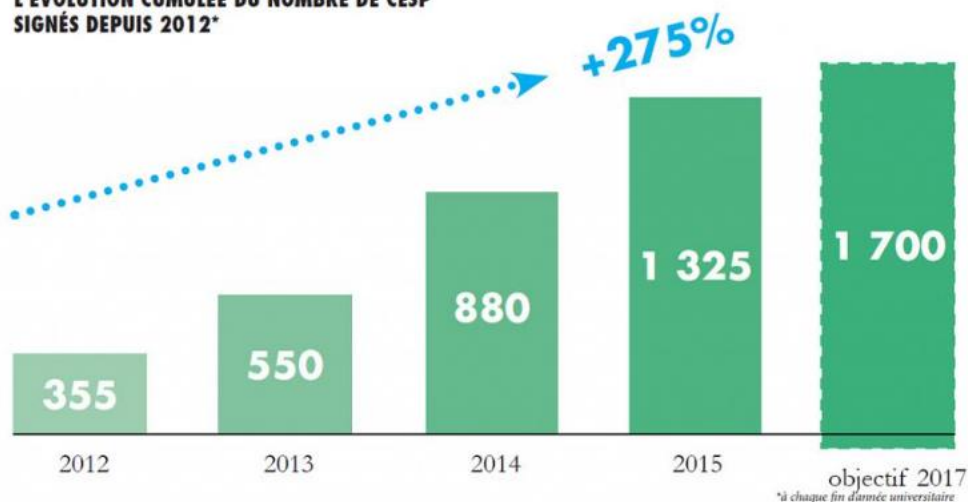
Mais rapidement, le constat doit être fait que les espoirs fondés dans ce texte législatif ont été largement déçus ; en effet, concernant notamment la tentative de régulation de la démographie des médecins, force est de constater un échec notable.

En premier lieu, le contrat d'engagement de service public, prévoyant le versement d'une allocation mensuelle pour les étudiants de la 2^{ème} année de médecine jusqu'à la fin de l'internat et exerçant dans une zone dite « sous-dotée » n'a pas eu l'effet escompté. En juillet 2011, donc deux ans après la promulgation de la loi, seuls 148 contrats d'engagement de service public avaient été signés.

solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp

1 700 contrats seront progressivement ouverts d'ici 2017.

**L'ÉVOLUTION CUMULÉE DU NOMBRE DE CESP
SIGNÉS DEPUIS 2012***



Et même si les chiffres se sont améliorés par la suite, il n'en demeure pas moins que le système est toujours largement insuffisant et n'a pas permis de résorber la problématique de l'inégale offre de soins sur le territoire français.

Plus récemment, le public pouvant bénéficier de ce type de contrat a été réduit uniquement aux 2^{ème} et 3^{ème} par le décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public, ce qui ne va pas en augmenter la popularité.

En deuxième lieu, le contrat santé solidarité prévu par la loi Bachelot dont il était une innovation majeure n'a pas eu non plus l'effet escompté.

Ce contrat permettait aux différents directeurs d'Agences Régionales de Santé (ARS) de proposer aux médecins exerçant dans les zones dites « très bien dotées » d'adhérer à un contrat par lequel ils s'engageaient à contribuer aux besoins de santé de la population des zones dites « sous-dotées ». Si le médecin refusait de signer le contrat, ou s'il le signe mais n'en respecte pas les obligations, il devait alors s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle.

Le caractère consenti du contrat posant ici largement question, les médecins n'ont pas bien accueilli ce dispositif, de sorte qu'un an à peine après la promulgation de la loi, Madame Bachelot revenait elle-même sur le dispositif, lors de son discours au 4^{ème} congrès de médecine générale qui se tenait à Nice le 25 juin 2010, déclarant ¹:

« J'ai donc décidé de mettre en œuvre un contrat entre l'ARS et les médecins, basé sur le volontariat.

Des contreparties seront proposées aux médecins qui s'engagent à exercer dans une zone sous-dotée plusieurs demi-journées par semaine.

La mise en œuvre de ce dispositif nous permettra de ne pas recourir au contrat santé solidarité » (nous soulignons).

I.2. Dans ce contexte de constat d'échec des dispositifs de la loi Bachelot, alors que la problématique des déserts médicaux ne cesse de grandir, la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, présente, le 13 décembre 2012 un « pacte territoire-santé », qui comportait douze engagements pour lutter contre les déserts médicaux (**production n°2**), qui ne comporte en réalité que 5 engagements concernant les territoires isolés :

- Engagement 2 : 1500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017.
- Engagement 3 : 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013.
- Engagement 9 : Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Engagement 10 : Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

¹ [Prononcé le 25 juin 2010 - Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports | Vie publique.fr \(vie-publique.fr\)](http://www.vie-publique.fr)

- Engagement 11 : Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.

I.3. Mais là encore, les engagements pris n'ont pas été suffisants, poussant le Sénat à indiquer, dans un rapport en date du 29 janvier 2020 (**production n°3**), que l'expression « désert médical » s'est malheureusement imposée dans les débats publics ces dernières années.

Cette locution concerne souvent des espaces ruraux, certes, mais aussi, des villes moyennes ou des zones péri-urbaines, et s'entend dans une double dimension.

D'un point de vue statique, elle rend compte des inégalités territoriales avérées dans la répartition des professionnels de santé.

D'un point de vue dynamique, elle renvoie aux territoires dans lesquels les obstacles spatiaux, temporels et socio-économiques rencontrés par les populations pour accéder à des soins sont tels qu'ils dépassent le cadre de l'acceptable et sont perçus comme non légitimes et injustifiés.

Le sujet est parfaitement connu des pouvoirs publics et depuis la Loi Bachelot, force est de constater qu'aucun dispositif n'a réduit les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, de sorte que la fracture sanitaire ne cesse de croître.

Et c'est particulièrement visible en cette période de crise sanitaire d'ailleurs.

I.4. Le rapport d'information fait au nom de la Commission d'Aménagement du Territoire et du Développement Durable par le groupe de Travail sur les Déserts médicaux, animé par Messieurs les Sénateurs Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT, est, à cet égard, parfaitement clair (**production n°3**).

Les déserts médicaux constituent, à l'évidence, une rupture d'égalité territoriale et une inégalité d'accès aux soins.

