



# MINISTÈRES SOCIAUX

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

## SECRETARIAT GENERAL

### DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES

Sous-direction du contentieux  
Bureau des Défenses et des Droits de l'Homme  
Affaire suivie par : Thomas Siebert  
[thomas.siebert@sg.social.gouv.fr](mailto:thomas.siebert@sg.social.gouv.fr)

Sous-direction des politiques  
Bureau du droit de la santé et de l'offre de soins  
Affaire suivie par : Sabrina Morchid  
[sabrina.morchid@sg.social.gouv.fr](mailto:sabrina.morchid@sg.social.gouv.fr)

À Paris, le 22 septembre 2021

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Monsieur le Président de la Section du contentieux  
du  
Conseil d'État

**Objet** : Requête n° 452304 formée par l'association de citoyens contre les déserts médicaux.

Vous m'avez communiqué la requête, enregistrée sous le numéro 452304, par laquelle l'association de citoyens contre les déserts médicaux vous demande :

1°) d'annuler la décision implicite du 13 mars 2021 par laquelle le Premier ministre et le ministre des solidarités et de la santé ont rejeté sa demande tendant à prendre toute mesures utiles afin de lutter contre les déserts médicaux et l'inégal accès aux soins ;

2°) d'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 ;

4°) de mettre à la charge de l'État la somme de 5 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Cette requête appelle de ma part les observations suivantes.

## I. RAPPEL DES FAITS ET DE LA PROCÉDURE

L'égal accès aux soins de qualité pour tous les français sur l'ensemble du territoire est un des enjeux majeurs du ministère des solidarités et de la santé depuis de nombreuses années. Le premier volet du Pacte territoire santé, lancé en 2012 et mis à jour en 2015, a été élaboré à partir du constat de l'échec des précédentes politiques publiques en la matière, notamment par des dispositifs isolés, ponctuels, sans cohérence d'ensemble et ne mobilisant pas

suffisamment les acteurs concernés. En ce sens, le Pacte Territoire Santé, composé de 12 mesures, était articulé autour de trois objectifs majeurs<sup>1</sup> :

- Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, notamment en permettant aux étudiants de faire un stage en cabinet avant l'internat, les formant ainsi davantage à un exercice concret ;
- Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé par la généralisation du travail en équipe, le développement de la télémédecine ou encore l'accélération du transfert de compétence ;
- Mettre en place des promotions d'investissements spécifiques dans les territoires isolés et améliorer l'accès de la population à des soins urgents.

Fin 2015, au regard des premiers éléments de bilan encourageants, le second volet de ce pacte<sup>2</sup> a été mis en place dans le but de :

- Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé ;
- Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires.

En 2017, un plan d'égal accès aux soins a été lancé, caractérisé par un panel de solutions adaptables au contexte local, élaboré selon un changement de paradigme : l'installation de professionnels de santé ne constituant pas la seule action à mener, il convient d'actionner tous les leviers de nature à diffuser du temps médical dans les zones en tension. Ce plan s'articule en trois axes<sup>3</sup> :

- Renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients, notamment avec le déploiement des aides individuelles à l'installation dans les territoires en tension, négociées dans le cadre conventionnel, des mesures pour faciliter le cumul-emploi retraite ou pour développer l'exercice en zone sous-dense même sans installation ainsi que les coopérations entre professionnels de santé ;
- Mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour supprimer les distances, notamment par le développement de la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise) ;
- Meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue via, entre autres, le développement des structures d'exercice coordonné et l'assurance d'une réponse aux demandes de consultations non programmées de médecine générale pour les patients.

Le bilan réalisé lors du Comité de pilotage de juillet 2018 a démontré que les mesures phares du plan d'égal accès aux soins s'étaient concrétisées<sup>4</sup>.

Par la suite, le Président de la République a annoncé en septembre 2018 la stratégie « Ma Santé 2022 », proposant une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français (l'inégal accès aux soins, les difficultés d'accès à un médecin généraliste...) mais également pour inciter les professionnels à mieux coopérer entre eux, à disposer de davantage de temps pour soigner leurs patients et à être formés autrement.

