



N° 2831

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 mai 2026.

PROPOSITION DE LOI

*visant à exonérer de majoration de participation les assurés dans
l'impossibilité manifeste de désigner un médecin traitant,*

(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. Thomas MÉNAGÉ, M. Maxime AMBLARD, M. Philippe BALLARD, M. Romain BAUBRY, M. Christophe BENTZ, M. Théo BERNHARDT, M. Guillaume BIGOT, M. Emmanuel BLAIRY, Mme Sophie BLANC, M. Anthony BOULOGNE, Mme Manon BOUQUIN, M. Eddy CASTERMAN, M. Bernard CHAUMEIL, M. Roger CHUDEAU, Mme Catherine DELLONG MENG, M. Jocelyn DESSIGNY, Mme Edwige DIAZ, M. Nicolas DRAGON, M. Alexandre DUFOSET, M. Auguste EVRARD, M. Frédéric FALCON, Mme Stéphanie GALZY, M. Jonathan GÉRY, M. Frank GILETTI, M. Yoann GILLET, Mme Géraldine GRANGIER, Mme Monique GRISETI, M. Julien GUIBERT, M. Michel GUINIOT, M. Jordan GUITTON, Mme Marine HAMELET, M. Timothée HOUSSIN, M. Sébastien HUMBERT, M. Laurent JACOBELLI, M. Pascal JENFT, M. Édouard JORDAN, Mme Sylvie JOSSERAND, Mme Florence JOUBERT, Mme Hélène LAPORTE, M. Robert LE

BOURGEOIS, Mme Julie LECHANTEUX, Mme Nadine LECHON, M. Bartolomé LENOIR, M. Hervé DE LÉPINAU, M. Julien LIMONGI, M. Philippe LOTTIAUX, M. Alexandre LOUBET, M. Pascal MARKOWSKY, M. Patrice MARTIN, Mme Michèle MARTINEZ, M. Kévin MAUVIEUX, M. Pierre MEURIN, M. Éric MICHOUX, M. Thibaut MONNIER, M. Serge MULLER, M. Julien ODOUL, Mme Caroline PARMENTIER, M. Thierry PEREZ, M. Kévin PFEFFER, M. Stéphane RAMBAUD, Mme Angélique RANC, M. Julien RANCOULE, Mme Catherine RIMBERT, M. Joseph RIVIÈRE, Mme Béatrice ROULLAUD, Mme Sophie-Laurence ROY, Mme Anaïs SABATINI, M. Emeric SALMON, Mme Anne SICARD, M. Emmanuel TACHÉ, M. Jean-Philippe TANGUY, M. Michaël TAVERNE, M. Thierry TESSON, M. Lionel TIVOLI, M. Cyril TRIBUIANI, M. Frédéric-Pierre VOS, M. Frédéric WEBER,

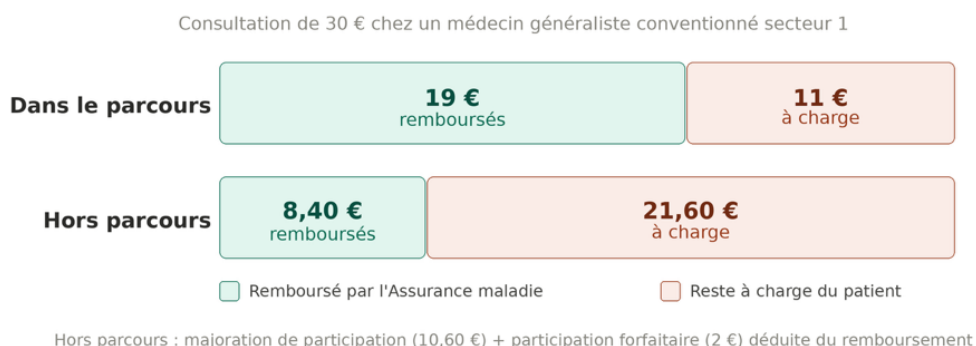
députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le parcours de soins coordonnés, instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, repose sur l'obligation pour chaque assuré de désigner un médecin traitant. Le respect de cette obligation **conditionne le niveau de remboursement des consultations médicales** : à défaut de déclaration, la participation de l'assuré est majorée en application de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

En l'état, les remboursements hors parcours de soins coordonnés sont donc **moins bien pris en charge**. Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste conventionné secteur 1 au tarif de 30 euros, l'assuré qui n'a pas de médecin traitant déclaré sera remboursé de 70 % du tarif de la consultation **moins 10,60 euros et moins 2 euros au titre de la participation forfaitaire**, soit un remboursement qui s'élève à 8,40 euros et un reste à charge de 21,60 euros.



Dans le même temps, le dernier baromètre Ipsos-BVA commandé par la Fédération Hospitalière de France (FHF) a révélé, en mars 2026, **qu'un nombre croissant de Français renonce encore à se faire soigner**. Il indique notamment que **73 %** des Français déclarent avoir déjà renoncé à au moins un acte de soin au cours des cinq dernières années et que **40 %** des Français qui renoncent aux soins le font **pour des raisons financières**.

Le principe du mécanisme posé en 2004 poursuit évidemment **un objectif légitime de coordination des soins et de rationalisation des dépenses d'Assurance maladie qu'il convient de ne pas remettre en cause**. Il repose néanmoins sur le postulat implicite que l'absence de médecin traitant résulte d'un choix délibéré de l'assuré.

Or, ce postulat est aujourd'hui **démenti par la réalité dans de nombreux cas**. La désertification médicale, qui touche une part

considérable du territoire national, place de nombreux assurés **dans l'impossibilité matérielle de trouver un médecin acceptant de nouveaux patients**. Selon les données du dossier de presse accompagnant le Pacte de lutte contre les déserts médicaux, présenté par le Premier ministre le 25 avril 2025, **87 % du territoire français était classé comme étant un désert médical en 2024**.