I.5. Aujourd'hui, les écarts de densité médicale se creusent et les délais d'attente pour accéder à un médecin augmentent.

Pour les médecins généralistes, les écarts montent de 248 médecins pour 100 000 habitants à 114 en Mayenne et 122 dans La Nièvre ou 116 dans l'Yonne.

Pour le seul département de l'Eure, la densité est passée de 101,2 médecins en 2011 à 95 en 2018, ce qui signifie que la situation est de plus en plus catastrophique.

En Outre-Mer, la situation est encore beaucoup plus grave.

Aujourd'hui, entre 9 % et 12 % de la population française vit dans un désert médical, soit entre 6 et 8 millions de personnes.

L'accès aux spécialistes encore plus disparate avec un rapport de 1 à 8 et même de 1 à 24 pour les pédiatres selon le rapport du Sénat.

D'une manière générale, il faut ici retenir qu'en 2018, 8,6% des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant soit près de 5.800.000 personnes. A cela s'ajoute évidemment les moins de 16 ans sans médecin traitant. Cette tranche de population correspond environ à 11.800.000 personnes. Si nous gardons le même pourcentage de 8.6% que pour les plus de 16 ans, cela correspond environ à 1.000.000 de personnes de moins de 16 ans sans médecin traitant.

Soit, au total, près de 7.000. 000 de français sans médecin traitant en 2018. Une situation qui n'a qu'empiré depuis 3 ans.

Au final, la situation française apparaît plus dégradée que dans d'autres pays de l'OCDE puisque la France est en-dessous de la moyenne européenne et très en dessous de la situation dans les zones rurales de Suède ou de Finlande.

Par ailleurs, il faut bien garder à l'esprit que la médecine française repose sur la désignation d'un médecin référent depuis la loi du 3 août 2004, obligeant ainsi les assurés sociaux à désigner leur médecin référent, au risque de ne pas être remboursé et de ne pas bénéficier de soins optimums. Ce médecin a pour mission de coordonner l'ensemble des soins reçus par son patient, en l'orientant, le cas échéant, vers un médecin spécialiste. Enfin, il centralise les informations relatives aux résultats d'examen et aux traitements, permettant ainsi au patient de bénéficier d'une médecine de meilleure qualité².

A contrario, l'absence de médecin référent sort le patient de l'accès aux soins et à la prévention de soins qui lui est due, et n'a un accès que très limité à la médecine de spécialité, sous peine de ne pas être remboursé.

Dans la crise sanitaire actuelle, l'absence de médecin traitant a d'ailleurs été particulièrement dommageable pour les patients sans médecin y compris pendant les premiers mois de la vaccination.

Les dispositifs imaginés depuis des années et particulièrement la loi BACHELOT, ont donc échoué sur la réduction de la fracture sanitaire et la loi du 26 juillet 2019, relative à l'organisation et la transformation du système de santé, ne paraît pas, en l'état, avoir remédié, sous quelque forme que ce soit, à cette situation, qui est, non seulement illégale, mais manifestement inconstitutionnelle.

² Pourquoi choisir un médecin traitant site CPAM : <https://www.ameli.fr/mayenne/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes#:~:text=L'essentiel%20%3A%20pourquoi%20choisir%20un,vos%20soins%20ont%20mieux%20rembours%C3%A9s>)

Dans un rapport de 2017 sur l'avenir de l'assurance maladie, intitulé « assurer l'efficacité des rapports, responsabiliser les acteurs », la Cour des comptes indique que :

« malgré des réformes nombreuses mais souvent inabouties, les instruments de régulation à la disposition de l'assurance maladie de l'Etat n'ont pas permis de lutter suffisamment contre les situations acquises et les déséquilibres territoriaux dans la répartition de l'offre de soins en ville et en établissements de santé » **(production n°4)**.

Dans ce contexte et par courrier en date du 11 janvier dernier, reçu le 12 janvier, l'association requérante a saisi le Premier Ministre afin de lui demander de bien vouloir prendre toutes mesures utiles afin de lutter contre les déserts médicaux et l'inégal accès aux soins **(production n°1)**.

Copie de cette demande a été adressée au Ministre des solidarités et de la santé.

La demande de l'association requérante, étant restée lettre morte, deux décisions implicites de rejet sont nées le 13 mars dernier.

C'est la décision attaquée.

II – DISCUSSION

Après avoir démontré la parfaite recevabilité de la requête (II.1), l'exposante s'attachera à analyser comment, en refusant d'intervenir, le Premier Ministre a violé le principe d'égalité (II.2), le droit à la santé (II.3), le droit à la vie (II.4) et a commis une erreur manifeste d'appréciation en croyant pouvoir rester en situation de carence réglementaire (II.5).

II.1 – SUR LA PARFAITE RECEVABILITE DE LA REQUETE

II.1.1 En premier lieu, la juridiction saisie de la présente demande est parfaitement compétente.

Aux termes de l'article R.311-1 du code de justice administrative :

« Le Conseil d'Etat est compétent pour connaître en premier et dernier ressort :
(...) 2° Des recours dirigés contre les actes réglementaires des ministres et des autres autorités à compétence nationale et contre leurs circulaires et instructions de portée générale ».

La jurisprudence a eu l'occasion de rappeler que cette compétence du Conseil d'Etat s'entendait de l'ensemble des actes réglementaires des ministres et ce, quelle que soit leur

forme (CE, 28 décembre 1992, Fédération Nationale des exploitants d'abattoirs prestataires de service, n°129900).

A ce titre, lorsque la décision à prendre aurait présenté un caractère réglementaire, le refus d'y faire droit doit être regardé lui aussi comme présentant un caractère réglementaire (CE, 7 nov. 1969, Sigala, n° 72339 ; CE, ass., 8 juin 1973, Richard, n° 84601 ; CE, 9 nov. 1977, Larquier, Lebon 429 ; CE 24 juin 1992, Hardel, Lebon 243).

Le Conseil d'Etat a ainsi eu à juger de la décision par laquelle le ministre chargé des transports a refusé de faire usage de ses pouvoirs de police spéciale pour réduire les nuisances sonores liées à l'activité d'un aéroport (CE, 26 octobre 2007, n° 297301).

