



**vendredi
7 février 2020**

**au Conseil d'État
1 place du Palais-Royal
75001 Paris
9h30-17h00**

LES ENTRETIENS DU CONSEIL D'ÉTAT
EN DROIT SOCIAL

LES PROFESSIONS DE SANTÉ DEMAIN

un colloque organisé par les sections sociale
et du rapport et des études du Conseil d'État

Ouverture du colloque

Bruno Lasserre

vice-président du Conseil d'État

Conclusion des débats

Didier Tabuteau

président de la section sociale du Conseil
d'État

dossier du participant

SOMMAIRE

PROGRAMME	4
PRÉSENTATION DU COLLOQUE	5
SÉANCE D'OUVERTURE.....	5
TABLE RONDE 1 : NOUVELLES PROFESSIONS DE SANTE ET EXERCICES NOUVEAUX DES PROFESSIONS	6
1. Éléments de problématique.....	6
2. Intervenants	6
3. Documentation	8
3.1. Normes applicables	8
3.2. Éléments de jurisprudence	10
- 3.2.1. <i>Jurisprudence du Conseil constitutionnel</i>	10
- 3.2.2. <i>Jurisprudence du Conseil d'État</i>	11
3.3. Articles	14
TABLE RONDE 2 : LES NOUVEAUX ENJEUX DE LA REMUNERATION.....	15
1. Éléments de problématique.....	15
2. Intervenants	15
3. Documentation	17
3.1 Normes applicables	17
3.2. Éléments de jurisprudence	20
- 3.2.1. <i>Jurisprudence du Conseil constitutionnel</i>	20
- 3.2.2. <i>Jurisprudences du Conseil d'État</i>	20
3.3. Articles	26
3.4. Rapports.....	26
TABLE RONDE 3 : MEDECINE DE VILLE ET USAGERS.....	27
1. Éléments de problématique.....	27
2. Intervenants	27
3. Documentation	30
3.1. Normes applicables.....	30
- 3.1.1. <i>Dispositions communautaires</i>	30
- 3.1.2. <i>Dispositions nationales</i>	30
3.2. Éléments de jurisprudence	32
- 3.2.1. <i>Jurisprudences de la Cour de justice de l'Union européenne</i>	32
- 3.2.2. <i>Jurisprudence du Conseil constitutionnel</i>	35
- 3.3.3 <i>Jurisprudences du Conseil d'État</i>	36
3.3. Articles	43
3.4. Rapports.....	43

PROGRAMME

09h30 - 10h00

Propos introductifs

Bruno Lasserre, vice-président du Conseil d'État

10h00 - 11h15

Table ronde n° 1

Nouvelles professions de santé et exercices nouveaux des professions

Président

Didier Truchet.....professeur émérite de l'université Panthéon-Assas

Intervenants

Lionel Collet.....conseiller d'État, rapporteur à la section sociale

Michel Laforcadedirecteur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine

Anne-Laure Rousseaumédecin vasculaire à l'hôpital européen Georges-Pompidou et l'hôpital Robert Debré, présidente de l'association Nhance

11h15 - 12h30

Table ronde n° 2

Les nouveaux enjeux de la rémunération

Président

Didier Tabuteau.....président de la section sociale du Conseil d'État

Intervenants

Jacques Battistoniprésident du syndicat MG France

Natacha Lemairerapporteuse générale du Conseil stratégique de l'innovation en santé, ministère des solidarités et de la santé

Nicolas Reveldirecteur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

14h30 - 16h30

Table ronde n° 3

Médecine de ville et usagers

Présidente

Dominique Le Guludecprésidente de la Haute Autorité de santé (HAS)

Intervenants

Bruno Bachini.....maître des requêtes, rapporteur à la section du contentieux du Conseil d'État

Pascale Fombeurprésidente de la 1^{ère} chambre de la section du contentieux du Conseil d'État

Daniel Guillerm.....président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI)

Katia Juliennedirectrice générale de l'offre de soins (DGOS), ministère des solidarités et de la santé

Gérard Raymond.....président de France Assos Santé

16h30 - 17h00

Séance de clôture

Didier Tabuteau, président de la section sociale du Conseil d'État

PRÉSENTATION DU COLLOQUE

Les Entretiens du Conseil d'État en droit social

Ce colloque s'insère dans le cadre des **Entretiens du Conseil d'État en droit social**.

L'objet de ce cycle est de favoriser les échanges entre les juridictions administratives, les acteurs du secteur social, les praticiens et les universitaires. En prenant appui sur les travaux menés au sein du Conseil d'État et en particulier ceux de la section sociale, il a l'ambition de permettre une meilleure évaluation des acquis et des perspectives de la législation et de la réglementation dans les domaines du travail, de la sécurité sociale, de la santé, des solidarités et de la famille.

Le colloque sur les professions de santé demain

Les professions de santé sont multiples et ont en commune vocation la protection de la santé, qui trouve sa garantie constitutionnelle dans le onzième paragraphe du Préambule de la Constitution de 1946. Le code de la santé publique distingue entre « les professions médicales », les professions de la pharmacie et de la physique médicale, « les auxiliaires médicaux » et d'autres professions, parmi lesquelles les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers ou encore les assistants dentaires.

Dans un système de santé en pleine mutation, du fait de transformations radicales notamment liées à l'organisation de la médecine, à la mondialisation de la santé et à la pénétration de l'intelligence artificielle, l'émergence de nouvelles professions de santé et la transformation de celles existantes, entre prééminence des spécialités techniques et permanence de la figure du médecin libéral, interpellent. Face aux attentes et exigences renouvelées des professionnels et des patients dans l'accès et la structuration des parcours de soins, le bouleversement des métiers et des professions de santé doit être interrogé : quelle place pour la régulation, l'émergence de nouvelles formes de coopération et de rémunération ? Quels sont les progrès attendus des réorganisations à l'œuvre ? Comment combiner modernisation de l'exercice de la profession avec la qualité et l'accessibilité aux soins ? Ce sont ces enjeux fondamentaux qu'entend interroger cette nouvelle édition des entretiens en droit social.

La première table ronde s'intéressera ainsi aux nouvelles professions de santé et nouveaux modes d'exercice de celle-ci. La deuxième portera sur les nouvelles formes de rémunération des professions de santé et les enjeux de celle-ci. La troisième table ronde abordera enfin les enjeux tant de la préservation de la relation « médecin-patient » et de l'accès aux soins de ces derniers, que les problématiques liées à la régulation des installations et à la lutte contre les inégalités territoriales de santé persistantes.

SÉANCE D'OUVERTURE

Bruno Lasserre



Vice-président du Conseil d'État

Bruno Lasserre est né le 4 janvier 1954 à Talence (Gironde). Titulaire d'un diplôme de sciences politiques de l'Institut d'études politiques de Bordeaux (1974) et d'une licence de droit de l'université de Bordeaux (1975), Bruno Lasserre est un ancien élève de l'École nationale d'administration (ENA), promotion « Pierre Mendès France » (1978). À l'issue de sa scolarité à l'ENA, il rejoint le Conseil d'État où il exerce les fonctions de rapporteur à la section du contentieux (1978-1981), responsable du centre de documentation et de recherche juridique (1981-1984), puis de rapporteur public (1984-1986). Après huit années passées au Conseil d'État, il rejoint en 1986 le ministère des postes et télécommunications, dont il devient, en 1989, directeur de la réglementation générale avant d'assurer les fonctions de directeur général des postes et des télécommunications de 1993 à 1997. En 1998, il revient au Conseil d'État comme assesseur à la 10^e chambre de la section du contentieux avant d'en présider, pendant trois ans, la 1^{re} chambre, puis d'occuper, de 2002 à 2004, les fonctions de président adjoint de la section du contentieux. Parallèlement à ces fonctions, il siège au collège du Conseil de la concurrence de 1998 à 2004, avant d'en devenir le président le 28 juillet 2004, fonction qu'il occupera durant près de douze ans, à la tête successivement du Conseil puis de l'Autorité de la concurrence. En octobre 2016, Bruno Lasserre revient au Conseil d'État comme président de la section de l'intérieur. Parallèlement, il est nommé, en avril 2017, président du comité de règlements des différends et des sanctions de la Commission de régulation de l'énergie, fonction qu'il occupe jusqu'en septembre 2018. Bruno Lasserre a été nommé vice-président du Conseil d'État le 16 mai 2018 et a pris ses fonctions le 29 mai 2018.

TABLE RONDE 1 : NOUVELLES PROFESSIONS DE SANTE ET EXERCICES NOUVEAUX DES PROFESSIONS

1. Éléments de problématique

La prééminence progressive des spécialités techniques par rapport à la médecine générale, avec la mise en place des centres hospitaliers universitaires par les ordonnances Debré, et l'émergence de nouveaux métiers ont fait évoluer le rôle du médecin. Si ce dernier demeure au centre du système de santé actuel (l'évolution du nombre de médecins, de 1 pour 1500 habitants en 1880 à 3 pour 1000 aujourd'hui, est à ce titre significative), la figure traditionnelle du médecin de campagne a laissé place aux partages de compétences entre professions de santé et à de nouvelles formes de coopération au niveau des territoires. Les professions de santé se transforment également, dans un système marqué tant par des changements démographiques et sociaux, liés à l'évolution des attentes des patients comme des professionnels, que par les évolutions induites par les progrès médicaux ou les actuelles révolutions technologiques.

Dans ce contexte, l'évolution des périmètres d'intervention des acteurs de la santé, la mise en place de parcours de soins structurés autour des patients, le développement de la télémédecine et l'irruption de l'e-santé et de la santé connectée sont autant d'enjeux amenant à réinterroger l'adaptation des professions de santé et de leurs modes d'exercice aujourd'hui.

2. Intervenants

Président

Didier Truchet



Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas

Agrégé de droit public, Didier Truchet est professeur émérite de l'université Panthéon-Assas. Il a notamment présidé l'Association française de droit de la santé (AFDS), dont il est président d'honneur, le Conseil national du droit et le jury du concours d'agrégation de droit public. Il préside la Société pour l'histoire des facultés de droit et de la culture juridique. Il co-dirige la collection *Thémis Droit* (PUF/Humensis) et le *Jurisclasseur Justice administrative* (LexisNexis). Il a siégé dans plusieurs instances de l'administration sanitaire, et au Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Ses derniers ouvrages sont : *Droit des déontologies* (avec Joël Moret-Bailly), PUF, Thémis, 2016, *Le droit public*, PUF, Que sais-je ?, 4^e éd., 2018 ; *Droit de l'enseignement supérieur* (co-direction avec Bernard Beignier), LGDJ, Lextenso, 2018 ; *Droit administratif*, PUF, Thémis, 8^e éd., 2019, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Memento, 10^e éd. (avec Benoît Apollis), 2020 (à paraître).

Intervenants

Lionel Collet



Conseiller d'État

Docteur en médecine et en biologie humaine, Lionel Collet a été professeur des universités-praticien hospitalier à l'université Claude Bernard Lyon 1 et aux Hospices civils de Lyon, de 1992 à 2013. Il a notamment été chef du service d'audiologie et d'explorations oro-faciales aux Hospices civils de Lyon (2000-2012), a dirigé le laboratoire Neurosciences et systèmes sensoriels CNRS UMR 5020 (1991-2006) et le groupement de recherche CNRS GDR 2213 Prothèses auditives (2000-2004) et présidé l'université Claude Bernard Lyon 1 (2006-2011), la Conférence des présidents d'université (2008-2010), le conseil d'administration de l'agence nationale de santé publique Santé publique France (2016-2017), copiloté la grande conférence de la santé (2015-2016) et coordonné le Conseil stratégique des industries de santé (2015-2017). Il a dirigé le cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Geneviève Fioraso (2012-2013) et occupé les fonctions de conseiller spécial de la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, (2017-2018). Lionel Collet est conseiller d'État depuis le 1^{er} octobre 2013.

Michel Laforcade**Directeur de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine**

Diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) de Bordeaux, titulaire d'un DEA en droit public fondamental et en droit de la santé, ancien élève de l'École nationale de la santé publique (ENSP, devenue EHESP), Michel Laforcade a exercé en tant qu'inspecteur à l'ex-direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) des Landes en 1979, puis à celle de la Charente (1980-83). De 1983 à 1987, il a assuré les fonctions d'économiste de l'Institut national des jeunes sourds de Bordeaux, avant de rejoindre une nouvelle fois la DDASS de la Charente en tant qu'inspecteur principal, puis adjoint au directeur (1987-88). Michel Laforcade a ensuite été nommé à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) d'Aquitaine en charge de la planification des établissements sanitaires et sociaux, de l'analyse de gestion et du contrat de plan État-région (1988-91). Il a après occupé les fonctions de directeur départemental de la DDASS des Landes (de 1991 à 1997), travaillé à la DRASS d'Aquitaine en tant que secrétaire général, en charge du pôle santé publique, puis du pôle social (1997-2004), avant d'être nommé, en avril 2004, directeur de la DDASS de la Dordogne jusqu'en octobre 2009. Il devient alors préfigurateur, puis directeur général, de l'Agence régionale de santé (ARS) du Limousin (2009-12). Il est nommé, en septembre 2012, directeur général de l'ARS d'Aquitaine et, depuis le 1^{er} janvier 2016, de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Michel Laforcade est par ailleurs l'auteur de plusieurs ouvrages dans le champ sanitaire et social, parmi lesquels : *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux, méthodes*, (avec P. Ducalet, Éditions Séli Arslan, 3^{ème} éd., 2008) ; *Politiques sociales de santé* (avec Y. Rayssiguier et J. Jégu, Éditions EHESP, 2^{ème} éd., 2012) ; *L'évaluation interne dans les établissements et services pour personnes handicapés : IME, ITEP, SESSAD, ESAT*, (Éditions De Boeck Supérieur, collection Séli Arslan, 2009).

Dr Anne-Laure Rousseau**Médecin vasculaire à l'hôpital européen Georges-Pompidou et à l'hôpital Robert Debré, présidente de l'association Nhance**

Médecin vasculaire, spécialisée en échographie, le docteur Anne-Laure Rousseau travaille dans le service de chirurgie cardio-vasculaire à l'hôpital européen Georges-Pompidou et en imagerie pédiatrique à l'hôpital Robert Debré à Paris. Elle a commencé à travailler à mi-chemin entre l'ingénierie et la médecine avec sa thèse sur la conception d'un service de télémédecine humanitaire. Anne-Laure Rousseau a créé en 2017 l'ONG Nhance pour appliquer les dernières techniques d'intelligence artificielle au service de la santé pour tous. Les premiers travaux de l'association visent à créer des outils d'assistance en échographie pour les personnels de santé de toutes spécialités au chevet de leurs patients. Elle a également accompagné des start-ups technologiques sur des sujets tels que les réseaux sociaux de médecins, la réalité virtuelle en chirurgie et elle travaille actuellement avec la start-up Nabla Technologies pour créer des solutions basées sur l'intelligence artificielle pour améliorer les soins primaires.

3. Documentation

3.1. Normes applicables

Article L. 1110-12 du code de la santé publique (équipe de soins)

Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L. 4011-1 du code de la santé publique (coopérations entre professionnels de santé)

Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Article L. 4041-1 du code de la santé publique (Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires)

Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral peuvent également être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire.

Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires sont des sociétés civiles régies par les chapitres Ier et II du titre IX du livre III du code civil et par le présent titre.

Article L. 4301-1 du code de la santé publique (exercice en pratique avancée)

I. - Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée :

1° Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées ;

2° Au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou en hôpitaux des armées coordonnée par un médecin ;

3° En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;

c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

II.-Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens sont définies par décret.

III.-Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée à cet effet sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

IV.-Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles [L. 1110-4](#) et [L. 1111-2](#), demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre.

Article L. 6323-1 du code de la santé publique (centres de santé)

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic.

Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.

Article L. 6323-3 du code de la santé publique (maisons de santé)

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de [l'article L. 1411-11](#) et, le cas échéant, de second recours au sens de [l'article L. 1411-12](#) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à [l'article L. 1434-2](#). Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Article L. 631-1 du code de l'éducation (formations de santé/numerus clausus)

I. - Les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique relèvent, par dérogation à l'article L. 611-1, de l'autorité ou du contrôle des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé et donnent lieu à la délivrance de diplômes au nom de l'État. Ces formations permettent l'orientation progressive de l'étudiant vers la filière la plus adaptée à ses connaissances, ses compétences, son projet d'études et ses aptitudes ainsi que l'organisation d'enseignements communs entre plusieurs filières pour favoriser l'acquisition de pratiques professionnelles partagées et coordonnées. Par leur organisation, elles favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

Les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités. Pour déterminer ces capacités d'accueil, chaque université prend en compte les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle de ces formations. Ces objectifs pluriannuels, qui tiennent compte des capacités de formation et des besoins de santé du territoire, sont arrêtés par l'université sur avis conforme de l'agence régionale de santé ou des agences régionales de santé concernées. L'agence régionale de santé ou les agences régionales de santé consultent, au préalable, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie concernées. Les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle sont définis au regard d'objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former établis par l'État pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants

L'admission en deuxième ou en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est subordonnée à la validation d'un parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur et à la réussite à des épreuves, qui sont déterminées par décret en Conseil d'État. [...]

