



N° 2547

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 mars 2026.

PROPOSITION DE LOI

visant à transférer la politique de santé aux régions,

(Renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

M. Xavier BRETON, Mme Valérie BAZIN-MALGRAS, M. Jean-Didier BERGER,
Mme Sylvie BONNET, M. Ian BOUCARD, Mme Josiane CORNELOUP,
Mme Marie-Christine DALLOZ, M. Julien DIVE, M. Lionel DUPARAY,
M. Alexandre PORTIER, M. Jean-Pierre TAITE, M. Nicolas TRYZNA,

députés et députées.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le droit à la santé est un principe à valeur constitutionnelle. Pourtant, depuis trop d'années, nous voyons un écart croissant entre le droit et le fait.

Alors que notre système de santé était considéré au début de ce siècle comme un des meilleurs au monde, il est en train de se dégrader d'année en année et doit faire face à un ensemble de tensions structurelles, financières et humaines qui le mettent en péril.

On constate hélas que l'hôpital public est en grande difficulté par une accumulation de facteurs : financement insuffisant par rapport aux besoins réels, logique de rentabilité difficilement compatible avec les missions de service public, vieillissement des infrastructures et manque de matériels, endettement important de nombreux hôpitaux...

Les tensions sont telles que le personnel hospitalier est confronté à un épuisement professionnel souvent lié à des horaires lourds, à une pression administrative croissante et à un manque de reconnaissance et de moyens. Cela entraîne une pénurie de soignants, infirmiers, aides-soignants...

Notre système de santé subit aussi de fortes pressions financières.

À chaque loi de financement de la sécurité sociale, nous voyons les difficultés pour maîtriser les dépenses sans réduire l'offre de soins, ce qui conduit invariablement à creuser les déficits récurrents de l'Assurance maladie.

Autre sujet d'inquiétude : la densité de médecins généralistes qui diminue depuis plusieurs années. Si au 1^{er} janvier 2025, 237 200 médecins étaient en activité en France, leur répartition sur le territoire est totalement inégale, conduisant à des difficultés d'accès aux soins.

Dans les zones de faible densité médicale de nombreux Français se retrouvent sans médecin traitant. Cela peut les conduire à reporter ou, plus grave, à renoncer aux soins. Ce sont les personnes les plus défavorisées que cela touche prioritairement.

Le problème est identique pour les spécialistes.

À titre d'exemple, Paris compte une densité de 610 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 184 spécialistes en moyenne

pour 100 000 habitants à l'échelle de la France entière, 80 dans l'Ain, 85 en Haute-Loire ou encore 78 dans la Meuse et à peine plus de 70 dans l'Eure.

Un constat s'impose : les mesures décidées depuis des années par l'État ou l'Assurance maladie pour inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-denses ne permettent pas d'inverser la situation. Cette politique ne suffit plus.

De plus, la gouvernance de la santé est jugée comme trop centralisée et bureaucratique. Les décisions sont perçues comme éloignées du terrain.

En novembre, le Premier ministre, Sébastien Lecornu, a annoncé son intention de porter un nouvel acte de décentralisation avec les collectivités territoriales et de réforme de l'État. Il l'annonce comme « *un acte fondateur d'une relation nouvelle entre l'État et les élus locaux, au service de nos concitoyens et pour améliorer leur vie quotidienne* ».

À la suite de cette annonce, trois ministres ont chargé les inspections générales des affaires sociales (IGAS), de l'administration (IGA) et des finances (IGF) de mener une « mission conjointe sur la décentralisation des politiques de santé et de l'autonomie et la transformation des agences régionales (ARS) ».

Il est à craindre qu'à l'issue de cette mission, la répartition des décisions soit encore plus confuse, alors qu'une véritable décentralisation répondrait beaucoup mieux aux besoins du terrain.

Rappelons-nous la gestion de la crise de la Covid-19. Les collectivités territoriales, les conseils départementaux, les conseils régionaux ont été des acteurs incontournables pour venir en aide à nos concitoyens. Ils ont élaboré en urgence une riposte pour faire face au virus. Ils ont montré une grande réactivité en intervenant concrètement et rapidement dans des domaines qui ne relevaient pas toujours de leur compétence.

Cette capacité d'initiative des élus locaux s'est également révélée et confirmée à travers la création de maisons ou de centres de santé pour lutter contre les déserts médicaux et limiter l'isolement des professionnels de santé.

Aussi, cette proposition de loi prévoit de modifier le Code de la santé publique en considérant que la politique de santé ne doit plus relever de la responsabilité de l'État et doit être décentralisée aux régions.

Du fait de leur proximité avec le terrain, les conseillers régionaux sont en mesure d'ajuster les demandes, ayant une connaissance affinée de leur territoire pour adapter l'offre de soins aux besoins réels.

Tel est l'objet de cette proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, les mots : « de l'État » sont remplacés par les mots : « des régions ».

Article 2

La charge pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre III du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.