En l'espèce, la décision contestée est une décision implicite de refus opposée par le Premier Ministre à l'ACCDM, sur une demande d'intervention en matière de lutte contre les déserts médicaux, qui aurait à tout le moins nécessité l'intervention par voie réglementaire. Il en va de même du silence du ministre de la santé.

Le Conseil d'Etat ne pourra alors que reconnaître sa compétence pour se prononcer, en premier et dernier ressort, sur de telles décisions à caractère réglementaire.

II.1.2 - En deuxième lieu, sur le délai de recours contentieux, il ressort des termes de l'article R.421-2 du code de justice administrative que :

« Sauf disposition législative ou réglementaire contraire, dans les cas où le silence gardé par l'autorité administrative sur une demande vaut décision de rejet, l'intéressé dispose, pour former un recours, d'un délai de deux mois à compter de la date à laquelle est née une décision implicite de rejet ».

En l'espèce, par courrier recommandé en date du 11 janvier 2021, reçu le 12 janvier dernier, l'association requérante a demandé au Premier Ministre de « prendre toutes mesures utiles pour programmer la réduction dans les délais les plus brefs de cette inégalité criante de certaines de nos concitoyens à l'égard de l'offre de soins, et ce, sans qu'aucun motif d'intérêt général ne le justifie » (**production n°1**).

Le Ministre des solidarités et de la santé a également reçu copie de cette demande (**production n°5**).

Aucune réponse n'est intervenue de sorte qu'une décision implicite de rejet est née le 13 mars.

Par conséquent, l'association requérante a jusqu'au 13 mai prochain inclus pour former son recours contentieux.

La présente requête est donc présentée dans le délai de recours prévu dans le code de justice administrative.

II.1.3. Enfin et en troisième lieu, les requérants ont incontestablement intérêt à agir.

Aux termes de l'article R. 411-1 du code de justice administrative, la recevabilité d'une requête est conditionnée à la démonstration d'un intérêt à agir.

Il ressort de la jurisprudence administrative que l'intérêt pour agir d'un requérant s'apprécie au regard de son caractère direct, personnel et certain.

En l'espèce, les statuts de l'association requérante, et particulièrement l'article 2, sont très clairs (**production n°6**) :

ARTICLE 2 - BUT OBJET

Cette association a pour objets :

- Défendre l'accès aux soins des citoyens en luttant contre les déserts médicaux
- Organiser une réflexion sur la démographie médicale
- Participer aux groupes de travail sur la démographie médicale dans les différentes instances

Dès lors, et sans qu'il soit besoin de développer davantage, les requérants disposent inmanquablement d'un intérêt à agir contre la décision contestée.

II.2 – SUR LA VIOLATION DU PRINCIPE D'EGALITE

Par sa carence et son refus d'agir, le Premier Ministre viole de manière évidente le principe d'égalité, et ce à deux égards : tout d'abord parce que les disparités en matière d'offre et d'accès aux soins sur le territoire français, aussi bien métropolitain qu'ultra-marin en sont la preuve concrète (**II.2.1**) et ensuite parce qu'elles remettent ainsi en cause le principe d'égalité des français devant les charges publique (**II.2.2**).

II.2.1 – La rupture d'égalité et l'inégal accès au soin

II.2.1.1 - D'une manière générale, le principe d'égalité est posé aux termes de l'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme :

| « Les Hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit ».

II.2.1.2 - D'une manière plus particulière, l'égalité entre les usagers du service public s'impose très tôt dans la jurisprudence administrative comme un principe général du droit (**CE, ass., 1^{er} avr. 1938, Sté L'alcool dénaturé, Lebon 337 ; CE, sect., 9 mars 1951, Sté des concerts du conservatoire, n° 92004, Lebon 151 ; CE 13 oct. 1999, Cie nationale Air France, n° 193195, Lebon 303**).

Il s'agit à l'évidence d'un principe de valeur constitutionnelle qui se traduit par l'obligation de traiter de la même manière tous les citoyens dès lors qu'ils se trouvent dans une situation équivalente.

C'est alors que la jurisprudence administrative a pu consacrer, de manière constante, que des tempéraments peuvent être apportés au principe d'égalité. C'est le cas, d'une part, lorsque les usagers se trouvent dans une situation différente, et, d'autre part, pour des motifs d'intérêt général liés au fonctionnement même du service.

II.2.1.3 - Par ailleurs, le principe d'égalité tel que prévu à l'article premier de la DDHC, combiné à la lettre de l'article 6 de la même Déclaration, affirme par ailleurs le principe d'égalité devant la loi.

En outre, la combinaison des articles 1 et 6 de cette même Déclaration, permet d'affirmer l'égalité d'accès au service public, notamment de santé.

II.2.1.4 - ***En l'espèce***, certains ont accès à un médecin là où d'autres sont dans une situation extrêmement précaire, empêchant réellement l'accès au soin.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

Comme il l'a été indiqué dans le précédent exposé des faits, les écarts de densité médicale se creusent et les délais d'attente pour accéder à un médecin augmentent.

Pour les médecins généralistes, les écarts montent de 248 médecins pour 100 000 habitants à 114 en Mayenne et 122 dans La Nièvre ou 116 dans l'Yonne.

Pour le seul département de l'Eure, la densité est passée de 101,2 médecins en 2011 à 95 en 2018, ce qui signifie que la situation est de plus en plus catastrophique.

En Outre-Mer, la situation est encore beaucoup plus grave.

Aujourd'hui, entre 9 % et 12 % de la population française vit dans un désert médical, soit entre 6 et 8 millions de personnes.

A titre d'illustration, en Ardèche, 58 % des médecins ont plus de 55 ans (161 sur 277) et les départs à la retraite ne sont jamais compensés. Par voie de conséquence, 6% des communes ardéchoises sont **situées à plus de 30 minutes du premier établissement médical.**

Et la gravité de la situation a bien évidemment pris une dimension encore plus particulière en cette période de crise sanitaire³, obligeant les petites communes à redoubler d'efforts et les français les plus isolés, à subir une situation qui ne devrait pas exister en 2021 dans un pays développé tel que la France.

³ <https://www.lci.fr/sante/video-deserts-medicaux-et-covid-19-comment-les-petites-communes-s-adaptent-1163-2162052.html>

L'accès aux spécialistes est quant à lui encore plus disparate avec un rapport de 1 à 8 et même de 1 à 24 pour les pédiatres selon le rapport du Sénat.