La stratégie « Ma Santé 2022 » a été articulée autour de dix chantiers, dont le premier entièrement dédié à la structuration territoriale du réseau de proximité, autour de divers axes forts<sup>5</sup> :

- La création de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé d'ici 2022 ;
- Le doublement des maisons et centres de santé d'ici 2022 ;
- Le recrutement de 400 médecins dans des territoires prioritaires, en exercice partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire, ou salariés d'un centre ou établissement de santé ;
- La création de 4 000 postes d'assistants médicaux, pour seconder et appuyer les médecins dans un ensemble de tâches administratives et soignantes ;
- Le développement d'équipes de soins primaires dans les territoires ;
- La labellisation d'hôpitaux de proximité permettant de décloisonner les pratiques et d'offrir des soins de proximité ;
- La fusion des dispositifs d'appui à la coordination afin de garantir et de faciliter la prise en charge de parcours de soins complexes ;
- Le déploiement de protocoles de coopération pour encourager les liens interprofessionnels ;
- La création de la pratiques avancée infirmière pour libérer du temps médical et ouvrir de nouvelles possibilités de prise en charge des patients.

<sup>1</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte\\_territoire\\_sante\\_-\\_PTS\\_-\\_brochure\\_bilan\\_-\\_fevrier\\_2014.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf)

<sup>2</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure\\_a5\\_pts\\_2\\_-\\_26-11.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf)

<sup>3</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces\\_aux\\_soins\\_dp\\_vdef\\_131017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf)

<sup>4</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/comites-de-pilotage-et-etat-d-avancement-du-plan>

<sup>5</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

La stratégie « Ma Santé 2022 » s'est concrétisée par l'entrée en vigueur le 24 juillet 2019 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Complétée par le Pacte de refondation des urgences en septembre 2019 puis par le plan « Investir pour l'hôpital » en novembre 2019, la stratégie « Ma Santé 2022 » s'est adaptée aux besoins identifiés par les acteurs du terrain pour poursuivre le décloisonnement des pratiques médicales et mieux articuler la prise en charge des patients entre les différents segments de l'offre de soins.

Enfin, le Ségur de la santé, lancé le 25 mars 2020, a fait l'objet d'annonces rendues publiques le 10 juillet 2020 après 50 jours de concertations avec l'ensemble des acteurs du système de la santé. Ces concertations ont rassemblé 90 parties prenantes et syndicats autour d'une centaine de réunions bilatérales et de 200 réunions territoriales organisées en lien avec les ARS. Une consultation en ligne à destination des soignants et des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux et des professionnels exerçant en médecine de ville a été proposée sur le site internet du ministère. Au total, 118 407 professionnels de santé ont apporté leurs contributions aux discussions engagées sur les revalorisations salariales, la politique d'investissement, la simplification des organisations et l'organisation des soins dans les territoires. Elles ont permis d'aboutir à 33 mesures pour repenser le système de santé français et accélérer les travaux déjà engagés dans le cadre de la stratégie nationale « Ma Santé 2022 » initiée en 2018.

Après un an d'existence, le Ségur de la santé a contribué au déploiement de la télésanté dans tous les territoires, au renforcement de l'accès aux soins via les structures d'exercice coordonné et à une meilleure coopération de la ville et de l'hôpital pour les soins non programmés via la mise en œuvre du Service d'accès aux soins avec une quinzaine de sites pilotes opérationnels à ce jour<sup>6</sup>.

Par un courrier reçu le 12 janvier 2021, l'association de citoyens contre les déserts médicaux a adressé au Premier ministre et au ministre des solidarités et de la santé une demande tendant à ce que soit pris toutes mesures utiles pour programmer la réduction, dans les délais les plus brefs, de l'inégal accès à l'offre de soins. Cette demande a fait l'objet d'une décision implicite de rejet le 15 mars 2021.

C'est la décision attaquée.

## II. DISCUSSION

### 1. Sur la prétendue méconnaissance du principe d'égalité

L'association requérante soutient que la décision implicite de rejet litigieuse caractériserait une carence du gouvernement qui méconnaîtrait le principe d'égalité. En ce sens, elle souligne, d'une part, la disparité de densité médicale entre plusieurs départements, situation aggravée par la crise sanitaire et d'autre part, qu'environ sept millions de français seraient sans médecin traitant en 2018. Enfin, elle allègue que la situation française, qui serait plus dégradée que dans d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développements économiques, n'est justifiée par aucun motif d'intérêt général et que les différences d'accès aux services publics de soins nécessitent l'intervention d'une réglementation particulière.