NOTA : Conformément au VII de l'article 1 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, ces dispositions sont applicables à compter de la rentrée universitaire 2020.

3.2. Éléments de jurisprudence

3.2.1. Jurisprudence du Conseil constitutionnel

Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 : loi ratifiant l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique

« [...] SUR L'ARTICLE 24 :

10. Considérant qu'aux termes de l'article 24 de la loi déferée : « À défaut de conclusion un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi d'un avenant conventionnel, pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, pendant un délai de quatre mois, de la faculté de modifier par arrêté, à cet effet, la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005. - Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté peut également modifier les tarifs et rémunérations de médecins relevant de certaines spécialités autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer » ;

11. Considérant que les requérants soutiennent qu'en permettant la création d'un nouveau secteur tarifaire dans le cadre duquel les médecins pourront pratiquer des dépassements d'honoraires « dont la prise en charge par les caisses d'assurance maladie sera relativement plus faible et le reste à charge pour les assurés plus élevé », ces dispositions portent atteinte aux dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 ;

12. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de 1946 : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » ; qu'en vertu de son onzième alinéa : « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé... » ; que l'article 34 de la Constitution dispose que : « La loi détermine les principes fondamentaux... de la sécurité sociale » ;

13. Considérant qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine qui lui est réservé par l'article 34 de la Constitution, d'adopter, pour la réalisation ou la conciliation d'objectifs de valeur

constitutionnelle, des modalités nouvelles dont il lui appartient d'apprécier l'opportunité ; que, cependant, l'exercice de ce pouvoir ne saurait aboutir à priver de garanties légales des exigences constitutionnelles ;

14. Considérant que les dispositions précitées ont pour objet d'enrayer la tendance des praticiens, constatée au cours des dernières années dans certaines disciplines médicales, à délaissé le secteur à tarifs opposables ; qu'elles tendent également à inciter les médecins exerçant ces disciplines et relevant du secteur à honoraires libres à pratiquer les tarifs opposables ; qu'elles ne remettent pas en cause la prise en charge des dépenses de santé des personnes bénéficiant, en raison de leurs faibles ressources, d'une protection particulière ; que dès lors, l'article 24 ne prive pas de garanties légales les exigences constitutionnelles résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de 1946 ;

15. Considérant qu'il s'ensuit que l'article 24 de la loi déferée, qui n'est pas dépourvu de tout lien avec l'objet du projet de loi initial, n'est pas contraire à la Constitution ;

16. Considérant qu'il n'y a lieu, pour le Conseil constitutionnel, de soulever d'office aucune question de conformité à la Constitution, [...] »

3.2.2. Jurisprudence du Conseil d'État

CE, 20 mars 2013, n°337577, inédit (protocoles de coopération)

8. Considérant que les protocoles de coopération ont pour seul objet d'organiser la prise en charge des patients, en opérant entre les différents professionnels de santé des transferts d'activités ou d'actes de soins ou en réorganisant leurs modes d'intervention, sans affecter les conditions juridiques d'exercice des professionnels qui adhèrent au protocole de coopération ; qu'ainsi qu'il a été dit, il résulte de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique que ces protocoles « *précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés* » ; que les dispositions de l'arrêté contesté, qui se bornent à préciser la procédure d'autorisation des protocoles prévus par l'article L. 4011-1 du même code et les conditions d'adhésion à ces protocoles, n'ont eu ni pour objet ni pour effet d'instituer une nouvelle forme d'exercice de la profession d'infirmier ; que, par suite, la fédération requérante n'est pas fondée à soutenir que ces articles porteraient une atteinte illégale aux conditions d'exercice de la profession d'infirmier en instituant une nouvelle forme d'exercice ;

9. Considérant que si les dispositions précitées de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique permettent de déroger aux règles de compétence applicables à différentes professions de santé, notamment aux infirmiers, dans le cadre des protocoles de coopération qu'elles prévoient, les dispositions de l'arrêté attaqué n'affectent pas, par elles-mêmes, les compétences des infirmiers ; que, par suite, les moyens tirés de ce que les protocoles de coopération viseraient à autoriser d'autres professionnels de santé à effectuer des actes réservés aux infirmiers ou pourraient conduire des infirmiers à effectuer des actes relevant de la compétence des médecins sont inopérants à l'encontre de l'arrêté attaqué ;

10. Considérant qu'aucune disposition de l'arrêté attaqué ne prévoit de dérogation à l'interdiction de l'exercice forain de la profession prévue par l'article R. 4312-36 du code de la santé publique ;

11. Considérant que l'organisation, entre des professionnels de santé, d'une « *coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention* » auprès du patient résulte directement des dispositions de l'article L. 4011-1 du même code ; qu'il n'est pas soutenu que les dispositions contestées instaurent des modalités de coopération non prévues par le législateur ; que si la fédération requérante critique la règle selon laquelle, en cas de demande de retrait d'un protocole par un infirmier, un préavis de trois mois est imposé avant que l'infirmier ne soit dégagé des obligations résultant du protocole, cette règle résulte non de l'arrêté attaqué mais de l'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin ; que, par suite, les moyens tirés de ce que l'arrêté attaqué méconnaîtrait l'indépendance professionnelle de l'infirmier, affirmée notamment par l'article R. 4312-9 du code de la santé publique, et l'interdiction de toute forme de compérage, prévue par l'article R. 4312-21 du même code, doivent être écartés ;

12. Considérant qu'aucune disposition de l'arrêté litigieux ne régit la situation des patients ; que, dès lors, le moyen tiré de la violation du principe du libre choix du praticien par le patient ne peut qu'être écarté ;

13. Considérant qu'en vertu des dispositions de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, les professionnels adhérant à un protocole de coopération doivent disposer « *d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole* » ; que l'article 2 de l'arrêté attaqué précise que les professionnels qui demandent à adhérer à un protocole de coopération doivent fournir à l'agence régionale de santé « *une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées par le professionnel de santé exerçant à titre libéral* » et que « *le professionnel de santé exerçant à titre salarié transmet un document fourni par son*

employeur attestant de la souscription d'un contrat d'assurance au titre du quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, sans préjudice de l'attestation d'assurance qu'il est susceptible d'avoir souscrit pour garantir sa responsabilité personnelle » ; que l'arrêté s'est ainsi borné à fixer les documents que les professionnels doivent fournir pour mettre l'agence régionale de santé en mesure de vérifier qu'ils disposent de la garantie assurantielle prévue par la loi ; que, par suite, la fédération requérante ne peut utilement invoquer l'imprécision des transferts d'actes d'activités ou d'actes de soins qui seraient rendus possibles et le risque de résiliation des contrats d'assurance précédemment conclus pour soutenir que l'arrêté serait entaché d'erreur manifeste d'appréciation ;

14. Considérant que si, en vertu de l'article L. 4312-1 du code de la santé publique, l'ordre national des infirmiers « *veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession* » et s'il « *contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins* », ces dispositions n'imposent pas de soumettre l'adhésion d'un infirmier à un protocole de coopération mentionné à l'article L. 4011-1 du même code au contrôle des instances de l'ordre national des infirmiers ; que, dès lors, le moyen tiré de ce que l'arrêté attaqué méconnaîtrait ces dispositions faute d'avoir prévu un tel contrôle ne peut qu'être écarté ;

CE, 9 novembre 2016, n°389717 inédit, (actions de coordination médicales)

« 8. Considérant, en cinquième lieu, que les dispositions des articles 3 et 6 du règlement en cause, qui précisent les engagements que doit respecter la structure de santé « *pluri-professionnelle* » pour recevoir les rémunérations relatives aux actions de coopération entre professionnels de santé, ainsi que les conditions dans lesquelles le respect de ces engagements est contrôlé, demeurent sans incidence sur l'activité de diagnostic, de soins ou de prescription de chaque médecin au sein de cette structure ; qu'en particulier, l'obligation, prévue à l'article 3.2 du règlement, d'une concertation formalisée et régulière entre médecins et autres professionnels de santé au sujet de certaines affections, et de transmission, à sa demande, des comptes rendus de ces réunions au service médical de l'assurance maladie, n'a pas d'incidence sur les actes et prestations réalisés par chaque médecin lors des consultations ; qu'au surplus, les médecins demeurent entièrement libres dans leur choix d'exercer au sein d'une telle structure ; qu'ainsi, ces dispositions ne portent atteinte ni au principe de l'indépendance des médecins ni aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale qui consacrent, dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins ; »

CE, 21 décembre 2018, n°410187, inédit (protocoles organisationnels entre orthoptistes et médecins ophtalmologistes)

10. Considérant en premier lieu, que les dispositions précitées de l'article L. 4342-1 du code de la santé publique ne font pas obstacle à ce que le pouvoir réglementaire, en définissant les actes d'orthoptie et les conditions d'exercice de la profession d'orthoptiste, rende possible la conclusion de protocoles organisationnels entre certains orthoptistes et des médecins ophtalmologistes, ni d'imposer que la conclusion de tels protocoles soit autorisée à tous les praticiens orthoptistes ; que le moyen tiré de la méconnaissance de ces dispositions doit dès lors être écarté ;

11. Considérant en deuxième lieu, que le syndicat requérant soutient que le décret attaqué méconnaîtrait le principe de protection de la santé publique ; qu'il critique à ce titre l'absence de procédure de contrôle préalable du contenu des protocoles organisationnels par l'agence régionale de santé et la Haute autorité de santé, à la différence de la procédure applicable aux protocoles de coopération prévus aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique ; qu'il ressort de ce qui a été dit ci-dessus que les deux types de protocole répondent à un objet différent ; que, eu égard à la définition précise par le décret attaqué de la portée, du champ d'application et des procédures applicables aux protocoles organisationnels, l'absence de contrôle préalable de leur contenu par l'agence régionale de santé et la haute autorité de santé n'est pas de nature à porter atteinte au principe de protection de la santé publique et aux dispositions de l'article L.1110-1 du code de la santé publique, alors que la création de ce dispositif de protocole organisationnel est au contraire fondée sur la recherche d'une meilleure organisation de l'accès des patients aux soins visuels ; que pour le même motif le moyen tiré de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales doit, en tout état de cause, être écarté ; que, si le syndicat requérant soutient que la grande majorité des orthoptistes libéraux ne remplissent pas les conditions prévues par le décret attaqué pour conclure des protocoles organisationnels, une telle circonstance est sans incidence sur la légalité du décret attaqué ; qu'eu égard à l'objet du décret attaqué, l'absence alléguée de mesures transitoires n'est en elle-même pas de nature à porter atteinte au principe de protection de la santé publique ;

12. Considérant, en troisième lieu, que le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que l'autorité investie du pouvoir réglementaire règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'elle déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un comme dans l'autre cas, la différence de traitement

qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la norme qui l'établit et ne soit pas manifestement disproportionnée au regard des motifs susceptibles de la justifier ;

13. Considérant que si le décret attaqué réserve aux seuls orthoptistes exerçant dans les conditions décrites au point 7 ci-dessus, qui ont en commun l'établissement d'une relation de travail pérenne avec un ou plusieurs médecins ophtalmologistes, la possibilité de réaliser les actes prévus aux articles R. 4342-2 et R. 4342-4 à R. 4342-7 dans le cadre d'un protocole organisationnel signé avec ce ou ces médecins ophtalmologistes, et s'il en exclut les praticiens libéraux ne répondant pas à ces conditions, la différence de traitement ainsi instituée entre les orthoptistes est en rapport avec l'objet de la norme qui l'établit, destinée à favoriser, dans l'intérêt de la santé publique, une coopération pluridisciplinaire structurée et de proximité entre professionnels de santé ; que, dès lors que l'ensemble des actes d'orthoptie restent susceptibles d'être réalisés par l'ensemble des orthoptistes sur prescription médicale, et que, contrairement à ce qui est soutenu, elle n'exclut pas par elle-même la conclusion de protocoles organisationnels par des orthoptistes libéraux, à qui il est possible de s'inscrire dans certains des cadres de coopération mentionnés au point 7 ci-dessus, la différence de traitement n'est pas manifestement disproportionnée au regard des motifs susceptibles de la justifier ;

14. Considérant, en quatrième lieu, que, si les requérants invoquent l'atteinte que porterait le décret attaqué à la liberté d'entreprendre et à la liberté du commerce et de l'industrie, il résulte de ce qui a été dit ci-dessus que le décret, s'il réserve, dans le respect du principe d'égalité, à certains praticiens la réalisation de certains actes sans prescription médicale préalable dans le cadre de protocoles organisationnels, ouvre à l'ensemble des praticiens la possibilité de réaliser l'ensemble des actes sur prescription médicale ; que ces dispositions, fondées sur un objectif d'intérêt général tiré de la protection de la santé publique, ne portent ainsi pas une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre ni à la liberté du commerce et de l'industrie ;

15. Considérant, en cinquième lieu, que le décret attaqué, qui ouvre à tous les orthoptistes la faculté de réaliser les actes qu'il prévoit, est sans incidence sur le libre choix du praticien par le patient posé à L. 1110-8 du code de la santé publique ;

16. Considérant, en sixième lieu, que le premier alinéa de l'article R. 4342-2 du code de la santé publique issu du décret attaqué dispose que : " *L'orthoptiste est seul habilité, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel défini à la présente section, à établir un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur.* " ; que, contrairement à ce que soutient l'association requérante, la mention par ces dispositions d'un diagnostic orthoptique ne caractérise pas une méconnaissance des dispositions de l'article L. 4161-1 du même code relatif à l'exercice illégal de la médecine, eu égard au caractère spécialisé du diagnostic en cause, à sa réalisation sur prescription médicale ou en application d'un protocole organisationnel conclu par l'orthoptiste avec un ou des médecins ophtalmologistes et à sa communication au médecin prescripteur ; que dès lors le moyen tiré de la méconnaissance par ces dispositions réglementaires des dispositions combinées de l'article L.4161-1 du code de la santé publique et du 3ème alinéa de l'article L. 4342-1, qui définit les missions de l'orthoptiste, ne peut qu'être écarté ;

17. Considérant, en septième lieu, que le III de l'article R. 4342-2 du code de la santé publique issu du décret attaqué dispose que : " *En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthoptiste est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en orthoptie. Un compte-rendu des actes accomplis dans ces conditions est transmis au médecin dès son intervention.* " ; que, contrairement à ce que soutient l'association requérante, cette disposition, relative aux seuls soins en orthoptie, n'a ni pour objet ni pour effet de faire participer les orthoptistes à l'organisation des soins de premier recours prévus par les dispositions de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique ; que, par suite, le moyen tiré de la méconnaissance de ces dispositions ne peut qu'être écarté ;

CE, 8 novembre 2019, n°424954, aux T. (restriction de la pratique de l'épilation au laser ou à la lumière pulsée)

3. Il résulte de l'interprétation donnée par la Cour de justice de l'Union européenne des stipulations des articles 49 et 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, en particulier par l'arrêt rendu le 19 mai 2009 dans les affaires C-171/07 et C-172/07, que la liberté d'établissement et la libre prestation de services peuvent faire l'objet de restrictions justifiées par des raisons impérieuses d'intérêt général, dès lors que ces mesures s'appliquent de manière non discriminatoire, sont propres à garantir, de façon cohérente, la réalisation de l'objectif qu'elles poursuivent et ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre. La disposition, réservant aux docteurs en médecine la pratique de l'épilation au laser ou à la lumière pulsée, dont le refus d'abrogation est contesté, constitue une restriction à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services.

4. La protection de la santé publique est au nombre des raisons impérieuses d'intérêt général qui peuvent justifier des restrictions à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services. À cet égard, il ressort

des pièces du dossier, notamment du rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail du 5 décembre 2016, mentionné par le ministre chargé de la santé, et il n'est d'ailleurs pas contesté par les requérants, que, même si elle n'a fait l'objet que d'études sur de courtes périodes et si l'évaluation de ses effets à long terme reste peu documentée, la pratique de l'épilation au moyen des techniques du laser et de la lumière pulsée est susceptible de provoquer des effets indésirables, les effets les plus fréquemment rapportés étant des réactions inflammatoires immédiates localisées, moins fréquemment des troubles pigmentaires plus tardifs et, plus rarement, des brûlures cutanées ou oculaires, pouvant être la conséquence d'erreurs de manipulation, de problèmes techniques lors de l'utilisation de l'appareil, de l'absence de prise en compte d'une contre-indication ou de mesures de protection oculaire insuffisantes. Eu égard aux risques qu'elle comporte pour la santé des personnes et aux précautions qu'elle nécessite pour prévenir ces risques, la restriction de la pratique de l'épilation au laser ou à la lumière pulsée repose sur des raisons impérieuses d'intérêt général.