D'une manière générale, il faut ici retenir qu'en 2018, 8,6% des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant soit près de 5.800.000 personnes. A cela s'ajoute évidemment les moins de 16 ans sans médecin traitant. Cette tranche de population correspond environ à 11.800.000 personnes. Si nous gardons le même pourcentage de 8.6% que pour les plus de 16 ans, cela correspond environ à 1.000.000 de personnes de moins de 16 ans sans médecin traitant.

Soit, au total, près de 7.000. 000 de français sans médecin traitant en 2018. Une situation qui n'a qu'empiré depuis 3 ans.

Lors du congrès des maires de France de novembre 2017, le maire de Saint-Claude, Jean-Louis Millet, a pris la parole lors d'une table ronde pour défendre « le service public en milieu rural », un point « vital » selon lui.

Et l'édile de conclure :

« Quand je vois des villes comme la mienne où l'on démantèle la moitié des services de soins hospitaliers, ça fait frémir (...).

En nous donnant comme justification : 'maintenant, au lieu d'être soigné à 20 minutes, vous ferez deux heures d'ambulance mais vous serez accueilli par des praticiens beaucoup plus compétents' (...).

Et bien moi, ça ne m'intéresse pas d'être accueilli par un praticien extrêmement compétent si je n'arrive pas vivant au bout du voyage »⁴.

Au final, la situation française apparaît plus dégradée que dans d'autres pays de l'OCDE puisque la France est en-dessous de la moyenne européenne et très en dessous de la situation dans les zones rurales de Suède ou de Finlande.

Or, aucun motif d'intérêt général ne vient justifier l'absence d'accès aux services publics de soins. *A contrario*, les différences de situations justifient l'intervention d'une réglementation particulière.

Pire encore, en ne réglementant pas et en ne prenant aucune mesure visant, *a minima*, à réduire la problématique des déserts médicaux, le Premier Ministre met en situation de danger toute une catégorie de la population française dont le droit à la vie est davantage amputé que pour ceux vivant dans des zones normalement dotés de médecins généralistes et de spécialistes.

Enfin, la situation pose inmanquablement la question de la rupture d'égalité devant les charges publiques.

⁴ <https://www.publicsenat.fr/article/societe/desertification-medicale-ca-ne-m-interesse-pas-d-etre-accueilli-par-un-praticien>

II.2.2 – La rupture d'égalité devant les charges publiques

Aux termes de l'article 13 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen :

Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.

Si le texte prévoit une contribution de chacun à hauteur de ces moyens, il ne prévoit aucunement une contribution de chacun en fonction de sa localisation géographique ou des possibilités réelles d'accès aux soins.

En matière de cotisations de sécurité sociale, le Conseil d'État a censuré une fixation différenciée du mode de calcul de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dues par les entreprises de presse au titre des rémunérations versées aux vendeurs-colporteurs, selon que les publications vendues appartiennent à la presse nationale, régionale ou départementale, au motif que l'administration n'apportait pas d'éléments impliquant que des différences de situation justifient une différence de traitement (**CE, 14 oct. 1996, n° 132791, Sté Ouest-France**).

Il a également été jugé que si le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que les personnes affiliées à des régimes de sécurité sociale différents, lesquels forment chacun un ensemble dont les dispositions ne peuvent être envisagées isolément, soient soumises à des règles d'assiette, de liquidation et de taux différentes, il fait obstacle, eu égard à l'objet même de la mesure, à ce que les cotisations dues pour valider une même période de travail, au titre d'un même régime et qui n'avaient pu légalement donner lieu à cotisation, soient calculées en faisant application de taux différents selon que les intéressés ont poursuivi leur carrière professionnelle dans ce régime ou, au contraire, ont été affiliés ultérieurement à un autre régime (**CE, 30 janv. 2008, n° 273038, Féd. générale agroalimentaire CFDT**, Lebon T. 591).

En d'autres termes, il doit être déduit de la tendance jurisprudentielle, en matière d'égalité devant les charges publiques, que des situations identiques ne peuvent justifier des traitements différents mais qu'à contrario, des situations différentes peuvent justifier des traitements différents.

En effet, le Conseil d'État n'a jamais eu de difficultés, en matière fiscale notamment, à considérer que des situations différentes devaient recevoir des traitements différents.

C'est d'ailleurs ainsi qu'il a été admis l'existence de différences de situation justifiant une différence de traitement fiscal, qu'il s'agisse, soit de différences relatives à l'origine des contribuables (**CE, 23 nov. 1936, Abdoulhoussein**), soit de différences dans la nature des produits imposés (**CE, sect., 4 févr. 1944, Guiyesse**), soit de différences en fonction de la nature des revenus (**CE, 10 nov. 1976, Flutet et autres**, Lebon 479 ; **CE, 31 mai 2000, Pelle**, RJF 7-8/00, n° 978), soit de différences d'importance entre les entreprises imposées (**CE, sect., 22 déc. 1950, Comptoir national d'escompte de Paris**, Lebon 632 ; D. 1951. 634, note

G. Morange. ; CE, sect., 18 mars 1970, Synd. national des téléphériques et téléskis, Lebon 194. ; CE, sect., 15 juin 1994, n° 140153, Sté d'assurance mutuelle sur la vie « La mondiale », Lebon T. 760).

Dans cette même lignée jurisprudentielle, et à titre d'illustration, n'ont pas été jugées contraires au principe d'égalité, des différenciations fondées sur un critère purement géographique, notamment selon des départements n'ayant pas des conditions de culture identiques, pour l'imposition des bénéfices agricoles (CE, sect., 23 févr. 1951, Féd. syndicale des producteurs de semences de pommes de terre et autres, Lebon 105).

Naturellement, si le principe d'égalité devant les charges publiques ne s'oppose pas à ce que des dispositions différentes soient appliquées à des personnes qui ne se trouvent pas dans la même situation, c'est à la condition que les critères de différenciation revêtent au regard de l'objectif de la mesure « *un caractère objectif et rationnel* » (CE, 5 déc. 2011, Conféd. générale des PME de la Polynésie française, n°s 349039 et 349126, Lebon 604).

Or et en l'espèce, en matière d'effort collectif pour contribuer à la sécurité sociale et au système de soin français, des situations largement différentes en tout point du territoire français doivent être pointées du doigt. Dans le prolongement des jurisprudences précitées, ces différences de situations flagrantes doivent justifier un traitement différent en matière de sujétion aux charges publiques.