Le Conseil constitutionnel considère « *qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » ; que, selon son onzième alinéa : « Elle 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. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence » ; qu'il incombe au législateur comme à l'autorité réglementaire, conformément à leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par ces dispositions, les modalités concrètes de leur mise en œuvre » (décision n° 2001-451 DC du 27 novembre 2001, §19).*

Aux termes de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique : « *La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ».*

<sup>6</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_-\\_premier\\_anniversaire\\_du\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_-_premier_anniversaire_du_segur_de_la_sante.pdf)

Or, s'il résulte de ces dispositions que le pouvoir réglementaire est tenu de mettre en œuvre des mesures concrètes garantissant la protection de la santé, c'est toutefois dans la limite des compétences qu'il tire des articles 21 et 37 de la Constitution.

En tout état de cause, et contrairement à ce que soutient l'association requérante, de nombreuses mesures en ce sens ont été prises depuis 2012 afin de réduire les inégalités d'accès territorial aux soins.

D'une part, au travers de plusieurs plans de santé publique dédiés :

- En 2012-2017 : le Pacte Territoire Santé ;
- En 2017 : lancement du plan d'égal accès aux soins ;
- En 2018-2019 : la stratégie « Ma Santé 2022 » ;
- Depuis 2020 : le Ségur de la Santé.

D'autre part, de façon plus concrète, de nombreuses mesures ont été mises en œuvre par le pouvoir réglementaire afin de lutter contre les déserts médicaux et l'inégal accès aux soins, notamment :

- La régulation de la démographie médicale par la formation ;
- Le déploiement des stages en ambulatoire ;
- Le contrat d'engagement du service public ;
- Le développement de la télémédecine ;
- La meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue.

Enfin, il convient de souligner que l'association requérante ne peut demander au Premier ministre et au ministre des solidarités et de la santé de prendre des mesures réglementaires qui serait de nature à remettre en cause, ou d'aménager, le principe de liberté d'installation des médecins, prévu par les dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

Dès lors, au regard de l'ensemble des mesures déjà prises par le pouvoir réglementaire, dans la limite de sa compétence, pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, le moyen sera écarté.

## **2. Sur la prétendue méconnaissance du principe d'égalité devant les charges publiques**

L'association requérante soutient que la décision implicite de rejet litigieuse méconnaîtrait le principe d'égalité devant les charges publiques. En ce sens, elle se prévaut de nombreuses jurisprudences en matière fiscale et affirme que certains citoyens français isolés, habitants dans des déserts médicaux, contribuent à financer un système de soins dont ils ne peuvent bénéficier, caractérisant ainsi un traitement différent en matière de sujétion aux charges publiques.

D'une part, le I de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *I.- La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale. La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection* ».

D'autre part, le Conseil constitutionnel considère « *qu'aux termes de l'article 34 de la Constitution : « La loi détermine les principes fondamentaux ... de la sécurité sociale » ; qu'au nombre de ces principes fondamentaux relevant de la compétence du législateur figurent notamment ceux relatifs à la création d'un nouveau régime de sécurité sociale, à son organisation et à son champ d'application ; qu'il appartient en particulier au législateur de déterminer les éléments de l'assiette des cotisations sociales, les catégories de personnes assujetties à l'obligation de cotiser, ainsi que les catégories de prestations que comporte le régime en cause ; qu'en revanche, ressortissent à la compétence du pouvoir réglementaire les modalités d'application de ces principes, à condition de ne pas en dénaturer la portée* » (décision n° 2001-451 DC du 27 novembre 2001, §6).

Dès lors, il n'appartient pas au pouvoir réglementaire de prendre des mesures visant à différencier le traitement entre assurés sociaux au regard de leur situation géographique, le moyen sera écarté.

### **3. Sur la prétendue atteinte au droit à la protection de la santé et au droit de recevoir les soins et traitements les plus appropriés**

L'association requérante soutient que la décision implicite de rejet litigieuse porterait atteinte au droit à la protection de la santé, garanti par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, et au droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés, garanti par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. En ce sens, elle affirme que l'application de ces droits n'est pas uniforme sur le territoire français.