5. En revanche, alors, notamment, que l'article 2 de l'arrêté du 30 janvier 1974 relatif à la réglementation des lasers à usage médical prévoit que ces appareils doivent être " *utilisés par un médecin ou sous sa responsabilité* " et que les appareils à lumière pulsée peuvent être acquis par des particuliers en l'absence de réglementation de leur vente, il ne ressort pas des éléments versés au dossier que seul un médecin puisse manipuler, sans risque pour la santé, des appareils à laser ou des appareils à lumière pulsée et que des mesures mieux adaptées, tenant par exemple à l'examen préalable des personnes concernées par un médecin et à l'accomplissement des actes par des professionnels qualifiés sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin, ne puissent garantir la réalisation de l'objectif de protection de la santé publique poursuivi par la mesure critiquée. Au demeurant, l'article L. 1151-2 du code de la santé publique permet de soumettre la pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée esthétique autres que de chirurgie, si elle présente des risques sérieux pour la santé des personnes, à des règles, à définir par décret, relatives à la formation et à la qualification des professionnels pouvant les mettre en œuvre, à la déclaration des activités exercées et à des conditions techniques de réalisation, ainsi qu'à des règles de bonnes pratiques de sécurité à définir par arrêté du ministre chargé de la santé. Par suite, les requérants sont fondés à soutenir que les dispositions du 5° de l'article 2 de l'arrêté du 6 janvier 1962 méconnaissent, en tant qu'elles réservent ces modes d'épilation aux docteurs en médecine, la liberté d'établissement et la libre prestation de services garanties par les articles 49 et 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

3.3. Articles

E. ALFANDARI, « L'exercice de la médecine face aux mutations du monde libéral », dossier RDSS – 2013/4

F. EON : « L'accélération du numérique en santé : enjeux et conditions de son succès », RDSS 2019, p. 55

M. GUIGANTI, « La notion « d'auxiliaire médicale » et la mutation de la profession infirmière », RDSS 2017, p. 708

R. MARIÉ, « À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », RDSS 2019 p. 74

D. TABUTEAU, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », Droit social 2009, p. 383

D. TRUCHET, « Quels espaces de concurrence pour les services de santé », RGDM 2005, p. 9

Dr J-D ZEITOUN et Pr P. RAVAUD, « L'intelligence artificielle et le métier de médecin », Les Tribunes de la santé – 2019/2, n° 60, p. 31 à 35

TABLE RONDE 2 : LES NOUVEAUX ENJEUX DE LA REMUNERATION

1. Éléments de problématique

La convention médicale de 2016 s'est donné notamment pour objectif de « compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience ». À cette fin, elle organise la rémunération des médecins autour de trois piliers : la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ; la rémunération forfaitaire permettant de prendre en compte l'engagement des professionnels notamment dans le suivi au long cours des patients ; la rémunération versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

L'ambition est de faire évoluer les pratiques et de s'assurer que les objectifs conventionnels fixés seront pris en compte. De même, la rémunération des structures constitue un des leviers de modernisation. En couvrant l'organisation du cabinet et la qualité de service ainsi que la pratique médicale, l'évaluation influe sur le cadre de l'exercice libéral puisque les médecins sont soumis aux objectifs de l'assurance maladie sans avoir la qualité de travailleur subordonné.

La forfaitisation de la rémunération, si elle doit favoriser une certaine harmonisation des pratiques, ne doit pas pour autant conduire à privilégier les actes les plus rémunérateurs au détriment des autres.

2. Intervenants

Président

Didier Tabuteau



Président de la section sociale du Conseil d'État

Didier Tabuteau préside la section sociale depuis juin 2018. Il est également professeur affilié à l'Institut d'études politiques de Paris et professeur associé à l'université Paris Descartes, rédacteur en chef de la revue *Les Tribunes de la santé* et codirecteur de la rédaction du *Journal du droit de la santé* et de l'assurance maladie (JDSAM). Il a été deux fois directeur du cabinet du ministre de la santé (1992-1993 et 2001-2002) et à deux reprises directeur adjoint du cabinet du ministre des affaires sociales (1988-1991 et 1997-2000). Il a dirigé l'Agence du médicament (ANSM) de 1993 à 1997. En 2000, il a été chargé de la préparation du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il est ancien élève de l'École Polytechnique et de l'École nationale d'administration (ENA), docteur en droit et titulaire de l'habilitation à diriger des recherches. Il a publié ou coordonné différents ouvrages parmi lesquels *Droit de la santé* (avec A. Laude et B. Mathieu, PUF, 3e éd. 2012), *Traité de santé publique* (avec G. Brückner et F. Bourdillon, Flammarion, 2e éd. 2007), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (avec P.-L. Bras et G. de Pourville, Presses de Sciences Po, Éd. de santé, 2009), *La judiciarisation de la santé* (avec A. Laude et J. Pariente, Éd. de santé, 2012), deux Que-sais-je ? (PUF) - *La santé publique*, avec A. Morelle (2010) et *Les assurances maladie* avec P.-L. Bras (2012) et *Démocratie sanitaire, Les nouveaux défis de la politique de santé* (Odile Jacob, 2013).

Intervenants

Dr Jacques Battistoni



Président du syndicat MG France

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université de Caen-Normandie, Jacques Battistoni s'installe en qualité de médecin généraliste en 1988, à Ifs (Calvados). De 2000 à 2015, il est élu à l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Basse-Normandie et exerce notamment le mandat de secrétaire général adjoint, entre juin 2006 et juin 2011. Au sein du syndicat MG France, Jacques Battistoni est secrétaire général de 2010 à 2016 et président depuis décembre 2017. Il est par ailleurs vice-président du groupement des professionnels de santé Atrium – Ifs (MSP multi-sites)

Natacha Lemaire



Rapporteuse générale du Conseil stratégique de l'innovation en matière de santé, ministère des solidarités et de la santé

Natacha Lemaire a une expérience d'une quinzaine d'années dans les politiques publiques de santé. À la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), elle a lancé le programme d'accompagnement des patients diabétiques *sophia*, aujourd'hui étendu à tout le territoire national et à l'asthme. Elle a été sous-directrice de la régulation de l'offre de soins à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) où elle était responsable du financement des établissements de santé et de l'organisation de l'offre de soins. Au secrétariat général chargé des ministères sociaux, elle a été chef de service, adjointe au secrétaire général pour les sujets concernant la santé. Elle était responsable du pilotage des agences régionales de santé (ARS) et a assuré la coordination des services du Ministère lors de l'élaboration du projet de loi de modernisation du système de santé pendant l'ensemble du processus législatif, puis de ses textes d'application. Elle a réalisé une année de recherche à l'École de santé publique de Harvard et est maintenant rapporteur général du Conseil stratégique de l'innovation en santé au ministère des solidarités et de la santé. Titulaire d'un DEA de sociologie, elle est également diplômée de l'ESSEC et de l'École nationale d'administration (ENA).

Nicolas Revel



Directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris (1988) et de l'École nationale d'administration (ENA - promotion 1991-1993), Nicolas Revel est d'abord auditeur, puis conseiller référendaire (1996), à la 5^{ème} chambre de la Cour des comptes. Il est ensuite secrétaire général de la préfecture de Hautes-Pyrénées (1997-2000) puis conseiller technique au cabinet du ministre de l'agriculture et de la pêche (2000-2002). En 2002, il réintègre la Cour des comptes comme conseiller référendaire. Nicolas Revel est ensuite directeur adjoint (2003-2008), puis directeur de cabinet (2008-2012) du maire de Paris. Il est par la suite nommé secrétaire général adjoint de la Présidence de la République, en charge des politiques publiques (2012-2014). Le 17 novembre 2014, il est nommé directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

3. Documentation

3.1 Normes applicables

Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions déterminent notamment :

- 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;
 - 2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;
 - 2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ; [...]
 - 13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.
- Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;
- 13° bis Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;
 - 14° (Abrogé) ;
 - 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;
 - 16° (Abrogé) ;
 - 17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins. Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° ;
 - 18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ;
 - 19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
 - 20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;
 - 21° Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ;
 - 22° Le cas échéant, des engagements individualisés et la contrepartie financière associée. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue au même article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et

d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union [...]

Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (expérimentations pour l'innovation dans le système de santé)

I.-Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :

1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

- a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
- c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;
- d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant :

- a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ;
- b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ;
- c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.

II.-Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin :

1° Aux dispositions suivantes :

- a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ;
- b) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;
- c) Les 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;
- d) Les articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, et l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;
- e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ;

2° Aux dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé :

- a) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;
- b) Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;

c) L'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ;

d) L'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ;

e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ;

f) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;

g) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ;

h) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ;

i) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ;

j) Les règles de compétences prévues aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1 ;

3° Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

III.-Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées, le cas échéant après avis conforme de la Haute Autorité de santé, par arrêté des directeurs généraux des agences régionales de santé.

Un conseil stratégique, institué au niveau national, est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation.

Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

Le comité technique saisit pour avis la Haute Autorité de santé des projets d'expérimentation comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Un décret en Conseil d'État précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu.

Les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations selon le niveau territorial ou national de celles-ci, les modalités d'information des patients ainsi que la composition et les missions du conseil stratégique et du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'État.

IV.-Les expérimentations mentionnées au I du présent article dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux mentionnés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure et au financement prévus au III du présent article, qui se substituent à la procédure et au financement prévus au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 précitée.

V.-Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation prévue au présent article sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

Les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du présent code lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation prévues au présent article,

dans le respect des conditions prévues au chapitre Ier du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, sous réserve, le cas échéant, d'adaptations établies par décret en Conseil d'État.

VI.-Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre Ier du présent code ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé.

VII.-Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant.

3.2. Éléments de jurisprudence

3.2.1. Jurisprudence du Conseil constitutionnel

Décision n°2004-504 DC du 12 août 2004 (Loi relative à l'assurance maladie)

16. Considérant que l'article 20 de la loi déferée complète l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale par un II qui dispose que les assurés sociaux acquitteront une participation forfaitaire pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie ; qu'il exonère de cette participation les assurés pour leurs ayants droit mineurs ainsi que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ; qu'il résulte par ailleurs de l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale que les femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité sont également dispensées de cette participation forfaitaire ;

17. Considérant que les requérants soutiennent que cette disposition instaure à la charge des assurés une obligation contraire au principe d'égalité, qu'elle méconnaît le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 et qu'elle est entachée d'incompétence négative ;

18. Considérant, en premier lieu, qu'il était loisible au législateur, afin de satisfaire à l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, de faire supporter aux assurés sociaux une participation forfaitaire pour les actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie ; qu'en instituant une participation de caractère forfaitaire, le législateur n'a pas méconnu le principe d'égalité ;

19. Considérant, en deuxième lieu, que le montant de cette participation devra être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ;

20. Considérant, en troisième lieu, 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 figurent la règle selon laquelle chaque assuré acquitte une participation forfaitaire pour certains actes et consultations pris en charge par l'assurance maladie, ainsi que les exceptions qui lui sont apportées ; qu'en revanche, ressortissent à la compétence du pouvoir réglementaire les modalités d'application de ces principes, à condition qu'elles n'en dénaturent pas la portée ; que, par suite, en déléguant au pouvoir réglementaire la fixation du montant de la participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux, le législateur n'a pas méconnu l'article 34 de la Constitution ;

21. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que, sous la réserve énoncée au considérant 19, les griefs dirigés contre l'article 20 de la loi déferée doivent être écartés ;

3.2.2. Jurisprudences du Conseil d'État

CE, 27 avril 1998, *Syndicat des médecins libéraux*, n°183574, aux T. (organisation expérimentale des filières de soins)

Considérant qu'aux termes des dispositions relatives aux filières et réseaux de soins de l'article L. 162-31-1 inséré dans le code de la sécurité sociale par l'article 6 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : "*I. Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. / Ces actions peuvent consister à mettre en œuvre : 1° Des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de*

l'accès des patients au système de soins ; / 2° Des réseaux de soins expérimentaux (...) / Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils sont agréés par l'autorité compétente de l'Etat, compte tenu de leur intérêt médical et économique, après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professions et établissements de santé. (...) III. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat" ;

Considérant que, pour demander l'annulation du décret du 11 septembre 1996 relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux pris en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, le SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX conteste par la voie de l'exception la légalité des dispositions précitées de l'ordonnance du 24 avril 1996 en tant qu'elles concernent les filières et réseaux de soins ;

Considérant, en premier lieu, qu'il résulte du texte même des dispositions précitées de l'article L. 162-31-1 que n'auront recours aux filières de soins que des bénéficiaires de l'assurance maladie qui auront donné leur accord ; qu'aucune disposition de l'ordonnance ou du décret, ne prévoit que cet accord aurait un caractère irrévocable ; que, par suite, le moyen tiré de ce que la mise en place des filières de soins méconnaîtrait le principe de libre choix du médecin par le malade doit être écarté ;

Considérant, en deuxième lieu, que les dispositions précitées de l'article L. 162-31-1, qui se bornent à prévoir que les filières de soins seront organisées à partir des médecins généralistes chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins, n'ont pas par elles-mêmes pour effet d'instituer une différence de traitement entre les médecins spécialistes ; qu'il ne saurait, par ailleurs, être fait grief aux auteurs de l'ordonnance et du décret attaqué de n'avoir pas défini les modalités de participation aux filières de soins des spécialistes dits de premier recours, lesquelles devront être fixées, le cas échéant, par les conventions, qui, aux termes des articles R. 162-50-1 et R. 162-50-5, insérés dans le code de la sécurité sociale par l'article 2 du décret attaqué, seront passées, d'une part, entre l'État et les caisses nationales d'assurance maladie, d'autre part, entre les promoteurs des actions expérimentales et les organismes d'assurance maladie et qui seront, pour ces dernières, soumises à l'agrément des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; que, par suite, le syndicat requérant n'est pas fondé à soutenir que les auteurs de l'ordonnance auraient porté atteinte au principe d'égalité ;

Considérant, en troisième lieu, que, si les dispositions précitées de l'article L. 162-31-1, qui prévoient que les projets de filières de soins pourront être présentés par toute personne physique ou morale, n'excluent pas que des organismes privés à but lucratif puissent organiser des filières de soins, ces dispositions n'ont par elles-mêmes ni pour objet ni pour effet de déroger au principe de l'indépendance professionnelle et morale des médecins consacré par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, dont le respect devra être garanti par le fonctionnement des filières de soins ; qu'ainsi, le moyen tiré de la méconnaissance du principe de l'indépendance professionnelle et morale des médecins doit être écarté ;

CE, 28 juillet 1999, *Syndicat des médecins libéraux et autres*, n° 202606, aux T. (réseaux de soins et modes de rémunération)

Considérant que les dispositions de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale autorisent, à titre expérimental et pendant une durée limitée, la mise en place de réseaux de soins permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques et instituent à cet effet une procédure spécifique, qui requiert notamment l'avis d'une commission d'orientation et un agrément pour chaque réseau ; que, toutefois, l'article 22 de la loi susvisée du 23 décembre 1998, dont il est prévu que les dispositions s'appliquent à compter du 10 juillet 1998, a ajouté à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale un 12°) qui autorise la ou les conventions à prévoir notamment "*les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux*" ;

Considérant qu'il résulte de ces dispositions, combinées avec celles de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale, que l'autorité administrative, agissant par voie de règlement conventionnel minimal, est habilitée à définir, sans préjudice de l'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, des règles pour la constitution de réseaux de soins associant des médecins exerçant à titre libéral sous l'empire dudit règlement ;

Considérant, toutefois, que les auteurs du règlement conventionnel minimal sont tenus, dès lors qu'ils entendent utiliser la faculté qui leur est ouverte par le 12°) de l'article L. 162-5 du code, de définir les conditions particulières d'exercice de la profession dans le cadre des réseaux de soins ainsi que les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ; qu'en s'abstenant de fixer des règles en ces domaines et en laissant le soin de les régir à un "*cahier des charges fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale*", les auteurs de l'arrêté attaqué ont illégalement délégué la compétence qu'il leur appartenait d'exercer ; que l'illégalité dont se trouve entaché de ce chef le deuxième alinéa de l'article 5 de

l'arrêté attaqué doit entraîner l'annulation des autres dispositions de cet article ainsi que celles de l'article 4 qui forment un ensemble indivisible ;

CE, 1er octobre 2004, Fédération nationale des infirmiers, n° 261747 (forfait de rémunération des membres de l'équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs à domicile)

Considérant qu'aux termes de l'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale : « Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou qui sont salariés des centres de santé sont mises en œuvre pour délivrer des soins palliatifs à domicile. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par les organismes d'assurance maladie. Un contrat, conforme à un contrat type, portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre les professionnels ou les centres de santé et les organismes d'assurance maladie. Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article et établit le contrat type » ;

Considérant qu'il résulte des termes mêmes de ces dispositions que leurs modalités d'application doivent être fixées par un décret en Conseil d'État ; que si l'article R. 162-1-12 du code de la sécurité sociale pris sur ce fondement a prévu que les conventions nationales régissant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et chaque profession de santé fixeraient la valeur mensuelle des forfaits de rémunération qu'il institue au profit des membres de l'équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs à domicile, ni les dispositions relatives au contrat de santé publique de l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale introduites par la loi du 6 mars 2002, ni aucune autre disposition législative ou réglementaire n'a habilité les parties à ces conventions à compléter ou préciser les règles applicables en la matière ; que l'article 1er de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins approuvé par la décision attaquée et son annexe 1 ne se bornent pas à reprendre les termes des dispositions réglementaires prises pour l'application de l'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale précité mais, outre la valeur mensuelle des forfaits de rémunération que définit l'article 2-4 de l'annexe, fixent des règles relatives au contrat régissant les relations entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé pour la délivrance de soins palliatifs à domicile ; que ces stipulations sont, dans cette mesure, illégales ; que, par suite, la FEDERATION NATIONALE DES INFIRMIERS est fondée à demander l'annulation de la décision interministérielle en tant qu'elle a approuvé ces stipulations, qui sont divisibles des autres stipulations de cet avenant ;

