



N° 3264

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 octobre 2026.

PROPOSITION DE LOI

assurant l'accès à un médecin traitant pour chaque patient,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

M. Guillaume GAROT, M. Boris VALLAUD, Mme Chantal JOURDAN, Mme Mélanie THOMIN, M. Joël AVIRAGNET, Mme Sandrine RUNEL, M. Hervé SAULIGNAC, Mme Estelle MERCIER, M. Pierrick COURBON, Mme Christine PIRÈS BEAUNE, M. Pierre PRIBETICH, Mme Valérie ROSSI, M. Stéphane DELAUTRETTE, Mme Marie-José ALLEMAND, M. Fabrice BARUSSEAU, M. Karim BENBRAHIM, M. Mickaël BOULOUX, M. Paul CHRISTOPHLE, M. Alain DAVID, M. Arthur DELAPORTE, M. Denis FÉGNÉ, Mme Martine FROGER, Mme Pascale GOT, Mme Céline HERVIEU, Mme Fatïha KELOUA HACHI, Mme Sophie PANTEL, M. Marc PENA, Mme Anna PIC, M. Dominique POTIER, M. Christophe PROENÇA, Mme Marie RÉCALDE, Mme Claudia ROUAUX, M. Fabrice ROUSSEL, M. Thierry SOTHER, M. Roger VICOT, M. Laurent BAUMEL, M. Sébastien SAINT-PASTEUR,

députés et députées.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

6,3 millions de Français sont aujourd'hui sans médecin traitant, 9 millions résident dans un désert médical : l'accès aux soins se dégrade dans notre pays de manière continue selon les chiffres du ministère de la Santé.

Un phénomène, longtemps circonscrit aux territoires ruraux, qui touche désormais également certains quartiers urbains et périurbains, à mesure que les départs à la retraite des médecins ne sont plus intégralement compensés par de nouvelles installations.

Dans ce système en crise, le médecin traitant est le pivot et la porte d'entrée du parcours de soins en France. Manquer de médecins traitants, c'est laisser s'allonger les délais de rendez-vous et complexifier l'accès aux médecins spécialistes, en particulier pour les patients en Affection de longue durée (ALD) ; c'est augmenter le non-recours et le risque d'aggravation des pathologies ; c'est enfin contribuer à saturer les urgences lorsque l'affection, sans soins, a trop empiré.

Sans médecin traitant, parfois sans médecin du tout sur leur territoire, les patients sont de plus en plus nombreux à se trouver confrontés à la détresse d'un accès aux soins limité, voire inexistant.

Mais la nature a horreur du vide : partout où l'accès aux soins devient plus difficile, de nouveaux acteurs capitalisent sur le désarroi des patients pour leur facturer des suppléments, des « coupe-files » pour obtenir plus rapidement un rendez-vous dont la prise peut prendre des semaines, voire des mois. En pleine expansion dans les territoires périurbains et ruraux après s'être implantée dans les centres urbains, la téléconsultation n'est pas en reste : plusieurs entreprises pratiquent, malgré les protestations de l'Assurance maladie, la facturation de tarifs supplémentaires permettant de réduire le temps d'attente en cabine.

Face à cette situation, plusieurs leviers doivent être actionnés de façon complémentaire pour permettre à chacun de retrouver un accès aux soins décent et équitable près de chez lui. La régulation de l'installation des médecins reste, à ce titre, essentielle pour mieux répartir nos médecins et stopper l'aggravation des inégalités entre les territoires. Mais elle ne produira pleinement ses effets qu'au fur et à mesure que notre démographie

médicale se rétablit à la suite de l'augmentation, puis de la suppression du *numerus clausus*.

La présente proposition de loi porte deux mesures d'urgence contribuant à stopper le développement d'une médecine « à deux vitesses » dans nos territoires : permettre à des millions de Français de retrouver un médecin traitant, et lutter contre les pratiques prédatrices imposant aux patients le paiement de « coupe-files » pour être soignés plus rapidement.

Il est ainsi proposé de mettre en place une règle simple : tout médecin généraliste installé en libéral devra être médecin traitant, ce qui implique un nombre minimal de patients à prendre en charge. En bref : plus de patients pris en charge, par plus de médecins traitants.

L'**article 1^{er}** instaure, pour les médecins généralistes libéraux, un nombre minimum de patients à prendre en charge comme médecin traitant. Selon la Cour des comptes, sur un total de 53 000 généralistes installés en libéral, plus de 8 500 médecins généralistes ne prennent pas ou peu de patients en tant que médecin traitant. Cela représente un « manque à soigner » de 2,5 à 4 millions de patients, soit près de la moitié de la population adulte actuellement dépourvue de médecin traitant selon les chiffres de l'Assurance maladie. Cette disposition simple et d'application rapide permet de poser un principe qui doit définir l'offre de soins des prochaines années : pas de patient sans médecin traitant.

L'**article 2** interdit toute prestation supplémentaire ou « frais de service » facturés au patient en contrepartie d'une prise en charge plus rapide ou d'une soi-disant facilitation d'accès à des soins. Cette disposition vise à stopper le développement récent des options « coupe-file » proposées aux patients pour obtenir un rendez-vous avec un médecin – en présentiel ou en téléconsultation – dans des délais plus courts. Malgré les déclarations du gouvernement et de l'Assurance-maladie, qui ont demandé aux entreprises concernées l'arrêt de ces prestations, il est clair que la réglementation a été contournée et qu'une interdiction claire doit être inscrite dans la loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 28° ainsi rédigé :
- ② « 28° Les modalités selon lesquelles les médecins généralistes exerçant à titre libéral prennent en charge une fraction minimale de patients qu'ils ont désignés comme médecin traitant dans les conditions prévues à l'article L. 162-5-3. La convention détermine ladite fraction, qui ne peut être inférieure à trente pour cent de la patientèle, ainsi que les conditions dans lesquelles cette fraction est adaptée pour tenir compte notamment de la quotité de travail du médecin, de son ancienneté d'installation, des caractéristiques de sa patientèle et des conditions d'exercice sur son territoire ; ».
- ③ II. – Si, dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, aucune mesure n'a été instituée dans les conditions prévues au 28° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la présente loi, le ministre en charge de la santé fixe après avis de la Haute Autorité de Santé et du Conseil national de l'Ordre des médecins la fraction minimale et les conditions de son application mentionnées au même 28° ;
- ④ III. – Le II du présent article cesse d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur des mesures instituées dans les conditions prévues au 28° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
- ⑤ IV. – Les modalités d'application du II sont fixées par décret en Conseil d'État.

Article 2

- ① Après l'article L. 1110-3-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-3-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-3-2.* – Est interdite, dans le cadre d'une consultation ou téléconsultation, toute prestation complémentaire à titre onéreux visant à faciliter l'accès à une consultation, à un acte ou à un examen, dès lors qu'elle est demandée en contrepartie de la réduction du délai d'obtention d'un rendez-vous ou de la facilitation de l'accès à un professionnel de santé. »

Article 3

- ① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ② II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.