

Droits et Débats

Les professions de santé demain

**Un colloque organisé par les sections sociale et
du rapport et des études du Conseil d'État
le 7 février 2020**



Avant propos.....	5
Programme du colloque	9
Séance d'ouverture.....	11
Première table ronde - Nouvelles professions de santé et exercices nouveaux des professions.....	21
Biographie des intervenants	23
Actes – Nouvelles professions de santé et exercices nouveaux des professions.....	25
Échanges avec la salle	41
Deuxième table ronde - Les nouveaux enjeux de la rémunération	47
Biographie des intervenants	49
Actes – Les nouveaux enjeux de la rémunération	51
Échanges avec la salle	69
Troisième table ronde - Médecine de ville et usagers.....	73
Biographie des intervenants	75
Actes – Médecine de ville et usagers.....	79
Échanges avec la salle	109
Séance de clôture	117
Annexes	125
1. Première table ronde.....	127
2. Deuxième table ronde	139
3. Troisième table ronde	157



Martine de Boisdeffre

Présidente de la section du rapport et des études du Conseil d'État

Après s'être intéressé à la protection des données de santé¹, puis à la régulation économique de la santé², le Conseil d'État continue, avec cette 9^e édition de ses Entretiens en droit social, à explorer ce domaine. Dans les mois suivant l'adoption de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, pour la mise en œuvre de la stratégie nationale « Ma santé 2022 », il a souhaité cette fois contribuer au débat et à la réflexion sur l'avenir des professions de santé.

Celles-ci sont au cœur de notre système de santé, qui a pour but de garantir « à tous, notamment à l'enfant, la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Cet objectif continue d'être, depuis sa proclamation par le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, « un principe particulièrement nécessaire à notre temps »³. Et il semble qu'il le soit de plus en plus, en raison particulièrement du vieillissement de la population, de la croissance des maladies chroniques et du développement du recours aux soins⁴.

La pandémie de Covid-19 a également mis en lumière cette exigence de la protection de la santé de tous, au fondement de notre pacte social, et le rôle crucial joué, à cet égard, par les professionnels de santé, les « soignants ». Elle justifie ainsi *a posteriori* le choix que nous avons fait de réunir, autour du président de la section sociale et de membres du Conseil d'État, un universitaire spécialiste en droit de la santé, des représentants des professions de santé et des patients, et des administrateurs en charge de la régulation du système de santé aux niveaux national et local, pour consacrer une journée de colloque aux professions de santé, aux mutations qui les affectent, aux attentes et exigences auxquelles elles font face et aux défis auxquelles elles doivent répondre.

La première table ronde était consacrée aux nouvelles professions de santé et à leurs nouveaux modes d'exercice.

La notion de « professions de santé » est relativement récente en droit, puisqu'elle n'est apparue dans le code de la santé publique qu'en 1994⁵. Sa consécration reflète les évolutions, bien identifiées par les échanges, de notre système de santé,

1 Conseil d'État, *Santé et protection des données*, éd. La documentation Française, coll. « Droits et Débats », n° 29, Paris, 2019.

2 Conseil d'État, *La régulation économique de la santé*, éd. La documentation Française, coll. « Droits et Débats », n° 31, Paris, 2020.

3 Ce principe, consacré par le 11^e alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, a une valeur constitutionnelle sur le fondement du Préambule de la Constitution de la V^e République.

4 Voir en ce sens l'intervention de la présidente Pascale Fombeur à la troisième table ronde.

5 La notion de « professions de santé » a été introduite dans le code par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

historiquement centré sur le médecin. Elles se traduisent par la reconnaissance et l'encadrement juridique de nouvelles professions de santé (physicien médical, auxiliaire médical en pratique avancée, assistant dentaire, conseiller en génétique, etc.), le partage progressif de compétences médicales, telles que la prescription de médicaments et d'examen, la vaccination, avec des professionnels non médecins, et le développement de la coordination et du regroupement des professionnels de santé.

Les modes d'exercice de ces professions changent également, sous l'effet de différents facteurs – sociologiques, tels que l'aspiration des professionnels à un meilleur équilibre de vie, ou encore technologiques, avec les nouvelles potentialités offertes par les technologies numériques et l'intelligence artificielle pour l'amélioration de la prévention et du diagnostic médical, le développement de la télémédecine.