CE, 5 novembre 2004, Fédération nationale des infirmiers (contrat de bonne pratique portant sur la démarche de soins infirmiers)

Considérant que les parties à l'avenant contesté ont pu, sans méconnaître les dispositions de l'article L. 162-12-18 précité, ni commettre d'erreur manifeste d'appréciation, ni contredire les objectifs généraux fixés par l'accord de bon usage de soins infirmiers pour les personnes dépendantes résultant de l'article 1er de cet avenant, exiger des professionnels souhaitant adhérer au contrat de bonne pratique portant sur « la démarche de soins infirmiers » institué par l'article 2 la réalisation d'un nombre annuel d'actes compris entre 2 900 et 9 000, dont 3 300 actes infirmiers de soins ;

Considérant que les parties à l'avenant ont pu ne pas prévoir dès l'avenant litigieux les modalités d'actualisation de la rémunération attachée à la souscription du contrat de santé publique créé à l'article 3 pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients diabétiques de plus de 75 ans traités par insuline dès lors qu'elles n'ont ainsi ni méconnu les dispositions de l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale, ni adopté des stipulations qui en dénaturent la portée ; que, contrairement à ce que soutient la fédération requérante, les dispositions de cet article ne sont pas applicables aux contrats de bonne pratique, lesquels sont établis sur le fondement de l'article L. 162-12-18 du même code ;

Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que la FEDERATION NATIONALE DES INFIRMIERS n'est pas fondée à demander l'annulation de la décision approuvant l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmiers en tant qu'elle approuve les articles 2 et 3 de cet avenant ;

CE, 7 avril 2011, Confédération des syndicats médicaux français et autres n°329069, aux T. (contrat d'amélioration des pratiques individuelles)

En ce qui concerne la méconnaissance de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, de la convention nationale prévue par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et de son avenant n° 23 conclu le 29 mars 2007 et approuvé par arrêté du 2 mai 2007 :

Considérant, en premier lieu, que le moyen tiré de ce que les engagements respectifs du médecin et de la caisse primaire ne pourraient résulter que de la seule convention nationale prévue par l'article L. 162-5 ne peut qu'être écarté, dès lors que la décision en cause est édictée en application de l'article L. 162-12-21 qui prévoit que les

médecins conventionnés peuvent adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'UNCAM et comportant des engagements individuels aux fins d'améliorer les pratiques de santé publique ;

Considérant, en second lieu, qu'il résulte des dispositions précitées de l'article L. 162-5 que les conventions médicales déterminent les droits et obligations respectifs des médecins conventionnés et des caisses primaires d'assurance maladie ; que le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, que seuls les médecins conventionnés sont autorisés à signer, fixe des engagements individuels portant sur l'activité de ces médecins ; qu'il résulte de ces dispositions combinées que si le contrat type peut définir des engagements individualisés spécifiques ne coïncidant pas exactement avec ceux résultant de la convention nationale, le respect par le praticien des engagements inscrits dans le contrat type doit être compatible avec celui des obligations qui lui incombent en vertu de la convention nationale ; que si le syndicat LES ENTREPRISES DU MEDICAMENT - LEEM soutient que plusieurs des objectifs et indicateurs du contrat type seraient incohérents par rapport aux référentiels et objectifs fixés par l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins ou contraires à ceux-ci, il ne ressort pas des pièces du dossier que la mise en œuvre du contrat type serait de nature à faire obstacle à la réalisation des objectifs fixés par cet avenant ; qu'il suit de là que le moyen tiré de l'absence de compatibilité de la décision du 9 mars 2009 avec les stipulations de l'avenant n° 23 à la convention nationale doit être écarté ;

CE, 22 octobre 2014, Syndicat des médecins d'Aix et région et autres, n°364384, aux T. (honoraires différents)

8. Considérant qu'il résulte de ces dispositions que les partenaires conventionnels ont compétence pour encadrer la pratique des dépassements d'honoraires qu'ils autorisent et en contrôler l'évolution ; que, par suite, en prévoyant à l'article premier de l'avenant litigieux l'obligation, pour les médecins autorisés, en application de la convention, à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit à dépassement permanent, de fixer et de moduler le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit, ainsi qu'un engagement à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la convention, les partenaires conventionnels n'ont pas excédé leur compétence ; que, par ailleurs, la circonstance que le code de déontologie médicale, à l'article R. 4127-53 du code de la santé publique, impose aux médecins de déterminer leurs honoraires avec tact et mesure et que l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale fasse obligation aux organismes locaux d'assurance maladie de communiquer à l'ordre compétent les informations susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé ne saurait faire obstacle à ce que les partenaires conventionnels exercent cette compétence qu'ils tiennent des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du même code ; qu'ils avaient de même compétence pour charger la commission paritaire nationale instituée par la convention du suivi et de l'évaluation des engagements des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et des médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent et pour créer un observatoire sur les pratiques tarifaires, composé d'experts désignés par les partenaires conventionnels, chargé notamment de suivre l'évolution des pratiques tarifaires des mêmes praticiens ;

9. Considérant que si la modération de la pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et des médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent ne peut suffire à atteindre l'objectif mentionné par l'avenant de garantir l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus modestes, elle s'inscrit, en tout état de cause, dans le cadre de différentes mesures prévues par l'avenant, parmi lesquelles la pratique des actes aux tarifs opposables pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé ; que la circonstance qu'un faible nombre de médecins pratiqueraient des honoraires excessifs ne remet pas en cause l'opportunité d'un effort de modération de la pratique tarifaire de l'ensemble des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et des médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent ; que, par suite, le moyen tiré de l'erreur manifeste d'appréciation dont les stipulations de l'avenant relatives à la modération de cette pratique seraient entachées doit être écarté ; qu'en prévoyant un tel engagement dans la convention médicale, les partenaires conventionnels n'ont pas plus commis d'erreur de droit ni méconnu l'exigence d'intelligibilité de la règle de droit ;

10. Considérant qu'en vertu de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le bénéfice des dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées respectent des règles définies par décret en Conseil d'État, qui portent notamment sur l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de certains dépassements d'honoraires ; qu'en prévoyant que les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent pratiquent leurs actes aux tarifs opposables pour les patients qui disposent de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les partenaires conventionnels n'ont pas modifié les règles que doivent respecter les opérations d'assurance éligibles à cette aide mais ont encadré la pratique des dépassements d'honoraires autorisés par la convention, ainsi qu'ils avaient compétence pour le faire ; que, par suite, le moyen tiré de ce qu'ils auraient empiété sur la compétence du décret en Conseil d'État prévu par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale doit être écarté ;

Sur la validité des articles 3 et 11 de l'avenant, relatifs aux sanctions encourues en cas de pratique tarifaire excessive :

11. Considérant que l'avenant litigieux prévoit une sanction spécifique, prononcée par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie après examen par la commission paritaire régionale, en cas de pratique tarifaire excessive d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaire du droit à dépassement permanent ;

En ce qui concerne le principe de la sanction et les pratiques susceptibles d'être sanctionnées :

12. Considérant, en premier lieu, que, ainsi qu'il a été dit au point 8 ci-dessus, les dispositions combinées des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale permettent aux parties à la convention d'encadrer la pratique des dépassements d'honoraires et d'en contrôler l'évolution, en dépit des dispositions des articles R. 4127-53 du code de la santé publique et L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale ; qu'ils sont par suite également compétents pour définir les sanctions applicables aux médecins en cas de non-respect des obligations conventionnelles ; qu'ainsi, le moyen tiré de l'incompétence des partenaires conventionnels doit être écarté ;

13. Considérant, en deuxième lieu, qu'en vertu de l'article R. 4127-1 du code de la santé publique, les infractions aux dispositions du code de déontologie des médecins relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre ; qu'en outre, l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale dispose que : « *Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins (...) à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des médecins (...) dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (...)* » ; que la sanction pour pratique tarifaire excessive, prévue par l'avenant litigieux, de même que la sanction de suspension du droit permanent à dépassement ou du droit de pratiquer des honoraires différents, relève d'une procédure distincte de celles qui sont susceptibles d'être engagées à raison de manquements relatifs à l'exercice de la profession, notamment au code de déontologie, qui relèvent de la compétence des juridictions ordinaires, ou à raison d'abus relevés à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux, qui relèvent de la compétence des juridictions du contentieux du contrôle technique ; que, par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que l'avenant litigieux méconnaît les dispositions relatives à ces juridictions en ce qu'il donne aux directeurs des caisses primaires d'assurance maladie un pouvoir de sanction en cas de pratique tarifaire excessive et qu'il ne subordonne plus la sanction de suspension du droit permanent à dépassement ou du droit de pratiquer des honoraires différents à l'intervention d'une décision du conseil de l'ordre sanctionnant le non-respect du tact et de la mesure ;

14. Considérant, en troisième lieu, qu'aux termes de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « *La loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée* » ; que les principes ainsi énoncés ne concernent pas seulement les peines prononcées par les juridictions pénales mais s'étendent à toute sanction ayant le caractère d'une punition ;

15. Considérant, d'une part, qu'appliquée en dehors du droit pénal, l'exigence d'une définition des manquements sanctionnés se trouve satisfaite, en matière administrative, par la référence aux obligations auxquelles l'intéressé est soumis en vertu des lois et règlements en raison de l'activité qu'il exerce, de la profession à laquelle il appartient ou de l'institution dont il relève ; que les parties à la convention, lorsqu'elles assortissent de sanctions, ainsi qu'il leur est loisible de le faire, les manquements aux obligations qu'elles déterminent, doivent définir ces obligations de façon suffisamment claire pour permettre aux praticiens qui décident d'exercer sous le régime conventionnel de connaître de façon raisonnablement prévisible les pratiques qui les exposent à une sanction ;

16. Considérant que, par son article 3, l'avenant litigieux prévoit, au nombre des manquements susceptibles d'être sanctionnés, les pratiques tarifaires excessives des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ; qu'il prévoit que le caractère excessif de la pratique tarifaire s'apprécie au regard de tout ou partie de quatre critères, qui sont le taux de dépassement, le taux de croissance annuel de ce taux, la fréquence des actes avec dépassement et la variabilité des honoraires pratiqués, enfin, le dépassement annuel moyen par patient ; que l'appréciation tient également compte de la fréquence des actes par patient, du volume global d'activité du professionnel, du lieu d'implantation du cabinet, de la spécialité pratiquée et des niveaux d'expertise et de compétence du praticien ; qu'en outre le préambule à l'avenant mentionne un taux de dépassement de 150 % à titre de « repère » ; qu'enfin, la caisse primaire d'assurance maladie qui constate qu'un praticien a une pratique tarifaire excessive au regard des critères mentionnés ci-dessus lui adresse un avertissement, comportant les éléments susceptibles de caractériser cette pratique excessive et des valeurs moyennes permettant une comparaison avec les médecins de la même spécialité ; que le praticien peut être sanctionné s'il n'a pas modifié sa pratique tarifaire à l'issue d'un délai de deux mois à compter de la réception de cet avertissement ;

17. Considérant, par ailleurs, que si, en vertu de l'article 11 de l'avenant, le directeur général de l'UNCAM définit « les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction », ces principes n'ont ni pour objet ni pour effet de définir les manquements susceptibles de sanctions mais doivent être regardés comme des lignes directrices destinées à harmoniser la pratique des caisses primaires d'assurance maladie ;

18. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le moyen tiré de ce que l'avenant litigieux méconnaîtrait le principe de légalité des délits doit être écarté ;

19. Considérant, d'autre part, que le principe de proportionnalité des peines, qui découle de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, ne fait pas obstacle à ce que les mêmes faits commis par une même personne puissent faire l'objet de poursuites différentes aux fins de sanctions en application de corps de règles distincts ; que si l'éventualité que soient engagées deux procédures peut ainsi conduire à un cumul des sanctions, le principe de proportionnalité implique qu'en tout état de cause, les sanctions éventuellement prononcées ne dépassent pas la plus lourde de l'une des sanctions encourues ; que les stipulations contestées ne permettent le prononcé d'une sanction qu'à l'issue d'une procédure contradictoire mettant le praticien à même de faire valoir, le cas échéant, qu'il a déjà fait l'objet d'une sanction ordinaire ou d'une sanction prononcée au titre du contrôle technique pour des faits que le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie envisage de sanctionner ; que, de même, les juridictions ordinaires et les juridictions du contentieux du contrôle technique ne peuvent prononcer une sanction qu'à l'issue d'une procédure contradictoire ; que, dans l'hypothèse où les mêmes faits donneraient lieu à deux procédures, il appartiendrait aux autorités compétentes de veiller au respect de l'exigence que les sanctions ainsi prononcées ne dépassent pas, prises dans leur ensemble, la plus lourde des sanctions encourues ; que les requérants ne peuvent utilement invoquer ni l'article 14 paragraphe 7 du pacte international relatif aux droits civils et politiques, qui énonce une règle « non bis in idem » qui ne trouve à s'appliquer que dans le cas où une même infraction pénale ayant déjà donné lieu à un jugement définitif de condamnation ou d'acquiescement ferait l'objet d'une nouvelle poursuite et, le cas échéant, d'une condamnation par une juridiction répressive, ni l'article 4 du protocole n° 7 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui prévoit une règle similaire qui ne trouve à s'appliquer, selon les réserves faites par la France en marge de ce protocole, dont la validité n'est pas contestée, que pour les infractions relevant en droit français de la compétence des tribunaux statuant en matière pénale, ni l'article 50 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ni les articles 54 à 58 de la convention d'application de l'accord de Schengen, eu égard à leur champ d'application ;

20. Considérant, en quatrième lieu, qu'en prévoyant que le caractère excessif de la pratique tarifaire s'apprécie au regard des critères mentionnés au point 16 ci-dessus, en tenant également compte de la fréquence des actes par patient, du volume global d'activité du professionnel, du lieu d'implantation du cabinet, de la spécialité pratiquée et des niveaux d'expertise et de compétence du praticien et qu'en mentionnant dans le préambule à l'avenant, à titre de repère, un taux de dépassement de 150 %, les parties n'ont entaché l'avenant litigieux d'aucune erreur manifeste d'appréciation ; que ce taux de 150%, qui vise les honoraires dépassant deux fois et demie le tarif opposable, ne méconnaît pas l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la norme et n'est pas de nature à remettre en cause l'exercice libéral de la médecine ;

CE, 26 avril 2018, Syndicat Alliance des professionnels de santé et autres, n°406229, aux T. (légalité de la convention médicale de 2016)

Sur les stipulations conventionnelles réservant certains avantages à certaines catégories de médecins :

10. En premier lieu, la convention prévoit à son article 16.2 une « *majoration de coordination* » applicable à la consultation du médecin correspondant qui reçoit un patient pour des soins itératifs à la demande de son médecin traitant, de même qu'à la consultation du médecin en accès spécifique, lorsque l'un et l'autre assurent un retour d'information au médecin traitant. Les parties à la convention étaient compétentes, sur le fondement des dispositions du 8° de l'article L. 162-5 précité du code de la sécurité sociale, pour créer une telle majoration, qui vise à favoriser la mise en œuvre du dispositif de « *coordination des soins* » défini par l'article L. 162-5-3 du même code et, ainsi, à renforcer la qualité des soins.

11. En deuxième lieu, l'annexe 26 à la convention fixe, pour certains actes de la classification commune des actes médicaux à caractère technique, des tarifs plus élevés, correspondant aux « *tarifs cibles* » envisagés lors de l'adoption de cette classification par la décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, qui sont applicables aux médecins ayant choisi d'exercer en secteur à honoraires opposables ou d'adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée définis aux articles 40 et suivants de la convention, tandis que restent applicables aux autres praticiens les tarifs antérieurs à l'entrée en vigueur de l'arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre

les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixant la hiérarchisation des actes inscrits sur la liste établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels, qui n'étaient pas privés de la compétence qu'ils tiennent de l'article L. 162-14-1 du même code pour en fixer les tarifs, étaient compétents pour prévoir, sur ce fondement, des tarifs différents selon que les médecins ont, ou non, choisi d'exercer en secteur à honoraires opposables ou de prendre des engagements de modération de leurs dépassements d'honoraires dans le cadre de la convention médicale, ayant pour effet une hiérarchisation différente selon le secteur conventionnel ou les engagements souscrits par les praticiens.

12. En troisième lieu, il résulte des stipulations des sous-titres 3 « Option pratique tarifaire maîtrisée » et 4 « Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique » du titre 4 de la convention que celle-ci prévoit un système optionnel par lequel les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, les médecins titulaires des titres donnant accès à ce secteur mais installés avant le 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables et les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement peuvent s'engager à respecter un taux maximal de dépassement et un taux minimal d'activité réalisée au tarif opposable, correspondant à leur pratique des trois années précédant l'entrée en vigueur de la convention, le taux moyen de dépassement ne pouvant en outre excéder 100 %. En contrepartie de cet engagement, la convention prévoit que sont applicables les mêmes tarifs de remboursement, y compris les majorations tarifaires, qu'aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et, pour la première des deux options, instaure, sur le fondement du 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, une rémunération spécifique en fonction du respect des engagements pris.