En effet, certains citoyens français, isolés et habitants dans des déserts médicaux, contribuent à financer (au même titre que ceux qui eux en bénéficient), un système de soins dont ils ne peuvent pas bénéficier.

Cette inégalité ne pourra qu'être constatée par le Conseil d'Etat.

II.3 – SUR LA VIOLATION DU DROIT A LA SANTE

Sur la scène internationale, l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme pose le principe selon lequel :

« 1. *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires (...)* ».

En France, la situation de carence et le refus de réglementer et de prendre des mesures en matière de gestion de déserts médicaux et d'égal accès aux soins heurte de plein fouet le droit à la santé, principe de valeur constitutionnelle.

La valeur et l'importance de ce principe sont d'ailleurs rappelées dans le rapport d'information au Sénat du 29 janvier 2020 sur les déserts médicaux (**production n°3 – page 20**).

Aux termes de l'article 11 du préambule de la Constitution de 1946, la Nation :

« (...) *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs (...)* ».

La jurisprudence est constante sur le fait que le droit à la santé est bien un objectif de valeur constitutionnelle (**CC, 31 janv. 2020, Union des industries de la protection des plantes, n° 2019-823 QPC § 5 CC 11 mai 2020, n° 2020-800 DC § 16, 34 et 63 ; CC, 16 mai 2012, Mathieu E., n° 2012-248 QPC § 6 et 8**), voire même une exigence constitutionnelle (**CC, 12 août 2004, n° 2004-504 DC § 5**).

Ce droit à la santé se traduit notamment par la mise en œuvre d'une politique de solidarité nationale, par exemple en faveur des personnes défavorisées (**CC, 14 août 2003, n°2003-483 DC § 8 ; CC 29 déc. 2009, n° 2009-599 DC § 101 ; CC. 29 avr. 2011, Mohamed T., n° 2011-123 QPC § 3 ; CC 17 juin 2011, Zeljko S., n° 2011-137 QPC § 4**).

L'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, partie intégrante du bloc de constitutionnalité, indique qu'il est garanti à tous :

« (...) *la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental et de sa situation économique, se trouve hors d'état de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

Il en ressort précisément que le droit à la santé et le droit à la protection sociale dont des droits de l'homme qui doivent être garantis.

Le Conseil constitutionnel a en outre considéré que l'exclusion des étrangers résidant régulièrement en France du bénéfice de prestations sociales méconnaît le principe constitutionnel d'égalité (**Cons.Constit., 22 janvier 1990, décision n°89-269 DC**).

Partant, et de la même manière, il doit alors être considéré que le fait de ne pouvoir bénéficier de prestations médicales pour certains, en raison de leur localisation géographique, alors que la majorité des habitants du territoire français ont un accès à l'offre de soin, méconnaît le principe constitutionnel d'égalité. Et ce de manière d'autant plus grave qu'il peut en aller de la vie des personnes concernées.

De manière évidente, il revient au législateur de fixer les modalités concrètes qui permettent d'aboutir au respect de l'exigence constitutionnelle de garantie du droit à la santé et au respect de l'exigence conventionnelle de droit à la vie, garanti par l'article 2 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

C'est ainsi que le Conseil d'Etat a déjà pu juger, à propos de l'affaire du Lévothyrox par exemple, que la carence caractérisée d'une autorité administrative dans la mise en œuvre du droit fondamental de toute personne à recevoir des traitements et soins jugés médicalement les plus appropriés, peut constituer une atteinte grave à une liberté fondamentale (**CE, 13 décembre 2017, n°415207 et 415208**).

En effet, il ressort des termes de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique que :

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté [...] » (nous soulignons).

De manière extensive, il pourrait être considéré que le cas des déserts médicaux contrevient à la mise en œuvre de cette disposition législative, en ce qu'une telle situation ne permet pas à certains de pouvoir bénéficier **« sur l'ensemble du territoire, des traitements et des soins les plus appropriés »**.

En effet et en l'espèce, l'application du droit de la santé de manière uniforme sur le territoire français est tout à fait virtuelle. Les données chiffrées mentionnées plus avant au point II.2.1.4 sont tout à fait non-équivoques.

Le Conseil d'Etat, dans la présente situation, ne pourra que constater la violation manifeste du droit à la santé et, par voie de conséquence, du droit à la vie.

II.4 – SUR LA VIOLATION DU DROIT A LA VIE

Selon le Comité des Droits de l'Homme, le droit à la vie est « le droit suprême de l'être humain » (**voir en ce sens : communication du Comité des droits de l'homme n° 146/1983 A/40/40, § 697**).

Sur le plan du droit européen, le droit à la vie est consacré par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'Homme.

Combiné à l'article 3, qui condamne notamment les traitements inhumains et dégradants, l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme consacre, d'après la Cour européenne des droits de l'Homme, l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe (**CEDH, 24 mars 2011, Giuliani et Gaggio c. Italie**, § 174).

Par conséquent, la Cour réunie en Grande chambre a, de longue date, affirmé que le droit à la vie doit faire l'objet d'une interprétation stricte (**CEDH, 27 septembre 1995, McCann et autres c. Royaume-Uni**, § 147).

Dans un guide relatif à l'application de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'Homme, la Cour européenne des droits de l'Homme précise que :

« L'article 2 § 1 astreint l'État non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c. Roumanie [GC], § 130). Généralement parlant, cette obligation positive a deux volets : a) mettre en place un cadre réglementaire, et b) prendre préventivement des mesures d'ordre pratique ».

Au surplus, de ce droit à la vie découle un droit aux soins, la Cour européenne des droits de l'homme considérant qu'il existe une obligation pour un État d'assurer jusqu'au bout la prise en charge d'un malade atteint d'une maladie incurable et en phase terminale, que l'éloignement d'une personne répondant à ces critères constituerait un traitement inhumain, contraire à l'article 3 de la Convention, dont les dispositions ont un caractère absolu (**CEDH, 2 mai 1997, aff. 30240/96, D. c/ Royaume-Uni**).

Cette obligation et de droit aux soins posent alors nécessairement question dans le cas d'un Etat en carence qui refuse de réglementer utilement la problématique des déserts médicaux et de l'accès aux soins (médecine générale, spécialistes, accès aux services d'urgences ...).