La deuxième table ronde portait sur les nouveaux enjeux de la rémunération des professionnels de santé libéraux. Les intervenants ont souligné qu'elle n'est pas seulement un élément essentiel de la maîtrise des dépenses de santé et par suite de l'accès aux soins et du financement du système de santé, mais qu'elle joue également un rôle important dans l'identité professionnelle des professions de santé. Dans cette perspective, les enjeux sont de deux types : d'une part, garantir, par des négociations entre l'assurance maladie et les représentants des professions, une évolution équitable du niveau des rémunérations et de leur répartition entre les différentes professions de santé et spécialités médicales ; d'autre part, diversifier les modes de la rémunération des professionnels de santé, qui ne peut plus reposer exclusivement sur une rémunération à l'acte, en développant la rémunération forfaitaire, la rémunération en fonction d'objectifs de santé publique, de qualité et pertinence des soins, et la rémunération des structures et des modes d'exercice collectif.

Enfin, la troisième table ronde était centrée sur la médecine de ville et les usagers, avec deux axes de réflexion sur l'information du public et le développement d'une offre de soins sur l'ensemble du territoire.

Par un arrêt du 6 novembre 2019⁶, le Conseil d'État a jugé, conformément à la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union Européenne, que l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, qui interdit les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union, fait obstacle à une réglementation nationale interdisant de manière générale et absolue toute publicité sur les prestations de soins. Dans ce contexte, les débats ont porté, dans le prolongement de l'étude du Conseil d'État de 2018⁷, sur la suppression de l'interdiction de la publicité en matière de santé, avec les risques de distorsion de la concurrence

6 CE, 6 novembre 2019, *M. B.*, n° 416948. L'arrêt fait application de l'interprétation des stipulations de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne par la Cour de justice de l'Union européenne dans un arrêt du 4 mai 2017, *Luc Vanderborght*, C-339/15.

7 Conseil d'État, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*, éd. La documentation Française, coll. « Les études du Conseil d'État », Paris, 2018.



qu'elle est susceptible d'entraîner⁸, ainsi que sur l'utilité d'enrichir l'information médicale communiquée au public, notamment sur les formations et pratiques professionnelles, les techniques et matériels utilisés, et de renforcer la diffusion de l'information économique sur Internet. Ces préconisations ont été reprises dans les décrets du 22 décembre 2020 modifiant les règles de communication professionnelle de six professions (médecins⁹, infirmiers¹⁰, sages-femmes¹¹, pédicures-podologues¹², chirurgiens-dentistes¹³, masseurs-kinésithérapeutes¹⁴).

Il est ressorti des échanges sur le second point que le développement d'une offre de soins de ville sur l'ensemble du territoire, et notamment dans les zones sous-dotées, les « déserts médicaux », passe non seulement par la régulation de l'installation des professionnels, mais aussi par leur regroupement dans des structures pluriprofessionnelles, le développement de l'exercice « mixte » en libéral et salarié, et le décloisonnement des secteurs de l'hôpital, de la médecine de ville et du médico-social pour une prise en charge coordonnée des patients.

Je remercie vivement la section sociale qui s'est associée à la section du rapport et des études pour l'organisation de ces Entretiens sur ce sujet d'actualité, riche et passionnant.

8 L'achat par les professionnels de mots clés pour améliorer leurs référencement sur Internet a été cité en exemple par M. Daniel Guillermin, président de la Fédération nationale des infirmiers.

9 Décret n° 2020-1662 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des médecins et relatif à leur communication professionnelle.

10 Décret n° 2020-1660 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des infirmiers et relatif notamment à leur communication professionnelle.

11 Décret n° 2020-1661 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des sages-femmes et relatif à leur communication professionnelle.

12 Décret n° 2020-1659 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des pédicures-podologues et relatif notamment à leur communication professionnelle.

13 Décret n° 2020-1658 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et relatif à leur communication professionnelle.

14 Décret n° 2020-1663 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et relatif notamment à leur communication professionnelle.



Programme du colloque

9h30-10h00 – Séance d'ouverture

Bruno Lasserre, vice-président du Conseil d'État

10h00-11h15 – Table ronde n° 1 : Nouvelles professions de santé et exercices nouveaux des professions

Modérateur :

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

Intervenants :

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

Michel Laforcade, directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

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

11h15-12h30 – Table ronde n° 2 : Les nouveaux enjeux de la rémunération

Modérateur :

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

Intervenants :

Jacques Battistoni, président du syndicat MG France

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

Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

14h30-16h30 – Table ronde n° 3 : Médecine de ville et usagers

Modératrice :

Dominique Le Guludec, présidente de la Haute Autorité de santé (HAS)

Intervenants :

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

Pascale Fombeur, présidente de la 1^{re} chambre de la section du contentieux du Conseil d'État

Daniel Guillelm, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI)

Katia Julienne, directrice 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



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.