13. En prévoyant ainsi l'application de tarifs de remboursement plus favorables au profit des médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et des médecins ayant pris l'engagement de ne pas dégrader leur pratique tarifaire des trois années précédant l'entrée en vigueur de la convention et de respecter un taux moyen de dépassement inférieur à 100 %, les parties à la convention ont pris en considération, dans le but d'encourager les pratiques tarifaires permettant d'améliorer l'accès aux soins, des différences de situation entre les médecins selon leur secteur d'exercice ou les engagements souscrits, lesquels pouvaient être définis pour partie par référence à leur pratique antérieure. En particulier, une telle référence, combinée au plafonnement uniforme du taux moyen de dépassement, est conforme à l'objectif poursuivi de modération tarifaire et ne crée pas de discrimination illégale entre praticiens. Il ne saurait être sérieusement soutenu, en tout état de cause, qu'elle inciterait à pratiquer des dépassements de niveau élevé pour bénéficier, dans des conditions plus avantageuses, d'un dispositif semblable susceptible d'être proposé à l'avenir.

14. En outre, la différence de traitement que les stipulations mentionnées au point 12 introduisent entre les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents, selon un choix qu'ils exercent librement de souscrire ou non aux options ouvertes, ne revêt pas un caractère disproportionné au regard de la différence de situation entre ces médecins, compte tenu des contraintes et des avantages qui s'attachent à ces options.

15. Enfin, si elles font dépendre les droits à remboursement de l'assuré des modalités d'exercice du médecin qu'il consulte, ces stipulations sont sans incidence sur la liberté du patient de choisir son médecin. Par suite, les requérants ne sauraient soutenir qu'elles méconnaîtraient le principe du libre choix du médecin par le malade, tel que rappelé aux articles L. 162-2 du code de la sécurité sociale et L. 1110-8 du code de la santé publique, non plus que l'égalité qui doit exister entre les assurés sociaux.

3.3. Articles

A-S. GINON, « La pertinence des soins, nouvelles valeur du système de santé ? », RDSS 2018, p. 428

S. HAAS, « Tarification, qualité et juste soin », Journal du droit de la santé n°24, 2019, p. 27

R. MARIÉ, « Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux », RDSS 2013 p. 615

M-L. MOQUET-ANGER, « Sur la conformité à la Constitution du droit à dépassement d'honoraires réservés à l'activité libérale à l'hôpital », RDSS 2019, p. 1043

3.4. Rapports

Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné, rapport remis par J-M. AUBERT à la ministre des solidarités et de la santé, janvier 2019

Rapports 2018 et 2019 au Parlement sur *Les expérimentations innovantes en santé* (article 51 de la LFSS pour 2018)

TABLE RONDE 3 : MEDECINE DE VILLE ET USAGERS

1. Éléments de problématique

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a mis en exergue l'objectif de décroisement de l'offre de soins et des parcours et carrières des professionnels de santé, notamment par le développement d'une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le médico-social. Cet objectif rejoint celui constamment réaffirmé de la réduction des inégalités de santé territoriales, qui passe notamment par la lutte contre les déserts médicaux et le développement de nouvelles formes de régulation de l'installation en vue de garantir aux patients l'accès aux soins de proximité et la structuration de véritables parcours de soins. La question de l'accès financier aux soins ne doit par ailleurs pas être négligée, le reste à charge demeurant au cœur des préoccupations des associations de patients.

Dans ce cadre, également caractérisé par la révolution numérique, la relation « médecin-patient » demeure mais est appelée à évoluer. Les nouvelles modalités de communication, de partage et de diffusion de l'information médicale doivent être interrogées afin de préserver d'une part les droits des malades et l'impératif du secret médical tout en améliorant d'autre part l'information des patients dans le respect des règles déontologiques

2. Intervenants

Présidente

Dominique Le Guludec **Présidente de la Haute Autorité de santé**



Après un clinat en cardiologie à l'hôpital Antoine Bécère (Paris XI), Dominique Le Guludec se spécialise en biophysique et en médecine nucléaire à l'hôpital Bichat (Paris VII). Elle y est responsable du service de médecine nucléaire, puis du pôle imagerie médicale. Sur le plan de la recherche, Dominique Le Guludec a été responsable de l'Equipe Inserm "Cardio-Vascular Imaging", Equipe 4, Unité 1148, de plusieurs programmes d'innovation nationaux et européens dans l'imagerie et les nanotechnologies. Elle a exercé des fonctions d'enseignement, a été membre du Conseil de gestion restreint de Paris 7 et est membre du Conseil national des universités (CNU section 4301) Biophysique et Médecine Nucléaire depuis 2011. Dominique Le Guludec a par ailleurs occupé des fonctions administratives, notamment la présidence de la Commission médicale d'établissement du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Nord (HUPNVS) et du conseil d'administration de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (2013- 2017). Enfin, elle a eu une activité scientifique au niveau international (Présidente du Cardio-Vascular Committee of the European Association of Nuclear Medicine (2002-06), Membre du European Council of Nuclear Cardiology (2005-2013), Membre de l'Executive Committee of EANM, (2011-2013), avant de prendre, en 2017, la présidence du collège de la Haute Autorité de santé.

Intervenants

Bruno Bachini



Maître des requêtes, rapporteur à la section du contentieux du Conseil d'État

Diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris et ancien élève de l'École nationale d'administration (ENA), promotion « René Char » (1995), Bruno Bachini a d'abord été rapporteur (1995-1999), puis commissaire du gouvernement (1999-2000) au tribunal administratif de Paris. Il a ensuite été conseiller des affaires étrangères à la direction de l'Europe continentale du ministère des affaires étrangères (2000-2002), commissaire du gouvernement au tribunal administratif de Paris (2002-2003), rapporteur puis rapporteur public à la Cour administrative d'appel de Paris (2003-2010). En 2010, il entre au Conseil d'État en qualité de maître des requêtes à la section du contentieux et à la section de l'administration (à partir de 2013). En 2018, il a été rapporteur de l'étude du Conseil d'État sur *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité* (La Documentation française, 2018). Bruno Bachini a par ailleurs été maître de conférences en droit public à l'IEP de Paris (1998-2015) et intervenant à l'École de formation des barreaux de Paris (2005-2017). Il est membre de l'Association des juges administratifs français, italiens et allemands (depuis 1997).

Pascale Fombeur



Présidente de la 1^{ère} chambre de la section du contentieux du Conseil d'État

Diplômée de l'Institut d'études politiques de Paris, ancienne élève de l'École nationale d'administration (ENA), Pascale Fombeur intègre le Conseil d'État en 1994, au sein de la section du contentieux, puis de la section sociale. Elle y exerce ensuite les fonctions de coresponsable du centre de documentation en 1998 et 1999, de commissaire du gouvernement auprès de la 1^{ère} sous-section du contentieux de 2000 à 2003 et de secrétaire générale adjointe, chargée de la gestion des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, de 2003 à 2007. En 2007, elle devient directrice des affaires civiles et du sceau au ministère de la justice. Réintégrant le Conseil d'État en 2010, elle y est nommée présidente de la 1^{ère} chambre de la section du contentieux en 2013. Elle a par ailleurs été membre du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine.

Daniel Guillerm



Président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI)

Infirmier diplômé d'État de formation, titulaire d'une licence de sciences sanitaires et sociales et d'une maîtrise en santé publique, Daniel Guillerm est, depuis 2019, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI) dont il était jusqu'alors vice-président délégué. Il est par ailleurs président fondateur de la société Sphère Consulting Santé (2013) et a présidé pendant 4 ans (2015-2018) la Commission scientifique indépendante des professions paramédicales à l'Agence nationale du développement professionnel continu. Daniel Guillerm est membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP), président de la Fédération française des praticiens de santé (FFPS) et directeur de publication du mensuel *Avenir & Santé*, presse professionnelle de la FNI. Il est également président de l'Agence pour la formation continue des professionnels infirmiers libéraux (AFCOPIIL).

Katia Julienne**Directrice générale de l'offre de soins, ministère des solidarités et de la santé**

Administratrice civile hors classe, élève de l'École nationale d'administration (promotion « Nelson-Mandela »), Katia Julienne a occupé diverses fonctions d'encadrement supérieur dans la sphère ministérielle. De 2001 à 2003, elle a exercé à la direction générale de l'action sociale (DGAS, devenue DGCS) sur les questions de l'enfance handicapée avant de rejoindre la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en tant que chargée de mission auprès de la sous-directrice chargée des questions d'observation de la solidarité. De juin 2004 à juin 2007 au Centre national d'art et de culture Georges-Pompidou, Katia Julienne a été cheffe du service chargé du développement social et de la formation, adjointe au directeur des ressources humaines. Au terme de ce mandat, elle a été nommée à la tête de la division des affaires communautaires et internationales de la direction de la sécurité sociale (DSS) et sous-directrice du financement du système de soins au sein de cette même direction de 2010 à 2013. Katia Julienne a ensuite intégré la DGCS en tant que cheffe de service chargée des politiques sociales et médicosociales et adjointe à la directrice générale jusqu'en 2015, puis la DGOS comme cheffe de service, adjointe au directeur général jusqu'en avril 2018. Elle est alors nommée directrice générale de la Haute Autorité de santé (HAS). Depuis, septembre 2018 elle occupe le poste de directrice générale de l'offre de soins.

Gérard Raymond**Président de France Assos Santé**

Patient diabétique de type 1, dirigeant associatif bénévole, Gérard Raymond a travaillé en 1985 avec une équipe de professionnels de l'hôpital de Toulouse sur le développement de l'activité physique et sportive chez les personnes atteintes de diabète, puis il a créé une association de patients en Midi-Pyrénées et s'est rapidement retrouvé au bureau national de la Fédération française des diabétiques. Gérard Raymond a beaucoup œuvré pour faire de l'association un véritable acteur de santé et traduire concrètement la conviction que des patients peuvent, s'ils sont formés, accompagner d'autres patients : c'est la naissance du concept de Patient Expert AFD et de l'accompagnement « Elan solidaire ». Président de la Fédération française des diabétiques, de 2015 à 2019, il en est devenu ensuite le second lien, le porte-parole extérieur. Il a été élu Président de France Assos Santé le 19 juin 2019 et reste administrateur au sein de la fédération à ce jour.

3. Documentation

3.1. Normes applicables

3.1.1. Dispositions communautaires

Article 49 TFUE

« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un État membre dans le territoire d'un autre État membre sont interdites. Cette interdiction s'étend également aux restrictions à la création d'agences, de succursales ou de filiales, par les ressortissants d'un État membre établis sur le territoire d'un État membre. La liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice, ainsi que la constitution et la gestion d'entreprises, et notamment de sociétés au sens de l'article 54, deuxième alinéa, dans les conditions définies par la législation du pays d'établissement pour ses propres ressortissants, sous réserve des dispositions du chapitre relatif aux capitaux. »

Article 56 TFUE

« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation (...) ».

3.1.2. Dispositions nationales

Article L. 1111-7 du code de la santé publique (accès au dossier médical)

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'[article 459 du code civil](#), a accès à ces informations dans les mêmes conditions. [...]

Article L. 1111-13-1 du code de la santé publique (espace numérique de santé)

I.-L'espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. La personne ou son représentant légal est informé de l'ouverture de l'espace numérique de santé, des conditions de fonctionnement de cet espace, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de données de santé dans un espace numérique et des modalités de sa clôture en application du 3° du IV. La personne concernée ou son représentant légal est également informé des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture de l'espace numérique de santé.

Chaque titulaire dispose gratuitement de son espace numérique de santé.

Pour chaque titulaire, l'identifiant de son espace numérique de santé est l'identifiant national de santé mentionné à l'article [L. 1111-8-1](#) lorsqu'il dispose d'un tel identifiant. Pour le bénéficiaire de l'aide médicale de l'État mentionnée à l'[article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles](#), l'identifiant de son espace numérique de santé est créé selon des modalités précisées par le décret en Conseil d'État mentionné au V du présent article.

II.-L'espace numérique de santé est accessible en ligne à son titulaire, ou au représentant légal de celui-ci, dûment identifié et authentifié. Il permet au titulaire d'accéder à :

- 1° Ses données administratives ;
- 2° Son dossier médical partagé ;

3° Ses constantes de santé éventuellement produites par des applications ou des objets connectés référencés en application du III ou toute autre donnée de santé utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ;

4° L'ensemble des données relatives au remboursement de ses dépenses de santé ; [...]

IV.-Le titulaire ou son représentant légal est le seul gestionnaire et utilisateur. Il peut décider que son espace ne contient pas un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 7° du II du présent article ou n'y donne pas accès.

À tout moment, il peut décider :

1° De proposer un accès temporaire ou permanent à tout ou partie de son espace numérique de santé à un établissement de santé, à un professionnel de santé ou aux membres d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 ou de mettre fin à un tel accès ;

2° D'extraire des données de l'espace numérique de santé en application des dispositions relatives au droit d'accès et à la portabilité des données prévues par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/ CE (règlement général sur la protection des données) ;

3° De clôturer son espace numérique de santé ou un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 7° du II du présent article. Le décès du titulaire entraîne la clôture de son espace numérique de santé.

À compter de la clôture de l'espace numérique de santé, faute de demande expresse de destruction de son contenu par son titulaire ou le représentant légal de celui-ci, ledit contenu est archivé pendant dix ans, période pendant laquelle il reste accessible à son titulaire, son représentant légal, ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans les conditions et limites prévues au V de l'article L. 1110-4.

La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et lors de la conclusion ou de l'application de tout autre contrat, à l'exception des contrats relatifs aux services et outils numériques référencés en application du III du présent article.

Une personne mineure peut s'opposer à la saisie dans son espace numérique de santé, dans un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 7° du II du présent article ou dans son dossier pharmaceutique de toute donnée relative aux prises en charge réalisées dans les conditions prévues aux articles [L. 1111-5](#), [L. 1111-5-1](#), [L. 2212-7](#) et [L. 6211-3-1](#) ou relative au remboursement desdites prises en charge et des produits de santé prescrits ou administrés.

V.-Les conditions et les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L. 1111-14 du code de la santé publique (dossier médical partagé)

Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles [L. 1110-4](#) et [L. 1110-4-1](#) et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé.

À cette fin, il est créé un identifiant du dossier médical partagé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.

La Caisse nationale de l'assurance maladie assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.

Ce dossier médical partagé est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel dans le respect de l'article [L. 1111-8](#).

L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à [l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale](#), et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical partagé de la personne prise en charge par le médecin.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables dès que l'utilisation du dossier médical partagé est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section.

3.2. Éléments de jurisprudence

3.2.1. Jurisprudences de la Cour de justice de l'Union européenne

CJUE, 4 mai 1997, affaire C-339/15 (publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires)

58 Il convient de rappeler que, lorsqu'une mesure nationale se rapporte à la fois à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services, la Cour examine la mesure en cause, en principe, au regard de l'une seulement de ces deux libertés s'il s'avère que, dans les circonstances de l'affaire au principal, l'une d'elles est tout à fait secondaire par rapport à l'autre et peut lui être rattachée [arrêt du 26 mai 2016, *NN (L) International*, C-48/15, EU:C:2016:356, point 39 et jurisprudence citée].

59 Or, tel est le cas en l'espèce.

60 En effet, dans la mesure où l'élément transfrontalier rendant applicable les dispositions du traité garantissant les libertés de circulation est constituée par le déplacement de destinataires de services établis dans un autre État membre (voir, en ce sens, arrêt du 11 juin 2015, *Berlington Hungary e.a.*, C-98/14, EU:C:2015:386, point 26), il convient de répondre à la sixième question au regard de l'article 56 TFUE.

61 À cet égard, il résulte d'une jurisprudence constante de la Cour que doivent être considérées comme des restrictions à la libre prestation des services toutes les mesures qui interdisent, gênent ou rendent moins attrayant l'exercice de cette liberté (voir, en ce sens, arrêts du 17 juillet 2008, *Corporación Dermoestética*, C-500/06, EU:C:2008:421, point 32 ; du 22 janvier 2015, *Stanley International Betting et Stanleybet Malta*, C-463/13, EU:C:2015:25, point 45, ainsi que du 28 janvier 2016, *Laezza*, C-375/14, EU:C:2016:60, point 21).

62 Il y a lieu également de rappeler que, en particulier, la notion de « restriction » couvre les mesures prises par un État membre qui, quoique indistinctement applicables, affectent la libre circulation de services dans les autres États membres (arrêt du 12 septembre 2013, *Konstantinides*, C-475/11, EU:C:2013:542, point 45 et jurisprudence citée).

63 Or, une législation nationale qui interdit, de manière générale et absolue, toute publicité pour une certaine activité est de nature à restreindre la possibilité, pour les personnes exerçant cette activité, de se faire connaître auprès de leur clientèle potentielle et de promouvoir les services qu'ils se proposent d'offrir à cette dernière.

64 Par conséquent, une telle législation nationale doit être considérée comme emportant une restriction à la libre prestation des services.

65 S'agissant de la justification d'une telle restriction, des mesures nationales susceptibles de restreindre l'exercice des libertés fondamentales garanties par le traité ne peuvent être admises qu'à la condition qu'elles poursuivent un objectif d'intérêt général, qu'elles soient propres à garantir la réalisation de celui-ci et qu'elles n'aillent pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi (arrêt du 12 septembre 2013, *Konstantinides*, C-475/11, EU:C:2013:542, point 50 et jurisprudence citée).