D'une part, si l'association requérante se prévaut de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme, elle ne figure pas au nombre des traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés dans les conditions fixées par l'article 55 de la Constitution et ne produit, par conséquent, aucun effet juridique en droit interne (CE, 18 avril 1951, *Élections de Nolay*, Lebon p. 189 et plus récemment CE, 1<sup>er</sup> juillet 2020, *UNEDSESEP*, n° 430121).

D'autre part, si le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 confère une valeur constitutionnelle à la protection de la santé et si l'article L. 1110-5 du code de la santé publique prévoit le droit de recevoir les soins et traitements les plus appropriés, le pouvoir réglementaire est tenu de réaliser ces objectifs dans la limite de ses compétences.

Dès lors qu'aucune des dispositions invoquées par l'association requérante n'appelle l'intervention du pouvoir réglementaire, l'article L. 1110-5 précité ne nécessitant aucun règlement d'application, le moyen est inopérant.

### **4. Sur la prétendue atteinte au droit à la vie**

L'association requérante soutient que la décision implicite de rejet litigieuse porterait atteinte au droit à la vie. En ce sens elle affirme, d'une part, que l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'Homme consacrerait une obligation positive d'action de l'État pour assurer le droit au soin et d'autre part, elle produit deux cartes, l'une relative aux écarts à la mortalité moyenne par cantons et l'autre relative à la présence de médecins sur le territoire, qui démontreraient la mortalité en lien avec l'absence de médecins et leur insuffisance de soins.

Toutefois, l'association requérante, se bornant à faire état de plusieurs jurisprudences de la Cour européenne des droits de l'homme et produisant deux cartes dont la corrélation soutenue n'est pas étayée, n'apporte pas les précisions permettant d'apprécier le bien-fondé de son moyen.

En tout état de cause, il ne saurait être déduit ni des stipulations de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'Homme, ni de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, une obligation positive du pouvoir réglementaire de réglementer l'accès territorial aux soins.

Le moyen sera écarté.

### **5. Sur la prétendue erreur manifeste d'appréciation**

L'association requérante soutient que la décision implicite de rejet litigieuse serait entachée d'une erreur manifeste d'appréciation. En ce sens, elle affirme qu'aucune mesure concrète n'a été mise en œuvre et que cette carence, d'une part, à un impact négatif sur les services d'urgences, d'autre part, à un coup financier élevé pour le système de santé.

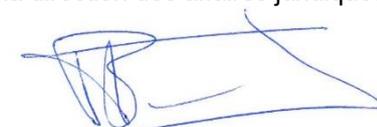
À titre liminaire, il sera relevé que l'association requérante n'apporte pas les précisions suffisantes permettant d'identifier la norme au regard de laquelle le Premier ministre ou le ministre des solidarités et de la santé auraient commis une erreur manifeste d'appréciation. Faute d'invoquer une norme, et alors qu'aucune disposition ou circonstance n'imposait de prendre des mesures réglementaires supplémentaires, le moyen sera écarté.

Au demeurant, l'ensemble des mesures déjà prises précédemment exposées participent à la baisse de l'engorgement des services d'urgences, dans le respect du principe de liberté d'installation des médecins. De même, s'agissant du partage de compétence entre professionnel de santé, deux séries de mesures ont été mises en œuvre :

- Dans le but d'optimiser le temps médical, mise en place de protocole de coopération entre professionnels de santé : les médecins délégants permettent aux professionnels paramédicaux délégués de réaliser des actes dérogatoires au regard des décrets de compétences de chacun (angine, varicelle, entorse de cheville...);
- Pour répondre aux besoins en compétences nouvelles ou manquantes sur les territoires par rapport à l'offre de soins et à la population, création des infirmiers en pratique avancée. Depuis juillet 2018, ces infirmiers praticiens disposent d'un haut niveau d'expertise infirmière et bénéficient de compétences élargies dans les champs du diagnostic, de la coordination et de la prescription pour prendre en charge des situations complexes. Leur effectif sur l'ensemble du territoire en juillet 2021 est estimé à environ 1220<sup>7</sup>.

Par ces motifs, je conclus au rejet de la requête.

Pour le ministre et par délégation,  
Le sous-directeur du contentieux  
de la direction des affaires juridiques



Thomas BRETON

---

<sup>7</sup> 70 IPA diplômés en 2019, une sortie de plus de 350 IPA diplômés en 2020 et un effectif potentiel en première année de formation de près de 800 places pour fin de formation en 2021.