Mesdames et Messieurs les présidents et les directeurs,
Mesdames et Messieurs les professeurs,
Mesdames et Messieurs,
Chers collègues¹⁵,

Je suis heureux d'être avec vous ce matin pour l'ouverture de la neuvième édition des Entretiens en droit social, co-organisés par la section du rapport et des études et la section sociale du Conseil d'État et consacrés, aujourd'hui, aux professions de santé. Ces entretiens sont des moments importants dans la vie du Conseil d'État car ils sont l'occasion de prendre le temps d'aborder des sujets qui sont au cœur des débats en matière de santé, de politique sociale ou de travail et

¹⁵ Texte écrit en collaboration avec Guillaume Halard, magistrat administratif, chargé de mission auprès du vice-président du Conseil d'État.

ainsi de mieux appréhender les enjeux concrets et pratiques qui sous-tendent les questions dont nous pouvons être saisis comme juge, mais aussi comme conseiller du Gouvernement.

Le sujet d'aujourd'hui est, à n'en pas douter, vaste et complexe. Ceci d'abord car la notion de « professions de santé » reste à ce jour particulièrement difficile à cerner : des auteurs parmi les plus éminents ont récemment consacré un volume entier à tenter de la définir, en prévenant le lecteur qu'une définition unitaire demeure « *introuvable dans l'état actuel du droit positif* »¹⁶. Et tout le monde s'accorde d'ailleurs à dire que les professions de santé sont depuis plusieurs années en voie de multiplication et de diversification, notamment du fait d'une spécialisation croissante des disciplines. Ce qu'on peut dire aussi, à défaut d'une définition unitaire, c'est que ces professions partagent une vocation commune, à savoir la protection de la santé, érigée au rang de principe particulièrement nécessaire à notre temps par le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946¹⁷. Il s'agit là d'une vocation d'intérêt général s'il en est, qui explique que les pouvoirs publics attachent la plus grande importance au fonctionnement de ces professions, à leur organisation et à leur efficacité, d'autant plus que les enjeux sous-jacents en termes de finances publiques sont considérables. Il est impératif que les professions de santé « fassent système » et que la diversification à l'œuvre s'accompagne d'une répartition cohérente des tâches, afin de répondre de manière soutenable aux défis de santé.

Ce colloque sera ainsi l'occasion d'examiner les tensions qui traversent ce système, de révéler ses failles et ses fissures, pour réfléchir ensuite à ce que peut être, demain, une « bonne régulation » des professions de santé. Étant entendu que les trois tables rondes focaliseront leur attention sur un pan seulement du système puisque l'hôpital ne sera abordé qu'incidemment, même s'il est évident que la frontière qui a traditionnellement séparé l'hôpital et la médecine de ville est poreuse, mouvante, et que les évolutions de l'une influent directement sur l'autre.

Dans le cadre de cette introduction, je tenterai pour ma part de mettre en lumière certaines lignes de force et d'identifier quelques grandes questions qui nourriront dès après les discussions des différents intervenants.

1. Je commencerai en premier lieu par un constat : les professions de santé, confrontées aux objectifs de santé publique et à des évolutions sociales et technologiques majeures, sont en pleine évolution

1.1. En France, l'organisation des professions de santé est depuis longtemps caractérisée par un fort cloisonnement et la place prépondérante accordée aux médecins

16 EBook, Les professionnels de santé, tome 1, « La notion de profession de santé », dir. A. Laude et D. Tabuteau, p. 10.

17 Alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».



1.1.1. Cette place centrale du médecin dans le système de santé français plonge ses racines dans l'histoire, ainsi que l'a brillamment montré à plusieurs reprises le président Tabuteau¹⁸ : les tentatives d'incursion de la puissance publique dans le domaine médical – en particulier l'institution, lors de la Révolution et au début de l'Empire, des « officiers de santé »¹⁹ et, plus tard, la mise en œuvre de différents dispositifs de protection sociale – ont en effet suscité de vives réactions de la part des médecins, qui ont progressivement pris conscience de ce qu'ils avaient en commun, de ce qui les caractérisait. C'est cet antagonisme avec l'État qui a façonné l'identité de la profession autour de grands principes demeurés en vigueur jusqu'à nos jours.