66 En l'occurrence, la juridiction de renvoi a indiqué que la législation nationale en cause au principal vise à protéger la santé publique ainsi que la dignité de la profession de dentiste.

67 Il y a lieu d'observer, à cet égard, que la protection de la santé est l'un des objectifs figurant au nombre de ceux qui peuvent être considérés comme constituant des raisons impérieuses d'intérêt général susceptibles de justifier une restriction à la libre prestation des services (voir, en ce sens, arrêts du 10 mars 2009, *Hartlauer*, C-169/07, EU:C:2009:141, point 46, et du 12 septembre 2013, *Konstantinides*, C-475/11, EU:C:2013:542, point 51).

68 En outre, au regard de l'importance de la relation de confiance devant prévaloir entre le dentiste et son patient, il y a lieu de considérer que la protection de la dignité de la profession de dentiste est également de nature à constituer une telle raison impérieuse d'intérêt général.

69 Or, l'usage intensif de publicités ou le choix de messages promotionnels agressifs, voire de nature à induire les patients en erreur sur les soins proposés, est susceptible, en détériorant l'image de la profession de dentiste, en altérant la relation entre les dentistes et leurs patients, ainsi qu'en favorisant la réalisation de soins non appropriés ou non nécessaires, de nuire à la protection de la santé et de porter atteinte à la dignité de la profession de dentiste.

70 Dans ce contexte, une interdiction générale et absolue de la publicité est apte à garantir la réalisation des objectifs poursuivis en évitant tout usage, par les dentistes, de publicités et de messages promotionnels.

71 S'agissant de la nécessité d'une restriction à la libre prestation des services telle que celle en cause au principal, il doit être tenu compte du fait que la santé et la vie des personnes occupent le premier rang parmi

les biens et les intérêts protégés par le traité et qu'il appartient, en principe, aux États membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique ainsi que de la manière dont ce niveau doit être atteint. Celui-ci pouvant varier d'un État membre à l'autre, il convient de reconnaître aux États membres une marge d'appréciation (voir, en ce sens, arrêts du 2 décembre 2010, *Ker-Optika*, C-108/09, EU:C:2010:725, point 58, et du 12 novembre 2015, *Visnapuu*, C-198/14, EU:C:2015:751, point 118).

72 Cela étant, il y a lieu de considérer que, nonobstant cette marge d'appréciation, la restriction découlant de l'application de la législation nationale en cause au principal, interdisant de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires, dépasse ce qui est nécessaire pour réaliser les objectifs poursuivis par cette législation, rappelés au point 66 du présent arrêt.

73 En effet, tous les messages publicitaires interdits par cette législation ne sont pas susceptibles, en tant que tels, de produire les effets contraires à ces objectifs mentionnés au point 69 du présent arrêt.

74 Il importe d'ailleurs de relever, à cet égard, que, si la Cour a déjà constaté, au point 57 de l'arrêt du 12 septembre 2013, *Konstantinides* (C-475/11, EU:C:2013:542), la compatibilité avec l'article 56 TFUE d'une réglementation nationale interdisant les publicités pour les services médicaux dont le contenu est contraire à l'éthique professionnelle, force est de constater que la législation en cause au principal revêt une portée largement plus étendue.

75 Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que les objectifs poursuivis par la législation en cause au principal pourraient être atteints au moyen de mesures moins restrictives encadrant, le cas échéant de manière étroite, les formes et les modalités que peuvent valablement revêtir les outils de communication utilisés par les dentistes, sans pour autant leur interdire de manière générale et absolue toute forme de publicité.

76 Eu égard à l'ensemble des considérations qui précèdent, il y a lieu de répondre à la sixième question que l'article 56 TFUE doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une législation nationale, telle que celle en cause au principal, qui interdit de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires.

CJUE, 4 mai 2017, *Luc Vanderborght*, C-339/15

31 Par ses quatrième et cinquième questions, qu'il convient d'examiner ensemble, la juridiction de renvoi demande, en substance, si la directive 2000/31 doit être interprétée en ce sens qu'elle s'oppose à une législation nationale, telle que celle en cause au principal, qui interdit de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires, en tant que celle-ci interdit toute forme de communications commerciales par voie électronique, y compris au moyen d'un site Internet créé par un dentiste.

32 À cet égard, il importe de relever que l'article 8, paragraphe 1, de cette directive énonce le principe selon lequel les États membres veillent à ce que l'utilisation de communications commerciales qui font partie d'un service de la société de l'information fourni par un membre d'une profession réglementée, ou qui constitue un tel service, soit autorisée.

33 Il ressort de l'article 2, sous g), de la directive 2000/31, lu en combinaison avec l'article 1^{er}, sous f), de la directive 92/51 auquel cette première disposition fait référence, que doit notamment être considérée comme une « profession réglementée » une activité professionnelle dont l'accès ou l'exercice est subordonné par des dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession d'un titre de formation ou d'une attestation de compétence.

34 Il découle de la décision de renvoi que la profession de dentiste constitue, en Belgique, une profession réglementée, au sens de l'article 2, sous g), de la directive 2000/31.

35 En outre, en application de l'article 2, sous a), de la directive 2000/31, lu en combinaison avec l'article 1^{er}, point 2, de la directive 98/34, la notion de « services de la société de l'information » comprend « tout service presté normalement contre rémunération, à distance par voie électronique et à la demande individuelle d'un destinataire de services ».

36 Le considérant 18 de la directive 2000/31 précise que la notion de « services de la société de l'information » englobe un large éventail d'activités économiques qui ont lieu en ligne et que celle-ci ne se limite pas exclusivement aux services donnant lieu à la conclusion de contrats en ligne, mais, dans la mesure où de tels services représentent une activité économique, ils s'étendent à des services qui ne sont pas rémunérés par ceux qui les reçoivent, tels que les services qui fournissent des informations en ligne ou de communications commerciales.

37 Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que la publicité en ligne est susceptible de constituer un service de la société de l'information au sens de la directive 2000/31 (voir, en ce sens, arrêt du 15 septembre 2016, *Mc Fadden*, C-484/14, EU:C:2016:689, points 41 et 42).

38 Par ailleurs, l'article 2, sous f), de cette directive précise que la notion de « communication commerciale » couvre notamment toute forme de communication destinée à promouvoir, directement ou indirectement, des services d'une personne exerçant une profession réglementée.

39 Il s'ensuit que la publicité relative aux prestations de soins buccaux et dentaires, faite au moyen d'un site Internet créé par un membre d'une profession réglementée, constitue une communication commerciale faisant partie d'un service de la société de l'information ou constituant un tel service, au sens de l'article 8 de la directive 2000/31.

40 Partant, il y a lieu de considérer que cette disposition implique, ainsi que l'a relevé M. l'avocat général au point 50 de ses conclusions, que les États membres doivent s'assurer que de telles communications commerciales soient, en principe, autorisées.

41 À cet égard, il importe de relever que l'interprétation contraire proposée par la Commission européenne, selon laquelle ladite disposition couvre uniquement les publicités fournies par un membre d'une profession réglementée lorsque celui-ci agit comme fournisseur de publicités en ligne, ne saurait être retenue, dans la mesure où cette interprétation aurait pour résultat de réduire de manière excessive la portée de ladite disposition.

42 Il convient, en effet, de rappeler que l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2000/31 a pour objet de permettre aux membres d'une profession réglementée d'utiliser des services de la société de l'information afin de promouvoir leurs activités.

43 Cela étant, il ressort de cette disposition que des communications commerciales telles que celles mentionnées au point 39 du présent arrêt ne doivent être autorisées que sous réserve du respect des règles professionnelles visant, notamment, l'indépendance, la dignité et l'honneur de la profession réglementée concernée ainsi que le secret professionnel et la loyauté tant envers les clients qu'envers les autres membres de cette profession.

44 Pour autant, les règles professionnelles mentionnées à ladite disposition ne sauraient, sans priver celle-ci d'effet utile et faire obstacle à la réalisation de l'objectif poursuivi par le législateur de l'Union, interdire de manière générale et absolue toute forme de publicité en ligne destinée à promouvoir l'activité d'une personne exerçant une profession réglementée.

45 Cette interprétation est corroborée par le fait que l'article 8, paragraphe 2, de la directive 2000/31 prévoit que les États membres et la Commission encouragent l'élaboration de codes de conduite ayant pour objet, non pas d'interdire ce genre de publicité, mais plutôt de préciser les informations qui peuvent être données à des fins de communications commerciales dans le respect de ces règles professionnelles.

46 Il s'ensuit que, si le contenu et la forme des communications commerciales visées à l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2000/31 peuvent valablement être encadrées par des règles professionnelles, de telles règles ne sauraient comporter une interdiction générale et absolue de ce type de communications.

47 Cette considération est également valable en ce qui concerne une législation nationale, telle que celle en cause au principal, qui ne s'applique qu'aux dentistes.

48 En effet, il convient de relever que le législateur de l'Union n'a pas exclu de professions réglementées du principe d'autorisation des communications commerciales en ligne prévu à l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2000/31.

49 Dès lors, si cette disposition permet de tenir compte des particularités des professions de santé dans l'élaboration des règles professionnelles y afférentes, en encadrant, le cas échéant de manière étroite, les formes et les modalités des communications commerciales en ligne mentionnées à ladite disposition en vue notamment de garantir qu'il ne soit pas porté atteinte à la confiance qu'ont les patients envers ces professions, il n'en demeure pas moins que ces règles professionnelles ne sauraient valablement interdire de manière générale et absolue toute forme de publicité en ligne destinée à promouvoir l'activité d'une personne exerçant une telle profession.

50 Au vu des considérations qui précèdent, il convient de répondre aux quatrième et cinquième questions que la directive 2000/31 doit être interprétée en ce sens qu'elle s'oppose à une législation nationale, telle que celle en cause au principal, qui interdit de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires, en tant que celle-ci interdit toute forme de communications commerciales par voie électronique, y compris au moyen d'un site Internet créé par un dentiste.

3.2.2. Jurisprudence du Conseil constitutionnel

Décision n° 2013-364, QPC du 31 janvier 2014

« [...] 1. Considérant qu'aux termes de l'article L. 5125-31 du code de la santé publique : « *La publicité en faveur des officines de pharmacie ne peut être faite que dans les conditions prévues par voie réglementaire* » ;

2. Considérant qu'aux termes de l'article L. 5125-32 du code de la santé publique : « *Sont fixées par décret en Conseil d'État* :

« *1° Les modalités de présentation et d'instruction des demandes de création, transfert et regroupement des officines de pharmacie, les règles relatives à l'appréciation du droit de priorité et du droit d'antériorité, et les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les officines ;*

« *3° Les conditions dans lesquelles le remplacement du titulaire d'une officine prévu à l'article L. 5125-21 doit être assuré par des pharmaciens ou par des étudiants en pharmacie justifiant d'un minimum de scolarité ;*

« *4° Les modalités d'application des articles L. 5125-23 et L. 5125-25 ;*

« *5° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des officines de pharmacie ;*

« *6° Les modalités d'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 5125-1, notamment les catégories de préparations concernées, et les modalités d'application des articles L. 5125-1-1 et L. 5125-1-2* » ;

3. Considérant que, selon les requérants, en renvoyant au pouvoir réglementaire le soin de fixer les conditions dans lesquelles la publicité en faveur des officines de pharmacie peut être faite, le législateur a reporté sur celui-ci la détermination des règles relevant de la loi et affectant la liberté d'entreprendre et la liberté du commerce, la liberté de communication des pensées et des opinions, ainsi que le principe d'égalité ; que, par suite, il aurait méconnu l'étendue de sa compétence ;

4. Considérant que la question prioritaire de constitutionnalité porte sur l'article L. 5125-31 du code de la santé publique et le 5° de son article L. 5125-32 ;

5. Considérant qu'aux termes du premier alinéa de l'article 61-1 de la Constitution : « *Lorsque, à l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction, il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du Conseil d'État ou de la Cour de cassation qui se prononce dans un délai déterminé* » ; que la méconnaissance par le législateur de sa propre compétence ne peut être invoquée à l'appui d'une question prioritaire de constitutionnalité que dans le cas où cette méconnaissance affecte par elle-même un droit ou une liberté que la Constitution garantit ;

6. Considérant que le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 dispose que la Nation garantit à tous la protection de la santé ; que pour assurer la mise en œuvre de cette exigence constitutionnelle, le législateur a réglementé les conditions de préparation, de fabrication et de vente des médicaments ;

7. Considérant ainsi, en premier lieu, que la profession de la pharmacie est réglementée par le livre II de la quatrième partie du code de la santé publique ; que, pour l'exercice de leur profession, les pharmaciens sont inscrits à l'ordre des pharmaciens, doivent respecter un code de déontologie et sont soumis à la discipline de leur ordre ; qu'en second lieu, la pharmacie d'officine est soumise aux dispositions des articles L. 5125-1 à L. 5125-32 du même code ; qu'en particulier, en vertu de l'article L. 5125-3, les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines ; qu'il ressort de l'article L. 5125-4 que toute création d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé ; qu'en vertu de l'article L. 5125-6, la licence fixe l'emplacement où l'officine sera exploitée ;

8. Considérant qu'en adoptant les règles mentionnées ci-dessus le législateur a entendu encadrer strictement la profession et l'activité de pharmacien ainsi que leur établissement pour favoriser une répartition équilibrée des officines sur l'ensemble du territoire et garantir ainsi l'accès de l'ensemble de la population aux services qu'elles offrent ; qu'il a ainsi poursuivi un objectif de santé publique ; que les dispositions contestées renvoient à un décret le soin de fixer les conditions dans lesquelles la publicité en faveur des officines de pharmacie peut être faite, afin de permettre l'application de ces règles ; qu'elles ne privent pas de garanties légales les exigences qui résultent de la liberté d'entreprendre ; qu'elles n'affectent par elles-mêmes aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit ; que, par suite, le grief tiré de ce que le législateur aurait méconnu l'étendue de sa compétence ne peut être invoqué à l'encontre des dispositions contestées ;

9. Considérant que les dispositions contestées, qui ne sont contraires à aucun droit ou liberté que la Constitution garantit, doivent être déclarées conformes à la Constitution,

D É C I D E :

Article 1^{er}. - L'article L. 5125-31 du code de la santé publique et le 5° de son article L. 5125-32 sont conformes à la Constitution. [...] »

3.3.3 Jurisprudences du Conseil d'État

CE, 7 décembre 2012, Association FNATH, association des accidentés de la vie, association CISS, n°348600 (reste à charge)

2. Considérant que le I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pris en application des dispositions citées ci-dessus de l'article L. 322-3 du même code, limite la participation de l'assuré à une somme forfaitaire de 18 euros, d'une part, pour les actes les plus coûteux, définis comme les actes dont le tarif excède un certain montant, ou dont le coefficient figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale excède un certain niveau et, d'autre part, pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué, pendant cette hospitalisation, un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif ou le coefficient dépasse les mêmes seuils ; que le II du même article R. 322-8 supprime toute participation de l'assuré pour la réalisation d'actes de radiologie et d'imagerie, dès lors que leurs tarifs ou leurs coefficients dépassent ces mêmes seuils ;

3. Considérant que le décret attaqué du 21 février 2011 modifie les dispositions de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale en relevant les seuils mentionnés ci-dessus, au-delà desquels s'appliquent les réductions ou suppressions de la participation de l'assuré prévus par le I et le II de cet article ; qu'il remplace ainsi le coefficient 50 de la liste mentionnée à l'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale par un coefficient 60, et le seuil tarifaire de 91 euros par un seuil de 120 euros ;

4. Considérant que les associations requérantes font valoir que la nouvelle rédaction de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, issue du décret attaqué, accroît le montant restant à la charge des assurés sociaux s'agissant des actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur aux anciens seuils mais inférieur aux nouveaux seuils ; que, toutefois, il ressort du dossier et n'est pas contesté que cette nouvelle rédaction a toujours pour effet de diminuer, lorsque sont effectués des actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur aux nouveaux seuils qu'elle retient, le montant de la participation due par les assurés sociaux ; qu'ainsi, alors même que ce décret introduirait des dispositions moins favorables aux assurés sociaux que l'état antérieur du droit, les requérants ne sont pas fondés à soutenir qu'il méconnaît les dispositions de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale ;

5. Considérant que si le décret attaqué a, ainsi que le soutiennent les associations requérantes, notamment pour effet d'introduire des disparités entre les participations dues au titre des frais de soins de ville et des frais d'hospitalisation, ainsi que de mettre à la charge des assurés sociaux ayant exposé des frais immédiatement inférieurs aux nouveaux seuils des sommes très supérieures à la participation de 18 euros qui serait à leur charge si leurs frais avaient dépassé ces mêmes seuils, ces circonstances sont par elles-mêmes sans incidence sur le respect, par le décret attaqué, de l'objectif constitutionnel d'accessibilité et d'intelligibilité de la norme dont se prévalent les associations requérantes ;