En droit interne, si le droit à la vie n'est pas directement inscrit dans notre Constitution, le Conseil constitutionnel lui réserve néanmoins une place particulière et considère que la protection de la vie doit être garantie, dès son commencement, dans la mesure où ce droit est l'un des principes garants du principe de dignité humaine (**Cons.Constit., 27 juillet 1994, décision n°94-343 DC**).

Or, et en l'espèce, l'Etat ne satisfait aucunement à son obligation de garantir équitablement le droit à la vie de tous les français.

En effet, il ressort clairement du rapport d'information au Sénat du 29 janvier 2020 que :

« Les travaux d'Emmanuel Vigneron confirment cette intuition, en établissant un lien entre les difficultés d'accès aux soins et la dégradation locale de l'état de santé, bien qu'il soit difficile de tenir un raisonnement 'toutes choses égales par ailleurs' ».

Et le rapport d'ajouter :

« En outre, selon une étude de l'Insee de 2018, pour les hommes, les 5 % des Français les plus aisés ont une espérance de vie de 13 ans supérieure au 5 % les plus pauvres. Chez les femmes, cet écart tombe à 8 ans mais demeure significatif ».

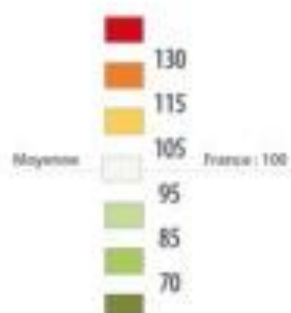
Une telle inégalité quant aux chances de vie et de survie n'est pas acceptable dans un pays développé qui doit garantir les libertés et droits fondamentaux de chacun.

La carte produite ci-après témoigne de cette réalité, mettant en exergue une mortalité en lien avec l'absence de médecins et l'insuffisance de soins de certains.

Écarts à la mortalité moyenne par cantons en 2014-2016



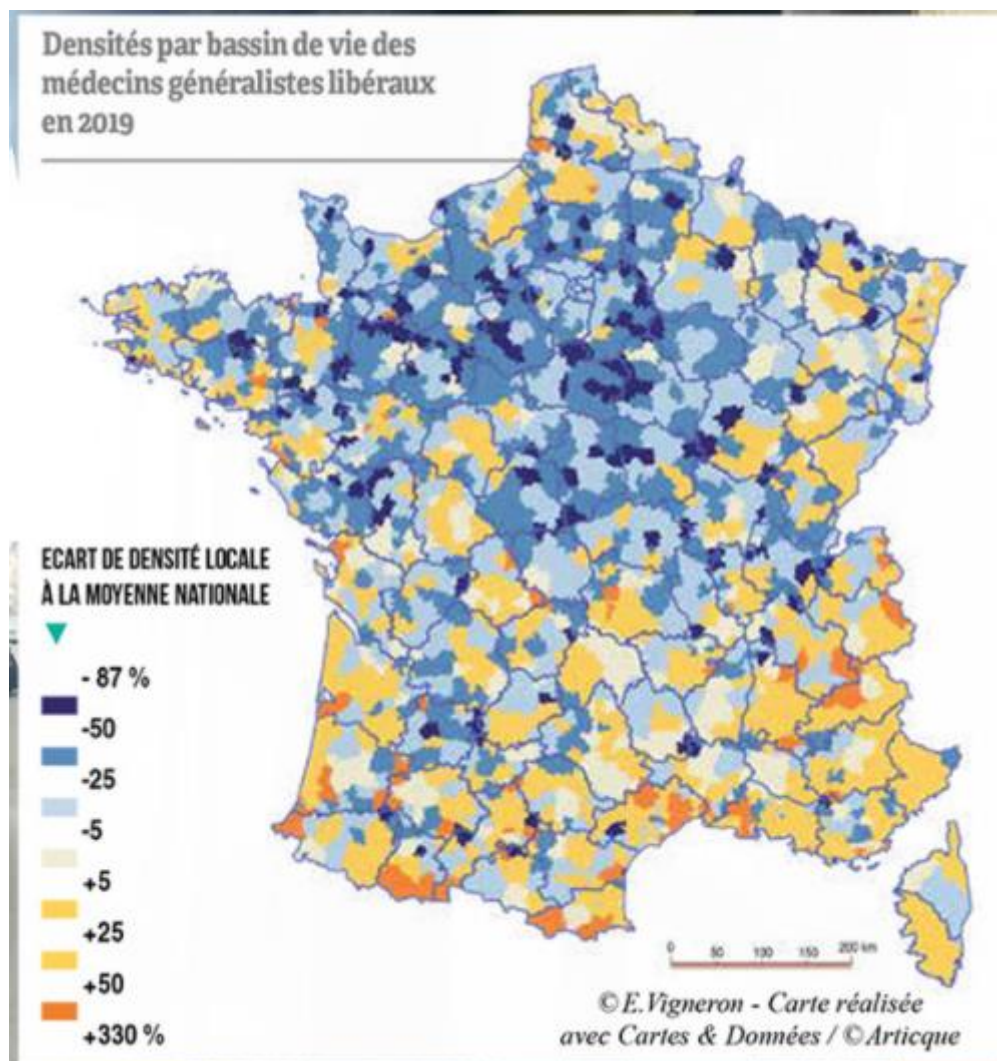
Indice comparatif de mortalité



D'ailleurs, l'Association des maires ruraux de France a déjà alerté sur ce point et sur le perturbant constat qu'il valait mieux vivre en ville qu'à la campagne⁵.

Dans une étude de décembre 2020 sur la santé rurale publiée par l'Association des maires ruraux de France, il peut être relevé que (**production n°7**) :

« (...) le monde rural est en première ligne face aux problèmes de la désertification médicale, avec 10 millions d'habitants qui vivent dans un territoire où l'accès aux soins est de qualité inférieure à celle de la moyenne des territoires français ».



⁵ [Espérance de vie : mieux vaut vivre en ville qu'à la campagne \(lefigaro.fr\)](https://www.lefigaro.fr)

Dès lors, en refusant d'agir, le Premier Ministre viole le droit à la vie, notamment tel qu'il est consacré par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'Homme et qu'il prévoit une obligation positive d'action de la part des Etats membres.