Le premier de ces principes, c'est peut-être le monopole de l'exercice de la médecine réservé aux seuls titulaires du doctorat de médecine. Durement acquis à la fin du XIX^e siècle, il explique que beaucoup d'actes aient été réservés aux médecins alors qu'ils sont aussi pratiqués, ailleurs qu'en France, par des professionnels moins qualifiés²⁰ ; il explique également que le code de la santé publique continue de définir les « autres professions de santé » comme des dérogations au monopole des médecins²¹, lui-même protégé par l'infraction d'exercice illégal de la médecine²².

Un deuxième grand principe, c'est celui de l'exercice libéral de la médecine de ville, censé symboliser, contrairement au salariat, l'indépendance du médecin. De ce statut découle la liberté d'installation²³, consacrée par la loi du 3 juillet 1971²⁴, qui postule que le médecin a le choix du lieu d'exercice de son activité et que l'ouverture de son cabinet médical n'est pas soumise à un régime d'autorisation ou de déclaration administrative. La liberté dans la fixation des honoraires, de son côté, bien qu'encadrée depuis longtemps, est toujours restée au cœur des négociations entre la profession, l'État et les caisses de sécurité sociale. Et cet encadrement n'a pas empêché que le principe du paiement direct des honoraires par le malade²⁵ soit protégé avant d'être élevé, par la loi²⁶, au rang de « principe déontologique fondamental », faisant du tiers payant une procédure toujours spéciale.

Il est enfin certainement possible de voir dans l'affirmation du « colloque singulier » et du triptyque liberté du diagnostic, liberté de la thérapeutique et liberté de la prescription un principe d'exclusion des pouvoirs public du domaine médical.

1.1.2. La profession médicale s'est ainsi constituée comme le centre de gravité d'un système autour duquel évoluent les autres professions de santé. Ces autres

18 D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », in *Droit social*, 2009, p. 383 ; « Pouvoirs publics et professions de santé », in *Les Tribunes de la santé*, 2010/1, n° 26, p. 103.

19 Institué par le décret des 28 juin et 8 juillet 1793 relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents.

20 D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », *préc.*

21 Voir : J. Moret-Bailly, « Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir », in *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, p. 508.

22 Article L. 4161-5 du code de la santé publique.

23 Cette liberté est aujourd'hui inscrite à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale

24 Article 1 de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

25 Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

26 C'est encore l'article 1 de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 qui est à l'origine de cette consécration.



professions, parmi lesquelles le code de la santé publique distingue, outre les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes rangés dans les « professions médicales », les professions de la pharmacie et de la physique médicale d'une part²⁷, les auxiliaires médicaux, aides-soignants et auxiliaires de puériculture d'autre part²⁸, ont au moins ceci de commun 1) que leurs compétences sont beaucoup plus restreintes que dans de nombreux autres pays, et 2) que leur droit de prescription est longtemps demeuré très limité. La profession d'infirmier illustre particulièrement bien le rôle traditionnellement dévolu à ces « autres » professions de santé : l'infirmier a d'abord été l'assistant du médecin et le cadre juridique de la profession restera profondément marqué par ce caractère accessoire jusqu'à ce qu'un rôle propre, qui n'a cessé depuis lors de grandir²⁹, lui soit reconnu sous l'influence du droit européen³⁰.

Au-delà de ces traits communs qui reflètent parfaitement ce que le président Tabuteau a pu appeler le « *glacis juridique et professionnel* »³¹ protégeant les médecins, ces autres professions de santé apparaissent très disparates, tant du point de vue de la formation, des modalités d'exercice et de la place du salariat, de la structuration ou non en ordre professionnel que de la place qu'y occupe la déontologie³². Et je ne me risquerai pas à tenter ici une systématisation sans doute vaine : car ce qui me semble aujourd'hui davantage importer, c'est plutôt d'interroger la pérennité du dualisme et du cloisonnement au sein des professions de santé, lesquels apparaissent déjà bien entamés.