Le directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) a pu préciser pour sa part, lors de son audition par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale le 18 février 2026, que le nombre total d'assurés n'ayant pas de médecin traitant est en réalité de **12 millions**, la moitié étant constituée de ceux n'en ayant jamais déclaré, **sans pouvoir évaluer le gain réalisé par l'Assurance maladie** du fait de cette non-déclaration.

Par ailleurs, selon les données publiées par le Conseil national de l'ordre des médecins, **la densité médicale s'érode dans les trois quarts des départements**, tandis que l'augmentation et le vieillissement de la population accroissent parallèlement les besoins en santé.

Les assurés qui ne sont pas en mesure de déclarer un médecin traitant se voient ainsi appliquer une majoration de participation non pas en raison d'un refus de s'inscrire dans le parcours de soins, mais en raison de **l'absence d'offre médicale disponible sur leur territoire**.

Il convient à cet égard de rappeler que la désertification médicale n'est pas un phénomène naturel : **elle résulte pour partie de choix dont l'État porte la responsabilité**. La politique du *numerus clausus*, conduite pendant plusieurs décennies, a délibérément limité le nombre de médecins formés, engendrant **les tensions démographiques** que le système de santé connaît aujourd'hui.

Les assurés qui subissent aujourd'hui les conséquences de ces choix **continuent d'acquitter leurs cotisations sociales** dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population. Leur situation est donc **triplement injuste** : ils **s'acquittent de leurs obligations contributives** sans pouvoir bénéficier, en retour, **de la plénitude de leurs droits à remboursement ni d'un suivi adapté**.

Il est, dans le même temps, inadmissible d'imaginer que des économies réalisées sur les comptes sociaux le soient **au détriment de patients qui ont besoin de se faire soigner** et renoncent finalement aux soins en raison de leur coût.

Au demeurant, il peut être économiquement préférable pour l'Assurance maladie de prendre en charge dans des conditions favorables un assuré consultant malgré lui hors parcours de soins coordonnés que de supporter, à terme, **le coût de pathologies aggravées ou tardivement diagnostiquées en raison du renoncement aux soins qu'entraîne la majoration de participation.**

La sanction financière infligée aux assurés dans l'impossibilité manifeste de déclarer un médecin traitant peut ainsi produire un effet contre-productif : en décourageant le recours aux soins, elle **compromet le suivi et la prévention** et peut générer, à moyen terme, **des dépenses de santé supérieures à celles qu'elle prétend maîtriser.**

Faire peser sur ces assurés une majoration de participation au motif qu'ils ne disposent pas de médecin traitant revient à **les sanctionner injustement** pour une défaillance qui leur est étrangère et dont la puissance publique est en partie responsable.

Cette situation est constitutive d'une **rupture d'égalité injustifiée**. Le principe d'égalité devant les charges publiques, tel qu'il est garanti par la Constitution et interprété par le Conseil constitutionnel, permet à la loi de **traiter différemment des situations objectivement différentes** (v. notamment Cons. const., 7 janvier 1988, n° 87-232 DC, *Mutualisation de la Caisse nationale de crédit agricole*, Rec. p. 17). Or, la situation de l'assuré qui refuse de désigner un médecin traitant et celle de l'assuré qui ne le peut manifestement pas, malgré ses démarches et faute d'offre disponible, sont **fondamentalement distinctes**.

La présente proposition de loi entend remédier à cette inégalité en **complétant la liste des cas d'exonération de la majoration prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.**

À cette fin, il est proposé à l'**article 1^{er}** d'insérer un 6° à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel la majoration n'est pas applicable à l'assuré **domicilié dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins** au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. L'assuré est en outre réputé **respecter le parcours de soins coordonnés** lorsqu'il est adressé à un médecin correspondant à la suite d'une consultation.

Le critère retenu est délibérément objectif et géographique. Il s'appuie sur les zonages établis et régulièrement mis à jour, qui offrent une

cartographie des territoires sous-dotés. Ce choix dispense l'assuré de toute démarche probatoire : il n'a pas à démontrer l'impossibilité dans laquelle il se trouve de désigner un médecin traitant, cette impossibilité étant **présumée** du seul fait de son domicile en zone sous-dotée.

Le dispositif n'a pas vocation à constituer une dérogation permanente au principe du parcours de soins coordonnés. Il est conçu comme une mesure transitoire, dont l'application a **naturellement vocation à s'éteindre à mesure que la démographie médicale se rétablira** et que l'offre de soins de premier recours redeviendra suffisante sur l'ensemble du territoire.

L'exonération cesse de plein droit dès lors que la zone dans laquelle l'assuré est domicilié ne répond plus aux critères du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique : dès cette date, l'assuré retrouve le bénéfice du parcours de soins coordonnés **dans les conditions de droit commun.**

L'**article 2** assure, pour sa part, la compensation financière de la présente proposition de loi, conformément aux exigences constitutionnelles.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé :
- ② « 6° Lorsque la consultation d'un médecin généraliste est réalisée par un assuré ou un ayant droit domicilié dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- ③ « Lorsque l'assuré bénéficie de l'exonération prévue à l'alinéa précédent, la consultation d'un médecin correspondant à laquelle il est adressé par un médecin qu'il a consulté est réputée s'inscrire dans le parcours de soins coordonnés. »

Article 2

- ① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à la taxe visée à l'article 235 *ter* ZD du code général des impôts.
- ② II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de la taxe visée à l'article 235 *ter* ZD du code général des impôts.