II.5 – SUR L'ERREUR MANIFESTE D'APPRECIATION ET LES CONCLUSIONS AUX FINS D'INJONCTION

II.5.1 - En refusant d'agir, et en ne donnant pas à la question de déserts médicaux et de l'égal accès aux soins l'importance qui leur revient, le Premier Ministre commet une erreur manifeste d'appréciation.

Non seulement, aucune mesure concrète n'a été mise en œuvre, mais encore et surtout la situation n'arrête pas de se dégrader.

Et cette problématique ne peut qu'avoir une résonance particulière en cette période de crise sanitaire que connaît la France depuis le printemps dernier.

Il n'est pas acceptable qu'un aussi grand nombre de français ne puissent avoir accès aux soins.

Et le rapport d'information de Messieurs Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (**production n°3**), nécessairement connu du Premier Ministre, pointait du doigt une réalité qui doit être corrigée sans délai.

Au-delà de la rupture du principe d'égalité, de la violation du droit à la santé et du droit à la vie, la problématique des déserts médicaux a un impact concret sur les services d'urgences et sur le plan financier.

II.5.2 - Concernant les services d'urgences, un rapport d'information fait au nom de la commission des lois du Sénat, par les rapporteurs Catherine Troendlé, Patrick Kanner et Loïc Hervé, relevait un « brouillage des compétences » entre les services des pompiers et les services du SAMU mais surtout, et de manière extrêmement inquiétante que :

« (...) l'action des sapeurs-pompiers est devenue une véritable variable d'ajustement devant le recul des différents services de santé ou de police. La sécurité civile est au fil des années devenue le palliatif universel au recul des différents services publics ».

Or, pendant que les pompiers se déplacent pour aider des victimes qui ne sont pas en situation d'urgence et qui auraient pu être soignées par la médecine de ville absente de leur territoire, d'autres victimes en situation d'urgence attendent l'arrivée des secours, parfois trop tardive.

Ces dysfonctionnements ne sont pas sans conséquence.

Au surplus, les rapporteurs s'inquiètent également d'un engorgement des urgences, déjà surchargées, pour des pathologies mineures du fait de l'impossibilité d'accéder à un médecin.

Dans un rapport sur l'organisation des soins non programmés dans les territoires, le Député Thomas Mesnier notait que la France est confrontée à une hausse ininterrompue depuis 20 ans, de 3,5 % en moyenne annuelle, de la fréquentation de ses services hospitaliers d'accueil des urgences :

« (...) les services d'urgence prennent en charge une part importante de soins non programmés ne relevant pas de leur mission ».

Là encore, des dysfonctionnements qui ne sont pas sans conséquence, surtout en période de crise sanitaire, lorsque l'on sait que près d'un passage aux urgences sur deux devrait être pris en charge en ville plutôt qu'à l'hôpital.

Naturellement, un tel report vers les urgences ne pourra qu'augmenter si la densité médicale continue de baisser et que la problématique des déserts médicaux ne trouve pas de solutions adaptées.

L'enjeu d'une réglementation est donc réel et urgent. Eu égard à la gravité de la situation, le Premier Ministre aurait dû agir.

II.5.3 – Sur le plan financier, le rapport de Messieurs Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT indique notamment que les « déserts médicaux » concernent une commune sur trois, et qu'entre 9% et 12% de la population française vit dans un « désert médical », soit 6 à 8 millions de personnes, précisant **qu'au scandale sanitaire s'ajoute un scandale financier car, selon différentes estimations, les inégalités territoriales d'accès aux soins coûteraient entre 1 et 5 milliards d'euros par an au système de santé.**

Le coût des déserts médicaux avait déjà été mis en lumière dans un rapport de 2017 sur l'avenir de l'assurance maladie, intitulé « assurer l'efficacité des rapports, responsabiliser les acteurs », dans lequel la Cour des comptes indique que :

« Malgré des réformes nombreuses mais souvent inabouties, les instruments de régulation à la disposition de l'assurance maladie de l'Etat n'ont pas permis de lutter suffisamment contre les situations acquises et les déséquilibres territoriaux dans la répartition de l'offre de soins en ville et en établissements de santé » (**production n°4**).

Et la Cour des comptes évoquant « une répartition de l'offre de soins défectueuse », d'ajouter (page 16 du rapport) :

« Les déséquilibres dans la répartition de l'offre de soins génèrent parfois des coûts supplémentaires pour l'assurance maladie mais aussi des pertes de chances pour les patients et des problèmes de qualité et de pertinence des soins. Un changement de fond s'impose afin de garantir, pour tous, partout, l'accès à des soins de qualité tout en maîtrisant les dépenses ».

Il y a donc urgence à agir, et sur le plan sanitaire, et sur le plan financier.

En refusant de le faire, le Premier Ministre commet une erreur d'appréciation évidente de la réalité de la situation.

II.5.4 – Par ailleurs, ledit rapport formule une série de propositions qui pourraient inspirer quant aux mesures à prendre, à savoir notamment une régulation des installations dans les zones sur-denses pour permettre les installations dans des territoires sous-équipés, mais également l'adaptation du système de soins à la réalité des territoires en assurant la permanence des soins non programmés dans les territoires et en prolongeant les partages de compétences entre professionnels de santé, afin de libérer du temps médical.

En définitive, le rapport sénatorial formule huit propositions.

Avant lui, en décembre 2017, un avis du Conseil économique et social sur les déserts médicaux, particulièrement intéressant en ce que sur le plan méthodologique le Conseil a fait un audit de l'ensemble des pétitions en ligne, a pointé « *le niveau de préoccupation des citoyen.ne.s à l'égard du problème des déserts médicaux* », et formulé également des propositions aussi bien à court terme qu'à long terme, aussi bien concernant la pratique de la médecine générale, que concernant l'installation des médecins ou encore la médecine du futur (**Production n°8**).

Enfin, des praticiens ont également eu l'occasion de formuler diverses propositions :

« (...) La solution c'est un clinicat-assistanat pour tous, en fin d'internat, obligatoire pour les futurs généralistes et les futurs spécialistes. Ainsi seront rapidement résolus déserts médicaux dans les quartiers et en milieu rural, mais aussi les 40% des postes vacants surtout dans les hôpitaux généraux, en PMI, en médecine scolaire, dans les CMP, en médecine du travail... Les postes pourraient être partagés (assistants partagés) pendant les 3 années entre gros et petits hôpitaux, entre villes et milieu rural., entre Hôpital général ou CHU et PMI ou CMP, ou centre de santé et maison de santé, ou médecine scolaire, ou médecine du travail...