1.2. Entamés car cette structuration des professions de santé s'est heurtée aux objectifs de santé publique fixés par l'État et doit s'adapter aux évolutions de la technique et de la société

1.2.1. Un premier problème qui a résulté de cette structure tout à la fois médico-centrée, cloisonnée et atomisée, c'est celui de l'accès aux soins, car la liberté d'installation des médecins de ville n'a pas conduit à un maillage territorial couvrant spontanément la demande, mais au contraire à des déséquilibres : pénuries de médecins – généralistes ou spécialistes – à certains endroits, surdensité ailleurs, avec pour conséquence des inégalités difficilement tolérables. Il est donc apparu indispensable de mieux concilier le principe de liberté qui structure la médecine libérale et le principe d'égalité auquel se réfèrent les politiques de santé publique. Et je me permets ici une petite parenthèse pour relever que le Conseil d'État avait eu à connaître de cette question dès 1901, dans une célèbre affaire où il jugea qu'un conseil municipal pouvait légalement embaucher un médecin communal

27 Livre deuxième de la quatrième partie réglementaire du code de la santé publique (art. R. 4211-1 et suiv.).

28 Livre troisième de la quatrième partie réglementaire du code de la santé publique (art. R. 4301-1 et suiv.).

29 Voir : M. Guinganti, « La notion d'auxiliaire médical et la mutation de la profession infirmière », *in Revue de droit social et sanitaire*, 2017, p. 708.

30 Voir : loi n° 78-615 du 31 mai 1978 et le décret n° 81-539 du 12 mai 1981, intervenus pour transposer la directive 77/453/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux.

31 D. Tabuteau, « Pouvoirs publics et professions de santé », *préc.*

32 Au sujet de la diversité des situations s'agissant de la place de la déontologie, voir F. Vialla, « La déontologie des professions de santé », *in Revue de droit sanitaire et social*, 2018, p. 37.



en cas de carence de l'initiative privée³³. Je dis parenthèse, mais cet arrêt n'est pas seulement folklorique, car au fond la vraie question est aujourd'hui encore de déterminer dans quelle mesure et par quels moyens la puissance publique peut intervenir dans la régulation de la médecine libérale, afin de garantir l'égal accès aux soins³⁴. Et la grille de lecture identifiée en 1901 n'est pas obsolète : l'objectif poursuivi est-il légitime ? L'atteinte à la liberté est-elle proportionnée ?

Un autre objectif de santé publique remet en cause la structure de nos professions de santé : c'est celui de la qualité ou de la pertinence³⁵ des soins, qui implique de développer la prévention et d'organiser un meilleur suivi ou, pour reprendre le terme consacré, une « prise en charge globale » du patient. Mieux prévenir doit conduire à réorienter un système qui s'est construit – et, ne l'oublions pas, a excélé – sur le versant curatif des soins. À cet égard, en dépit d'indicateurs de santé globalement satisfaisants et en constante amélioration, on sait que la mortalité prématurée en France reste relativement élevée et que l'espérance de vie sans incapacité y est plus faible que dans d'autres pays européens³⁶. Élaborer un parcours de soins plus complet et mieux adapté suppose pour sa part de continuer à ébrécher les cloisons qui séparent encore les professions de santé en favorisant la coopération, la coordination et l'institution d'une santé en réseau, ainsi que l'a appelée de ses vœux le Président de la République lors de la présentation de la stratégie « Ma santé 2022³⁷ ».

1.2.2. Je souhaiterais, par ailleurs, évoquer deux évolutions importantes de la société qui ne pourront pas rester sans effet sur l'organisation de nos professions de santé. La première est celle du vieillissement de la population : à mesure que la population des personnes âgées en perte d'autonomie croîtra, les professions de santé vont devoir s'adapter pour répondre aux nouvelles demandes, étant entendu que la prise en charge de ces personnes rend indispensable une articulation dans la durée entre soins cliniques et techniques, d'une part, et un accompagnement du maintien de l'autonomie, d'autre part. D'ici à 2040, les effectifs d'infirmiers pourraient ainsi augmenter de plus de 50 % afin, principalement, de répondre à ces besoins³⁸. Un tel rééquilibrage de la place des infirmiers emportera nécessairement des conséquences sur le partage des compétences entre les différents professionnels. Des professions nouvelles pourraient aussi voir le jour pour assurer la coordination de la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes, sur le modèle des « *case managers* » (gestionnaires de cas) anglo-saxons³⁹.