6. Considérant, enfin, qu'aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « *La Nation (...) garantit à tous, notamment à l'enfant, la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* » ; que si les dispositions du décret litigieux ont pour effet, ainsi qu'il a été dit plus haut, d'accroître les sommes laissées à la charge des assurés sociaux pour la protection de leur santé, cette augmentation est prise en charge, pour les personnes aux revenus les plus faibles, dans le cadre de la couverture complémentaire prévue par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; qu'il n'est pas établi par les pièces du dossier que, s'agissant des personnes dont le revenu dépasse le plafond prévu par l'article L. 861-1 du même code pour bénéficier de cette couverture complémentaire, les restes à charges engendrés par l'augmentation des seuils fixés par le décret attaqué excéderaient, compte tenu notamment des remboursements susceptibles d'être obtenus par une assurance complémentaire et du coût prévisible de cette assurance, la part de leur revenus au-delà de laquelle seraient méconnues les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ;

CE, 17 mars 2014, Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs des Landes, n°3574594 (stipulations limitant le nombre de professionnels pouvant être conventionnés dans les zones "sur-dotées")

1. Considérant que, sur le fondement de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ont approuvé, par l'arrêté attaqué du 10 janvier 2012, l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 30 novembre 2011 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs ;

2. Considérant qu'en vertu des dispositions de l'article 34 de la Constitution, la loi détermine les principes fondamentaux de la sécurité sociale ; qu'il résulte des stipulations du quatrième alinéa du point 1.2.1.1. de l'avenant litigieux que, dans les zones « sur-dotées », l'accès au conventionnement d'un masseur-kinésithérapeute ne peut intervenir que si un autre masseur-kinésithérapeute cesse son activité libérale dans

la zone considérée ; que ces stipulations, qui instituent une limitation du nombre de professionnels susceptibles d'être conventionnés dans certaines zones, touchent aux principes fondamentaux de la sécurité sociale ; que, dès lors, elles ne pouvaient être légalement approuvées en l'absence d'une habilitation expresse du législateur ;

3. Considérant, il est vrai, que le ministre chargé de sécurité sociale et l'UNCAM se prévalent des dispositions de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale selon lesquelles : « *Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurs-kinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. / Cette convention détermine notamment : (...) 3° Les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés et notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation ; (...) 9° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux masseurs-kinésithérapeutes en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique (...)* » ; qu'il résulte toutefois de ces dispositions, éclairées par les travaux parlementaires qui ont précédé l'adoption de la loi du 19 décembre 2007 de financement de sécurité sociale pour 2008 dont le 9° est issu, que le législateur n'a pas entendu permettre l'adoption par les partenaires conventionnels de mesures limitant de façon contraignante les possibilités de conventionnement en fonction de la zone géographique d'installation ; qu'au demeurant, les dispositions de cet alinéa sont issues de la même loi que celles de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, applicables aux infirmiers, qui prévoient que la convention détermine « *les conditions à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives (...) à la zone d'exercice définie par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique* » ; que les dispositions de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale ne peuvent, ainsi, être regardées comme habilitant les signataires de la convention à subordonner le conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes à une condition relative à la zone d'exercice ;

4. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le syndicat requérant est fondé à soutenir que l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, en tant qu'il subordonne l'accès au conventionnement d'un masseur-kinésithérapeute dans certaines zones à la cessation d'activité libéral d'un autre masseur-kinésithérapeute est entaché d'incompétence ; que ces stipulations, ainsi que celles des points 1.2.1.3. et 1.2.1.4. et de l'annexe 5 qui en organisent les modalités, sont divisibles des autres stipulations de l'avenant litigieux ; que leur illégalité entache d'illégalité l'arrêté attaqué en tant qu'il les approuve ; qu'il suit de là, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête, dirigés contre les mêmes stipulations, que le syndicat requérant est fondé à demander l'annulation de l'arrêté du 10 janvier 2012 dans cette mesure seulement ;

CE, 28 novembre 2014, Union nationale des associations de santé à domicile et autres, n°366931 (possibilité de subordonner le remboursement d'un dispositif médical à des "conditions particulières d'utilisation")

8. Considérant qu'en prévoyant, par l'article 32 de la loi du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 dont sont issues les dispositions citées ci-dessus de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, que l'inscription des dispositifs médicaux à usage individuel et des prestations associées sur la liste des produits et prestations remboursables pourrait être subordonnée au respect de conditions particulières d'utilisation, le législateur a entendu permettre de subordonner leur remboursement au respect de modalités de mise en œuvre de ces dispositifs médicaux et prestations, et non à une condition d'observation de son traitement par le patient ;

9. Considérant que les arrêtés attaqués subordonnent la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du dispositif médical à pression positive continue non seulement à sa prescription et à son utilisation dans des conditions conformes aux modalités qu'ils prévoient, mais aussi à l'observation effective par les patients de leur traitement, en fixant une durée minimale d'utilisation de l'appareil à pression positive continue, contrôlée par un dispositif de transmission automatique de l'observance ; qu'en instaurant un tel mécanisme, les ministres signataires ont excédé les prévisions des dispositions du code de la sécurité sociale citées au point 7 ; qu'ils n'avaient, ainsi, pas compétence pour adopter les dispositions des points III à VII du paragraphe 4 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} de la liste des produits et prestations remboursables, relatifs au contrôle de l'observance et à la transmission des données issues du dispositif de téléobservance automatique, à l'exception de la mention de la prise en charge du forfait 9.4 par l'assurance maladie et de sa subordination à l'accord préalable du médecin-conseil ;

10. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'Union nationale des associations de santé à domicile et la Fédération française des associations et amicales des insuffisants respiratoires sont fondées à demander l'annulation de ces dispositions des arrêtés attaqués, ainsi que des dispositions mentionnant le dispositif de contrôle de l'observance au point II du même paragraphe de la liste des produits et prestations remboursables, des

dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 9 janvier 2013 ajoutant des codes correspondant aux appareils utilisés pour les « patients téléobservés » et des dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 22 octobre 2013 ajoutant ces mêmes codes, qui en sont indivisibles ; que les autres moyens des requêtes critiquant la légalité des mêmes dispositions, il y a lieu, sans qu'il soit besoin de les examiner, d'annuler les arrêtés attaqués dans cette seule mesure ;

CE, 6 mai 2019 M.A, n°408517 (centres de santé)

« 8. Dans sa rédaction applicable à l'espèce, l'article L. 6323-1 du code de la santé publique dispose : " Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales (...) / Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé (...) ". À la différence des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles ayant pour objet l'exercice en commun de la profession de chirurgien-dentiste, qui, en vertu respectivement des articles R. 4113-4 et R. 4113-28 du même code, ne sont constituées que sous la réserve de leur inscription, en tant que société, au tableau de l'ordre, l'ouverture d'un centre de santé n'est pas subordonnée à son inscription au tableau du ou des ordres auxquels appartiennent les praticiens qui y exercent.

9. D'une part, il résulte de ce qui précède que les centres de santé ne sont pas soumis aux obligations fixées par les codes de déontologie élaborés, en application des dispositions de l'article L. 4127-1 du code de la santé publique, pour chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. Par suite, en jugeant, pour prononcer à l'encontre de M. A...la sanction litigieuse, que le centre de santé dont il préside l'organisme gestionnaire avait, en publiant des messages promotionnels, méconnu l'obligation déontologique posée par l'article R. 4127-215 du même code en vertu duquel " la profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce ", la chambre disciplinaire nationale a entaché sa décision d'erreur de droit.

10. D'autre part, en jugeant que M. A...avait, du seul fait de la publication de ces messages promotionnels, lui-même méconnu l'interdiction posée à l'article R. 4127-215 du code de la santé publique, sans rechercher si des agissements lui étaient personnellement imputables à ce titre, la chambre disciplinaire nationale a également entaché sa décision d'erreur de droit.

11. Il résulte des motifs mentionnés aux points 9 et 10, qui, contrairement à ce qui est soutenu en défense, ne répondent pas à une argumentation nouvelle en cassation, que M. A... est fondé, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de son pourvoi, à demander l'annulation de la décision qu'il attaque. »

CE, 10 juillet 2019, Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et autres, n°419585 (régulation de l'installation)

Sur la régulation du conventionnement dans les zones « sur-dotées » :

13. L'avenant litigieux prévoit, à son point 1.2.1. que, dans les zones « sur-dotées », il ne peut être fait droit à la demande de conventionnement d'un masseur-kinésithérapeute que si un autre masseur-kinésithérapeute cesse son activité libérale dans la zone considérée. La procédure applicable à l'examen des demandes de conventionnement dans ces zones est fixée par le point 1.2.2. Enfin, le point 1.2.3. de l'avenant prévoit trois dérogations au principe posé au point 1.2.1., liées à la vie personnelle du masseur-kinésithérapeute, à une offre insuffisante de soins spécifiques et à l'existence d'un risque économique, en précisant à son D que lorsqu'un conventionnement est accordé dans une zone « sur-dotée » au titre de la première ou de la dernière de ces dérogations, la prochaine cessation d'activité conventionnée d'un masseur-kinésithérapeute dans la zone concernée n'ouvre pas droit à un nouveau conventionnement dans cette zone.

En ce qui concerne la compétence des partenaires conventionnels :

14. Aux termes de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes détermine notamment : « 3° Les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés et notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ». Il résulte de ces dispositions, alors même que les dispositions relatives aux zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, figurant à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, ont été transférées à l'article L. 1434-4 du même code par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, que les parties à la convention sont habilitées à subordonner le conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes à une condition relative à leur zone d'exercice. Par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que les partenaires conventionnels n'avaient pas compétence pour introduire, au point 1.2.1., une condition tenant, en zone « sur-dotée », à la cessation d'activité d'un autre masseur-kinésithérapeute libéral conventionné et pour adopter le D. du point 1.2.3. de l'avenant litigieux.

15. Il résulte de ce qui a été dit au point ci-dessus que les partenaires conventionnels étaient compétents pour limiter le nombre de professionnels susceptibles d'être conventionnés dans certaines zones. Ils étaient par suite également compétents pour définir les sanctions applicables en cas de méconnaissance des engagements auxquels l'avenant conditionne l'octroi de dérogations à cette limitation. Ainsi, les requérants ne sont pas fondés à soutenir qu'en prévoyant, au point 1.2.3. de l'avenant litigieux, la suspension du conventionnement dans cette zone des professionnels qui n'auraient pas respecté les modalités d'exercice liées à la dérogation pour offre insuffisante de soins spécifiques, tenant à la proportion des actes l'ayant justifiée, les partenaires conventionnels auraient excédé leur compétence.

En ce qui concerne le bien-fondé des mesures de régulation :

16. En premier lieu, il ressort des pièces des dossiers que la répartition des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur l'ensemble du territoire est caractérisée par de grandes inégalités, le nombre de professionnels pour 100 000 habitants variant en 2010 de 38 dans le département le moins bien doté à 160 dans le département le mieux doté et l'écart restant de l'ordre de 1 à 4 en 2017. Ces inégalités étaient susceptibles d'engendrer, dans certaines zones, des difficultés dans l'accès aux soins de masso-kinésithérapie. Pour y remédier, les signataires de l'avenant ont, dans certaines zones, correspondant à 12,5 % de la population, considérées comme « sur-dotées » au regard de l'offre de soins de masso-kinésithérapie rapportée au besoin de la population compte tenu de son âge, subordonné l'accès au conventionnement d'un masseur-kinésithérapeute à la cessation de l'activité libérale conventionnée d'un autre professionnel dans la zone considérée. Ils ont cependant pris en considération certaines situations particulières tenant notamment à la vie personnelle du professionnel, à l'insuffisance de l'offre de certains soins spécifiques et au risque économique auquel peuvent être exposées les activités de groupe en cas de départ d'un associé, d'un collaborateur ou d'un assistant s'installant ailleurs dans la même zone. Si les requérants soutiennent que l'impact positif de cette mesure sur l'offre de soins dans les zones déficitaires n'est pas démontré, il ressort des pièces des dossiers que, pendant la période, entre 2012 et 2014, où une telle mesure avait été en vigueur, les installations de masseurs-kinésithérapeutes ont augmenté de 1,1 % dans ces zones tandis qu'elles diminuaient de 3,4 % dans les zones « sur-dotées ». En outre, la régulation du conventionnement dans les zones « sur-dotées » s'inscrit dans le cadre de différentes mesures prises par l'avenant pour améliorer la répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes, parmi lesquelles des dispositifs d'incitation à l'installation en zones « sous-dotées ». Par suite, les partenaires conventionnels n'ont pas dénaturé la portée des restrictions que, par les dispositions de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, le législateur les a autorisés à apporter, en vue d'améliorer l'accès aux soins des assurés sociaux, à la liberté d'entreprendre, à la liberté du commerce et de l'industrie, à la liberté d'installation et au principe du libre exercice à titre libéral de la profession de masseur-kinésithérapeute. Enfin, compte tenu des objectifs poursuivis par les mesures de régulation du conventionnement, lesquelles s'imposent à tous les professionnels qui font le choix d'adhérer à la convention, quelle que soit leur nationalité, le moyen tiré de la méconnaissance de la liberté d'établissement garantie par l'article 49 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne doit également être écarté.

17. En deuxième lieu, le point 1.2.3. de l'avenant litigieux prévoit que, pour être conventionné à titre dérogatoire dans une zone « sur-dotée » où l'offre de certains soins spécifiques est insuffisante, le professionnel doit justifier d'une pratique particulière à hauteur de 50 % d'actes spécifiques pendant les trois années précédant sa demande de conventionnement et s'engager, dans le cadre du conventionnement accordé à titre dérogatoire, à réaliser 50 % d'actes correspondant à ces soins spécifiques, la méconnaissance de cette condition pouvant être sanctionnée par la suspension du conventionnement dans cette zone. Il ne ressort pas des pièces des dossiers que ces dispositions seraient inapplicables faute de pouvoir différencier les actes de masso-kinésithérapie considérés et de suivre le ratio d'actes spécifiques, alors que la nomenclature générale des actes professionnels hiérarchise les actes et prestations réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes en vue de leur tarification et que l'avenant prévoit, par renvoi à son point 6.4., qu'un éventuel déconventionnement est précédé d'un avertissement comportant l'ensemble des faits reprochés au professionnel, lequel dispose d'un délai d'un mois pour modifier sa pratique. Il ne ressort pas davantage des pièces des dossiers que le respect de l'engagement auquel est subordonné l'octroi de la dérogation conduirait le professionnel à méconnaître l'article R. 4321-58 du code de la santé publique qui fait obligation au masseur-kinésithérapeute d'écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes.

18. En troisième lieu, si la cession de sa clientèle par un masseur-kinésithérapeute, à l'occasion de la cession d'un fonds libéral d'exercice de la profession, est licite, dès lors qu'est préservée la liberté de choix du patient, il n'en résulte pas qu'en prévoyant qu'un conventionnement dérogatoire au titre de la vie personnelle du professionnel ou du risque économique auquel peuvent être exposées les activités de groupe doit être compensé par la prochaine cessation d'activité conventionnée d'un masseur-kinésithérapeute dans la zone concernée, les signataires de l'avenant auraient, compte tenu des objectifs poursuivis par la régulation du conventionnement, porté une atteinte manifestement disproportionnée aux intérêts des professionnels installés dans les zones « sur-dotées » et souhaitant y cesser leur activité ni dénaturé la portée

des restrictions que le législateur, par les dispositions de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, les a autorisés à apporter à la liberté d'entreprendre.

19. En dernier lieu, les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes sont dans des situations différentes et leurs rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par des conventions distinctes, prises sur le fondement de dispositions législatives différentes qui, pour les médecins, ne prévoient pas que les parties à la convention puissent déterminer des conditions tenant au lieu d'exercice pour être conventionné. Par suite, les requérants ne peuvent utilement soutenir que l'avenant litigieux méconnaîtrait le principe d'égalité au motif que la convention nationale des médecins ne prévoit pas de mesures de régulation du conventionnement. (...)

Sur le contrat d'exercice temporaire dans les zones à forte activité saisonnière :

22. Le point 1.2.4. de l'avenant litigieux crée à titre expérimental un contrat d'exercice temporaire qui permet à un masseur-kinésithérapeute conventionné dans une zone autre que « sous-dotée » ou « très sous-dotée » d'exercer sous conventionnement dans une zone « sur-dotée » caractérisée par une forte activité saisonnière, pendant la période d'afflux de population, afin de répondre à l'augmentation de la demande de soins. L'avenant prévoit que l'intéressé doit, d'une part, conclure un contrat de collaborateur libéral ou d'assistant libéral avec un masseur-kinésithérapeute conventionné dans la zone « sur-dotée » caractérisée par une forte activité saisonnière et, d'autre part, avoir obtenu une autorisation d'exercice du conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la zone.