*Il faut résoudre l'ensemble des postes vacants avec une seule solution et chacun ne tirera plus la couverture à lui. Il n'y aura plus de ségrégation entre étudiants de milieu modeste acceptant une bourse pour aller en désert médical et les autres mieux nantis. Il n'y aura plus de lutte entre territoires de santé pour s'accaparer les quelques généralistes qui bien souvent ne resteront pas une fois les aides taries » (**Production n°9**).*

Ou encore, pour compenser les départs à la retraite non remplacés :

« (...) Si je n'ai pas pu passer le bâton de relais à un confrère, comme je l'aurais aimé, je donne les moyens à la commune de régler le problème pour mes concitoyens et pour les communes aux alentours. J'ai d'ailleurs demandé au maire de Saulnot de créer un collectif de maires puisque mon bassin de population repose sur quatre communautés de communes. Le travail collectif pourrait multiplier les chances de trouver un ou plusieurs candidats en déposant sur la

table leur carnet d'adresse. Ils pourraient ensemble avoir plus de chances de trouver un candidat que moi je n'en ai eu tout seul » (Production n°9).

Naturellement, l'association requérante n'a pas à prendre position sur le point de savoir si ces propositions sont suffisantes ou adaptées à l'ensemble du territoire français, mais force est de constater que le gouvernement et le Premier Ministre disposent ici de nombreux outils et de nombreuses références pour agir sans délai.

Par voie de conséquence, **l'association requérante est bien fondée à demander à l'État de mettre un terme par des mesures urgentes et adéquates à une situation inacceptable sur le plan sanitaire, sur le plan juridique et sur le plan financier.**

Le Premier Ministre, en ne répondant à cette demande a opposé un refus implicite sur ce point à l'association requérante, dans le mépris le plus total d'une situation précaire extrêmement alarmante.

Pour cette raison, il est demandé au Conseil d'Etat, non seulement, d'annuler la décision implicite de rejet contesté mais également d'enjoindre le Premier Ministre de prendre toutes mesures utiles pour lutter et corriger la problématique des déserts médicaux et d'inégal accès aux soins sur le territoire français.

II.5.5 - Aux termes des dispositions de l'article L.911-1 du code de justice administrative :

« Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne une mesure d'exécution dans un sens déterminé, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision, cette mesure assortie, le cas échéant, d'un délai d'exécution. »

L'article L. 911-2 du même code dispose par ailleurs que :

« Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne à nouveau une décision après une nouvelle instruction, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision juridictionnelle, que cette nouvelle décision doit intervenir dans un délai déterminé. »

Sur ces fondements, le juge, lorsqu'il annule une décision rejetant une demande, en tire les conséquences qui s'imposent et peut enjoindre à l'autorité compétente d'y faire droit, à tout le moins de statuer à nouveau sur la demande dans un délai qu'il fixe, au besoin sous astreinte (**CAA Nantes, 11 déc. 1996, Thomas ; CAA Douai, 10 avr. 2012, Verniest, n° 11DA00286**).

En l'espèce, au vu de ce qui précède, l'association requérante apparaît particulièrement fondée à demander au Conseil d'Etat de bien vouloir enjoindre au Premier Ministre de prendre toutes mesures utiles pour lutter et corriger la problématique des déserts médicaux et d'inégal accès aux soins sur le territoire français.

II.6 – SUR LES FRAIS IRREPETIBLES

Dans les circonstances de l'espèce, il serait particulièrement inéquitable de laisser à la charge de l'association requérante les frais qu'elle a dû engager pour la défense de ses intérêts. A cet égard, elle demande à ce qu'il plaise au Conseil d'Etat de condamner l'Etat à lui verser la somme de 5.000 €uros des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

PAR CES MOTIFS, TOUS CEUX DEJA PRODUITS ET A PRODUIRE, DEDUIRE OU SUPPLEER, AU BESOIN D'OFFICE,

L'association requérante demande à ce qu'il plaise au Conseil d'Etat de bien vouloir :

- **ANNULER** la décision en date du 13 mars 2021 par laquelle le Premier Ministre a implicitement rejeté la demande de l'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux ;
-
- **ANNULER en tant que de besoin la décision implicite de rejet par laquelle le ministre de la santé a refusé de faire droit au recours**
- **ENJOINDRE** le Premier Ministre, de prendre toutes mesures utiles pour lutter et corriger la problématique des déserts médicaux et d'inégal accès aux soins sur le territoire français ;
- **CONDAMNER** l'Etat à verser à l'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux , la somme de 5.000 €uros sur le fondement des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

Fait à PARIS, le 21 avril 2021
SAS HUGLO LEPAGE AVOCATS
Corinne LEPAGE

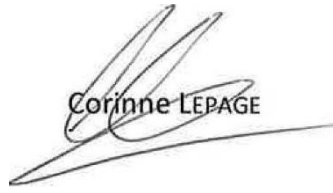

Corinne LEPAGE

BORDEREAU DE PRODUCTIONS

(INVENTAIRE DÉTAILLÉ)

- Production n°1** Décision en date du 13 mars 2021 par laquelle le Premier Ministre a implicitement rejeté la demande de l'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux (ACCDM) de prendre toutes mesures utiles afin de lutter contre les déserts médicaux et l'inégal accès aux soins
- Production n°2** Pacte territoire santé
- Production n°3** Rapport du 29 janvier 2020, Sénat
- Production n°4** Rapport de 2017, Cour des comptes
- Production n°5** Copie de la demande des requérants adressée au Ministre de la santé
- Production n°6** Statuts de l'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux (ACCDM)
- Production n°7** Etude de décembre 2020 sur la santé rurale, Association des maires ruraux de France
- Production n°8** Avis du Conseil économique et social sur les déserts médicaux, décembre 2017
- Production n°9** Témoignages de praticiens

Fait à PARIS, le 21 avril 2021
SAS HUGLO LEPAGE AVOCATS
Corinne LEPAGE



Corinne LEPAGE