La deuxième évolution à laquelle je pense, c'est le progrès technologique. Ses conséquences à moyen terme sur les professions de santé sont évidemment

33 CE 29 mars 1901, *Casanova, Canazzi et autres*, n° 94580.

34 Voir : not. F. Mandin, « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public », in *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, p. 591.

35 Voir : A.-S. Ginon, « La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ? », in *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, p. 428.

36 Voir : Drees, *L'état de santé de la population en France*, rapport 2017, p. 13 et suiv.

37 Discours du 18 septembre 2018 sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » du Président de la République, disponible sur Internet (www.elysee.fr).

38 Drees, *Démographie des professionnels de santé*, 2018, dossier de presse, disponible en ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf

39 D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », *préc.*



difficiles à prévoir, mais une chose est sûre : la technologie et le numérique sont appelés à jouer un rôle grandissant en matière de santé. Des filières de techniciens, d'informaticiens ou d'ingénieurs du vivant sont en cours de développement et en voie d'acquiescer une place autonome, à côté des médecins, dans les professions de santé. La télémédecine ou e-santé⁴⁰, qui n'est pas neuve, va massivement se développer et demander aux professionnels de santé d'exercer leurs métiers autrement⁴¹. Et l'intelligence artificielle (IA), de son côté, requerra de certains professionnels – je pense par exemple aux radiologues, aux dermatologues voire à certains chirurgiens – qu'ils se forment et adaptent leurs pratiques, afin que naisse une véritable complémentarité homme-machine⁴².

2. Ces tensions expliquent que la puissance publique n'ait cessé d'intervenir pour concilier l'organisation des professions de santé à ses objectifs de santé publique, et ceci interroge sur les modalités d'une bonne régulation de la santé

2.1. La puissance publique a expérimenté de nombreux dispositifs pour concilier l'organisation des professions de santé et les objectifs de santé publique

2.1.1. S'agissant des professions médicales, de très nombreux dispositifs ont été élaborés par les pouvoirs publics afin de réaliser ces objectifs. Je me bornerai à en mentionner quelques-uns pour illustrer la diversité de ces interventions.

Afin d'assurer à la fois un égal accès aux soins dans sa dimension tarifaire et de maîtriser les dépenses publiques de santé, l'encadrement des honoraires facturés par les médecins repose aujourd'hui sur l'existence de tarifs opposables et le conventionnement en secteurs 1 et 2, dont les modalités sont périodiquement négociées dans le cadre de la convention médicale. Dans un objectif de maîtrise des dépenses, mais également d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, la convention médicale de 2011⁴³ a, par ailleurs, institué la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP), qui prévoit l'attribution d'une prime versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité des prescriptions. Ce dispositif est remarquable en ce qu'il a activé le levier de la rémunération, qui sera discuté lors de la deuxième table ronde de ce colloque. Et je crois, en effet, essentiel de nous interroger sur la rémunération comme outil de régulation des pratiques médicales : car si la tarification à l'activité sur laquelle

40 La télémédecine est ainsi définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. / Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. / La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

41 Voir : J. Damon, « Révolution numérique : sécurité sociale 2.0 et médecine SP », in *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, p. 925 et suiv.

42 Voir : dossier thématique sur « Intelligence artificielle et santé », in *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, n° 17, 2017 ; ou encore J.-D. Zeitoun et P. Ravaud, « L'intelligence artificielle et le métier de médecin », in *Les Tribunes de la santé*, n° 60, printemps 2018.

43 Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.

repose en majorité le financement de notre système de santé n'est pas dénuée de mérites⁴⁴, elle discrimine mal selon la qualité des soins et n'incite ni à la prévention, ni à une coordination efficace et à un partage suffisant de l'information entre les différents acteurs⁴⁵.

L'objectif de réduction des inégalités territoriales a, quant à lui, justifié depuis longtemps – sans succès évident – une kyrielle d'aides financières⁴⁶ ou d'exonérations fiscales destinées à favoriser l'installation ou le maintien des médecins déjà en exercice. La loi HPST de 2009⁴⁷ est allée plus loin en tentant d'agir dès le stade des études médicales, avec le « contrat d'engagement de service public » (CESP), qui ouvre droit à une allocation mensuelle pour les étudiants qui s'engagent à s'installer dans des lieux insuffisamment couverts⁴⁸. Ce contrat est lui aussi intéressant, car les expériences menées à l'étranger montrent que les dispositions les plus efficaces sont généralement celles intégrées à la formation initiale⁴⁹. Il reste que les inégalités n'ont pas été résorbées, et c'est pourquoi la restructuration de l'organisation territoriale des soins a été placée au cœur de la stratégie « Ma santé 2022 ».