23. En premier lieu, aux termes de l'article R. 4321-92 du code de la santé publique : « *La continuité des soins aux patients doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le masseur-kinésithérapeute a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il en avertit alors le patient et transmet au masseur-kinésithérapeute désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* ». Aux termes de l'article R. 4321-107 du même code : « *Un masseur-kinésithérapeute ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'ordre. (...) / Le masseur-kinésithérapeute libéral remplacé doit cesser toute activité de soin pendant la durée du remplacement sauf accord préalable du conseil départemental de l'ordre* ». Enfin, en vertu de l'article R. 4321-132 du même code, il est interdit au masseur-kinésithérapeute de mettre en gérance son cabinet. Si le contrat d'exercice temporaire conduit le masseur-kinésithérapeute à quitter temporairement son cabinet sans pouvoir le mettre en gérance ni être remplacé, il incombe toutefois au praticien de prendre les mesures propres à assurer la continuité des soins nécessités par ses patients, notamment en s'organisant avec ses associés s'il exerce dans le cadre d'une activité de groupe ou en se rapprochant d'autres confrères pour organiser la prise en charge de ses patients en son absence. Il résulte en outre de l'avenant litigieux que le contrat d'exercice temporaire ne peut être conclu par un masseur-kinésithérapeute installé dans une zone « sous-dotée » ou « très sous-dotée ». Par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que l'avenant méconnaîtrait les dispositions des articles R. 4321-92 et R. 4321-132 du code de la santé publique.

24. En deuxième lieu, aux termes de l'article R. 4321-56 du code de la santé publique : « *Le masseur-kinésithérapeute ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». La seule circonstance que, par le contrat d'exercice temporaire, le masseur-kinésithérapeute s'engage à ne réaliser des actes que dans la zone à forte activité saisonnière où exerce le confrère avec lequel il a conclu un contrat de collaborateur libéral ou d'assistant libéral à durée déterminée, à sa demande et pour une période limitée, ne saurait être regardée comme le conduisant à aliéner son indépendance professionnelle en méconnaissance de l'article R. 4321-56.

25. En dernier lieu toutefois, aux termes de l'article R. 4321-129 du code de la santé publique : « *Le lieu habituel d'exercice du masseur-kinésithérapeute est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle, conformément à l'article L. 4321-10, il est inscrit sur le tableau du conseil départemental de l'ordre. / Un masseur-kinésithérapeute ne peut avoir plus d'un cabinet secondaire, dont la déclaration au conseil départemental de l'ordre est obligatoire. / Toutefois, le conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée peut accorder, lorsqu'il existe dans un secteur géographique donné une carence ou une insuffisance de l'offre de soins, préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins, une autorisation d'ouverture d'un ou plusieurs lieux d'exercice supplémentaires. La demande est accompagnée de toutes informations utiles sur les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental de l'ordre demande des précisions complémentaires (...)* ».

26. En subordonnant la conclusion d'un contrat d'exercice temporaire à une autorisation du conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe la zone concernée, l'avenant litigieux ne se borne pas à rappeler les dispositions de l'article R. 4321-129 du code de la santé publique, lesquelles n'imposent une telle autorisation pour l'ouverture d'un lieu d'exercice supplémentaire que lorsque le masseur-kinésithérapeute a déjà un cabinet secondaire. Aucune disposition ne donnait compétence aux parties conventionnelles pour attribuer une telle mission aux conseils départementaux de l'ordre. Par suite, s'il résulte des dispositions des articles L. 4113-9, L. 4321-19 et R. 4321-127 du code de la santé publique qu'un

tel contrat, comme tout contrat ayant pour objet l'exercice de la profession, doit être communiqué au conseil départemental de l'ordre pour qu'il puisse, notamment, vérifier sa conformité au code de déontologie de la profession, en revanche, le point 1.2.4. de l'avenant est illégal en tant qu'il prévoit que le masseur-kinésithérapeute qui souhaite conclure un contrat d'exercice temporaire doit obtenir l'autorisation du conseil départemental de l'ordre du lieu d'exercice envisagé.

Sur les dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « sous-dotées » et « très sous-dotées » :

27. Aux termes de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction alors applicable, la convention définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes détermine notamment : « 9° *Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux masseurs-kinésithérapeutes en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique (...)* ». Aux termes de l'article L. 162-14-1 du même code, la convention peut définir : « 4° *Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux (...), dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones (...) bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé (...)* ». Sur ce fondement, l'avenant litigieux prévoit, à son point 1.3., différents dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « sous-dotées » et « très sous-dotées », reposant sur des contrats d'aide à la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes, d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes et d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones déficitaires. En particulier, le point 1.3.3. prévoit que le « contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes » dans les zones déficitaires est proposé aux praticiens qui s'engagent à poursuivre leur exercice libéral conventionné dans une zone caractérisée par une insuffisance d'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins pendant au moins trois ans et comporte le versement d'une aide financière annuelle de 3 000 euros destinée à leur permettre de réaliser des investissements et de se former pour améliorer la qualité des soins.

28. En premier lieu, l'article R. 4321-56 du code de la santé publique, cité au point 24, interdit au masseur-kinésithérapeute d'aliéner son indépendance professionnelle. Aux termes de l'article R. 4321-101 du même code : « *Le masseur-kinésithérapeute consulté par un patient soigné par un de ses confrères respecte l'intérêt et le libre choix du patient qui désire s'adresser à un autre masseur-kinésithérapeute (...)* ». D'une part, les dispositions du point 1.3.3. de l'avenant litigieux, qui subordonnent le bénéfice du contrat d'aide au maintien d'activité à l'engagement du masseur-kinésithérapeute de réaliser au moins 50 % d'actes auprès de patients résidant en zone « sous-dotée » ou « très sous-dotée » sont sans incidence sur la liberté des patients de choisir leur masseur-kinésithérapeute. D'autre part, ces dispositions, qui visent, dans le cadre de contrats librement souscrits, à éviter les effets d'aubaine en cas d'installation à la limite de zones de statuts différents, ne portent pas non plus atteinte au principe de l'indépendance professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes. Par suite, les moyens tirés de ce qu'elles méconnaîtraient les dispositions des articles R. 4321-56, R. 4321-92 cité au point 23 et R. 4321-101 du code de la santé publique doivent être écartés. Si le moyen tiré de la violation de ces dispositions est également soulevé à l'encontre des points 1.3.1. et 1.3.2. de l'avenant, qui créent respectivement un contrat d'aide à la création de cabinet et un contrat d'aide à l'installation, il n'est pas assorti des précisions permettant d'en apprécier le bien-fondé.

29. En deuxième lieu, la faculté que le point 1.3.4.2. de l'avenant litigieux reconnaît aux caisses primaires d'assurance maladie de résilier les contrats conclus sur le fondement des points 1.3.1. à 1.3.3. et de récupérer l'aide indûment versée au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de sa résiliation a pour objet de tirer les conséquences de ce que le masseur-kinésithérapeute ne respecte pas les engagements qu'il a librement souscrits. Il ne saurait être sérieusement soutenu qu'elle enfermerait le praticien, qui peut d'ailleurs résilier le contrat à sa propre initiative, dans une impossibilité de faire évoluer ses pratiques professionnelles et de développer son activité. Par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que les dispositions en cause, qui entourent la procédure de résiliation par la caisse de garanties suffisantes, méconnaîtraient le principe de l'indépendance professionnelle. Enfin, le moyen tiré de ce qu'elles porteraient atteinte à la liberté du patient de choisir son praticien n'est pas assorti des précisions permettant d'en apprécier le bien-fondé.

30. En dernier lieu, le maintien jusqu'à leur échéance normale des contrats incitatifs conclus en application de l'avenant n° 3 à la convention du 3 avril 2007 n'est pas contradictoire avec la suppression pour l'avenir des possibilités offertes par cet avenant. Ainsi, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que le point 1.3.5. de l'avenant litigieux recèlerait une contradiction avec ses dispositions introductives qui serait de nature à affecter la validité de cet avenant ni, en tout état de cause, qu'il serait dépourvu de base légale.

CE, 6 novembre 2019, M.B, n°416948 (libre prestation de service et interdiction faite aux médecins de recourir à des procédés publicitaires)

« 5. En vertu de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : " (...) les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation (...) ". Dans son arrêt rendu le 4 mai 2017 dans l'affaire C-339/15, sur renvoi préjudiciel d'une juridiction belge, la Cour de justice de l'Union européenne a dit pour droit que " l'article 56 TFUE doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une législation nationale (...) qui interdit de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires (...) ".

6. S'il incombe au pouvoir réglementaire de définir les conditions d'une utilisation, par les médecins, de procédés de publicité compatibles avec les exigences de protection de la santé publique, de dignité de la profession médicale, de confraternité entre praticiens et de confiance des malades envers les médecins, il résulte des stipulations de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, telles qu'interprétées par la Cour de justice de l'Union européenne, notamment dans son arrêt rendu le 4 mai 2017 dans l'affaire C-339/15, qu'elles s'opposent à des dispositions réglementaires qui interdisent de manière générale et absolue toute publicité, telles que celles qui figurent au second alinéa de l'article R. 4127-19 du code de la santé publique cité au point 1.

7. Il résulte de ce qui précède, sans qu'il soit besoin de saisir la Cour de justice de l'Union européenne d'une question préjudicielle, que M. A... est fondé à demander l'annulation de la décision qu'il attaque rejetant sa demande d'abrogation du second alinéa de l'article R. 4127-19 du code de la santé publique. »

CE, 31 décembre 2019, n°426172, aux T. (pédicures-podologues, création d'un cabinet secondaire)

1. Il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. A..., pédicure-podologue, a demandé au conseil régional de son ordre professionnel l'autorisation d'ouvrir un cabinet secondaire sur la commune du Barcarès. Par une décision du 9 janvier 2015, le Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues, saisi d'un recours contre la décision du 16 septembre 2014 du conseil régional de Languedoc-Roussillon, a rejeté sa demande. M. A. se pourvoit en cassation contre l'arrêt du 12 octobre 2018 par lequel la cour administrative d'appel de Marseille a rejeté son appel dirigé contre le jugement du 7 février 2017 par lequel le tribunal administratif de Montpellier a rejeté sa demande d'annulation de ce refus.

2. Aux termes des deux premiers alinéas de l'article R. 4322-79 du code de la santé publique : " *Le lieu habituel d'exercice d'un pédicure-podologue est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil régional de l'ordre. / Toutefois la création d'un ou de plusieurs cabinets secondaires est autorisée si elle satisfait aux conditions d'exercice définies à l'article R. 4322-77 et lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la continuité des soins* ". Pour l'application de ces dispositions, les besoins des patients et les nécessités de la continuité des soins doivent s'apprécier pour la population du secteur géographique considéré, y compris, le cas échéant, la population qui y est de passage ou celle qui y réside de manière saisonnière.

3. Pour juger, alors qu'il ressortait des pièces du dossier qui lui était soumis que la population d'estivants dans la commune du Barcarès peut représenter le quadruple de la population des habitants permanents, que la population saisonnière de ce secteur n'avait pas à être prise en compte pour apprécier l'existence d'une carence ou d'une insuffisance de l'offre de soins de pédicurie-podologie au sens des dispositions précédemment citées, la cour a retenu que l'implantation d'un cabinet secondaire de pédicure-podologue répondait davantage aux besoins objectivement mesurés d'une clientèle sédentaire et que le critère de la fréquentation touristique n'était, de ce fait, pas pertinent pour décider d'une telle implantation. En excluant ainsi, par principe, pour la profession en cause, les besoins de clientèles non sédentaires, sans rechercher s'il existait, dans le secteur géographique considéré, au vu des besoins des patients et des nécessités de la continuité des soins, tant pour les résidents permanents que pour les résidents saisonniers et la population de passage, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins de pédicurie-podologie, la cour a entaché son arrêt d'une erreur de droit.

3.3. Articles

P-L. BRAS, « Le médecin traitant, Raisons et déraisons d'une politique publique », Droit social 2006, p. 59

P-H. BRÉCHAT, N. BRÉCHAT, R. FULTON, D. SMITH, « Réduire les « déserts médicaux » et désengorger les urgences tout en prenant en charge les « usagers complexes » et le développement de la prévention et diminuer inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », JDSAM, mars 2019, p. 28

D. PIVETEAU, « Réflexions nées du contentieux sur les conventions entre l'assurance maladie et les professions libérales », Regards EN3S 2015, p. 231

G. ROUSSET, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité », RDSS 2019, p. 5

J. SAISON : « Une nouvelle réforme en faveur de l'unité du système de santé. Du plan « Ma santé 2022 » à la loi du 24 juillet 2019, AJDA 2019, p. 2488

D. TRUCHET : « Que dit la loi ? », RGDM, n° 20, 2006, p. 67

3.4. Rapports

P. BRIBILE et N. NABET: *Repenser l'organisation territoriale des soins*, rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé

Cour des comptes, *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2014

Conseil d'État, Étude : « Règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité », 2018 - Extraits – synthèse des propositions :

« [...] Proposition n° 1– Prévoir la faculté pour les professionnels de santé, dans le respect des règles déontologiques, de communiquer au public des informations sur leurs compétences et pratiques professionnelles, leur parcours professionnel, des informations pratiques sur leurs conditions matérielles d'exercice ainsi que des informations objectives à finalité scientifique, préventive ou pédagogique et scientifiquement étayées sur leurs disciplines et les enjeux de santé publique.

Proposition n° 2– Rendre obligatoire, dès la prise de rendez-vous, la diffusion, sur tout support, des informations économiques précises dont l'article R. 1111-21 du code de la santé publique impose déjà l'affichage dans les salles d'attente ou lieux d'exercice.

Proposition n° 3– Favoriser le développement de la communication des pharmaciens auprès du public, afin de l'assister dans le parcours de soins, sur la gamme des prestations qu'ils peuvent délivrer et leur qualité, leur certification quant à la dispensation des médicaments, la validation de leur formation professionnelle continue ainsi que leur appartenance éventuelle à des groupements d'officines ou à d'autres réseaux professionnels. Ces informations à caractère objectif et informatif pourraient être diffusées par tout support, et en particulier sur les sites Internet des officines.

Proposition n° 4– Imposer aux professionnels libéraux venus d'autres États membres, auxquels un accès partiel à l'exercice de certaines activités a été accordé au titre de l'article L. 4002-5 du code de la santé publique, d'informer préalablement le public, par tout support, de la liste des actes qu'ils ont été habilités à effectuer.

Proposition n° 5– Supprimer l'interdiction de la publicité directe ou indirecte dans le code de la santé publique et poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public, sous réserve du respect des règles gouvernant leur exercice professionnel.

Proposition n° 6– Imposer, par des dispositions expresses, que la communication du professionnel de santé soit loyale, honnête et ne fasse état que de données confirmées, que ses messages, diffusés avec tact et mesure, ne puissent être trompeurs, ni utiliser des procédés comparatifs, ni faire état de témoignages de tiers.

Proposition n° 7– Inviter les ordres à encourager les professionnels de santé à davantage communiquer au public, conformément à leurs recommandations, de manière à éviter toute « auto-proclamation » non vérifiée de spécialités, pratiques ou parcours professionnels.

Proposition n° 8– Prévoir que les nouvelles informations diffusées par les professionnels de santé le soient par tout support adéquat n'étant pas de nature à rendre cette diffusion commerciale. Les codes de déontologie pourraient confier aux ordres le soin de préciser, par des recommandations, les conditions dans lesquelles ces modes de publication seraient déontologiquement admis.

Proposition n° 9– Inciter les professionnels de santé, dans le cadre de leur formation initiale et continue, à davantage utiliser les outils numériques pour communiquer sur leurs expériences et pratiques professionnelles et intervenir efficacement sur tout support afin de répondre aux fausses informations ou approximations susceptibles d'affecter la protection de la santé publique.

Proposition n° 10– Moderniser et harmoniser les rédactions des dispositions des codes de déontologie relatives au contenu et aux procédés de diffusion des informations.

Proposition n° 11– Les pouvoirs publics pourraient inclure, en accord avec les professionnels de santé, sur leurs sites numériques, le cas échéant par des liens hypertextes, les informations que ces professionnels communiqueraient au public volontairement ou obligatoirement. Les professionnels de santé seraient autorisés à diffuser au public les informations les concernant rendues publiques par les sites numériques des administrations. Les sites d'information mis en ligne par les pouvoirs publics gagneraient à être davantage coordonnés afin d'en accroître le référencement numérique et d'en améliorer l'accessibilité.

Proposition n° 12– Veiller, au besoin en insérant des clauses en ce sens dans les conventions conclues avec l'assurance maladie, à ce que les établissements de santé ne placent pas les professionnels de santé qui y travaillent en contradiction avec leurs obligations déontologiques en matière de communication au public et puissent, le cas échéant, faire l'objet de rappels à la loi à cet effet.

Proposition n° 13– Suggérer aux ordres de proposer que soit ajoutée à leur code de déontologie une formule inspirée de l'article R. 4321-124 du code de la santé publique relatif aux masseurs-kinésithérapeutes, qui distinguerait les activités relevant du monopole, pour lesquelles la libre communication serait encadrée, de celles qui n'en relèvent pas, pour lesquelles la publicité serait autorisée sous certaines conditions.

Proposition n° 14– Mettre en place des outils d'évaluation des effets de la publicité ou de la communication commerciale sur les dépenses de santé ainsi que des effets induits, à terme, sur l'offre de soins en France par la concurrence entre prestataires au sein de l'Union européenne et dans le reste du monde.

Proposition n° 15– Proposer aux États membres de l'Union européenne une concertation en vue d'une meilleure coordination des législations nationales fixant les règles applicables aux professionnels de santé en matière de communication, à partir d'un livre vert de la Commission. [...]

Ce document a été élaboré par la section du rapport et des études, avec la participation de **Pauline Berne** et **Damien Pons**, maîtres des requêtes en service extraordinaire à la section sociale et la section du contentieux du Conseil d'État.