La recherche d'un meilleur accès aux soins et d'une prise en charge globale a enfin conduit les pouvoirs publics à promouvoir l'exercice groupé des professions de santé avec, par exemple, les « centres de santé »⁵⁰, les « pôles de santé »⁵¹, les « maisons de santé »⁵² ou, plus récemment, les « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS)⁵³. Ces structures ont ceci de commun qu'elles permettent une mutualisation des moyens – elles présentent donc, au-delà des aides associées, un intérêt économique pour leurs membres – et reposent en contrepartie sur un projet conforme à des objectifs de santé publique. Le développement de ces modes d'exercice collectif de la médecine libérale rompt clairement avec la construction historique de la profession et permet peut-être d'entrevoir ce que seront, demain, les professions de santé.

2.1.2. Les réformes entreprises ont également conduit à revaloriser d'autres professions de santé tout en élargissant leurs périmètres d'exercice, afin de favoriser la coopération avec le corps médical. Je pense une fois de plus aux infirmiers, qui ont poursuivi leur processus d'autonomisation : ceci est notamment

44 La tarification à l'acte assure en effet globalement la productivité de chaque acteur et la réactivité par rapport aux besoins immédiats des patients.

45 Rapport de la *Task Force* « Réforme du financement du système de santé », Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un paiement combiné, 2018.

46 Par exemple, pour les collectivités territoriales : L. 1511-8 du code général de collectivités territoriales ; ou les différentes options conventionnelles ouvrant droit à des aides à l'investissement ou à l'activité.

47 Article 46 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

48 Voir : F. Mandin, « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine : le contrat d'engagement de service public », *préc.*

49 Y. Bourgueil, J. Mousquès, A. Tajahmadi, *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, IRDES, rapport n° 534, juin 2006.

50 Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

51 Article L. 6323-4 du code de la santé publique.

52 Article L. 6323-3 du code de la santé publique.

53 Articles L. 1434-12 et suiv. du code de la santé publique.



passé par l'accroissement du nombre d'actes relevant en propre de la profession, par l'association des instituts de formation et de l'université, par la reconnaissance des « pratiques avancées »⁵⁴ – qui ont vocation à s'ouvrir à d'autres secteurs – ou encore par la structuration de la profession dans un ordre autonome disposant d'un code de déontologie prévu par la loi⁵⁵. La création d'un espace institutionnalisé a d'ailleurs fait émerger une réflexion originale sur les pratiques infirmières et contribué à renouveler la place des infirmiers dans le réseau de soins⁵⁶.

Le développement des « protocoles de coopération »⁵⁷ va également dans le sens d'une meilleure valorisation des auxiliaires médicaux : ces accords passés entre professionnels de santé opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins. Et si ces protocoles restent encore peu nombreux à ce jour, ils ont sans doute permis d'ouvrir le débat, devenu incontournable, sur la répartition des compétences, le partage des rôles et les conditions d'exercice des professions de santé demain⁵⁸.

2.2. Mais le temps passe et j'aimerais terminer en évoquant quelques pistes de réflexion relatives à la régulation des professions de santé

2.2.1. Une première piste de réflexion concerne l'adaptation de la liberté d'installation des médecins libéraux. On constate à cet égard que la portée conférée à cette liberté a toujours empêché les pouvoirs publics de leur imposer des dispositions véritablement contraignantes. Et ceci ne découle nullement de la simple qualification de médecine « libérale » puisque, précisément, les infirmiers libéraux et les pharmaciens⁵⁹ sont soumis à de telles dispositions lors de leur installation⁶⁰. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁶¹ et la Cour des comptes⁶² avaient ainsi tous deux préconisé de recourir à des mécanismes plus « directifs » que de simples incitations financières pour réguler l'installation des médecins. La question de la meilleure manière de réguler l'installation des médecins – quelle place pour la contrainte, pour la sanction, pour l'incitation ? – reste donc posée, étant entendu que les solutions clés en main n'existent pas et que sa réponse devra tenir compte non seulement du contexte, marqué par une forte désaffection pour l'exercice libéral de la médecine, mais aussi des véritables raisons de la désaffection des médecins pour les zones rurales et certains secteurs urbains délaissés.

54 Article L. 4301-1 du code de la santé publique.

55 Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

56 M. Guinganti, « La notion d'auxiliaire médical et la mutation de la profession infirmière », *préc.*

57 Le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé initié par l'article 51 de la loi « HPST » de 2009, a été rénové et simplifié par l'article 66 de la loi organisation et transformation du système de santé (OTSS) publiée le 24 juillet 2019.

58 R. Marié, « À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de santé », in *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, p. 74.

59 Article L. 5125-4 du code de la santé publique.

60 Voir : F. Jornet, « Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire », in *RDSS*, 2009.

61 Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance maladie (HCAAM), 2007, p. 83.

62 Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2007, p. 202.



2.2.2. Une deuxième piste de réflexion concerne la déontologie des professions de santé. À mesure que les professions de santé se diversifient, elles s'autonomisent et tendent à se structurer autour de règles déontologiques communes. On dénombre aujourd'hui sept codes de déontologie prévus par la loi⁶³, dont l'ensemble des règles sont inscrites dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Mais beaucoup de professions de santé choisissent librement, hors de toute exigence légale, de se soumettre à des règles déontologiques communes. Un tel choix traduit la volonté d'informer et de rassurer les patients, mais encore d'unifier les pratiques et de fédérer les professions, afin notamment de faire valoir de manière plus efficace leurs intérêts auprès des pouvoirs publics⁶⁴. Ainsi que le relevait Didier Truchet dans sa préface au code de déontologie de l'ostéopathie, l'objet de ces codes est à la fois « *prescriptif, didactique et programmatique* ». Cette tendance n'est pas à négliger : elle illustre les mouvements qui traversent les professions de santé et interroge sur leur régulation : quelle valeur pour les règles déontologiques ainsi affirmées ? Quelle place pour la régulation interne en l'absence d'ordre professionnel à proprement parler ? Quel rôle, enfin, pour le juge ?

2.2.3. Et cette question de la déontologie m'amène enfin à évoquer les dernières évolutions juridiques concernant la publicité des professions de santé. Le Conseil d'État a récemment tiré les conséquences de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne⁶⁵ et ouvert la voie à certaines formes de publicité dans le domaine de la santé⁶⁶. Ce revirement intervient un an et demi après que le Conseil d'État avait proposé, dans une étude relative aux règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité⁶⁷, de poser un principe de libre communication pour les professionnels de santé et d'enrichir l'information délivrée au public. Il s'agissait ainsi de tirer les conséquences de la spécialisation croissante de l'offre de soins et de contribuer à un meilleur équilibre entre professionnels et patients. Après la réflexion, la période qui s'ouvre est donc celle des travaux pratiques, et le cadre de ces nouvelles formes de communication devra être finement calibré afin de concilier les différents intérêts en jeu, dans un contexte de mondialisation des prestations, de multiplication des acteurs et de la place de plus en plus importante de la technologie dans le secteur de la santé.

Mesdames et Messieurs, vous le voyez, le sujet qui occupera les trois tables rondes de ce colloque est vaste et foisonnant. Une journée ne sera pas de trop pour aborder l'ensemble des questions qu'il recèle. Je m'empresse donc de céder ma place, mais je souhaite avant cela remercier très chaleureusement l'ensemble des

63 Médecins (articles R. 4127-1 et suiv. du code de la santé publique), chirurgiens-dentistes (articles R. 4127-201 et suiv. du code de la santé publique), sages-femmes (articles R. 41-27-301 et suiv. du code de la santé publique), pharmaciens (articles R. 4235-1 et suiv. du code de la santé publique), infirmiers (article R. 4312-1 et suiv. du code de la santé publique), masseurs-kinésithérapeutes (article R. 4321-51 et suiv. du code de la santé publique) et pédicures-podologues (article R. 4322-31 et suiv. du code de la santé publique).

64 F. Violla, « La déontologie des professions de santé », in *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, p. 37.

65 CJUE, 4 mai 2017, *Vanderborght*, aff. C-339/15.

66 CE, 6 novembre 2019, *M. Bernard*, n° 416948.

67 Conseil d'État, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*, éd. La documentation Française, Paris, 2018. Étude adoptée par l'assemblée générale plénière le 3 mai 2018.



intervenants et, en particulier, les présidents des trois tables rondes qui nous font l'honneur de leur participation : Didier Truchet, professeur émérite à l'université Panthéon-Assas, Didier Tabuteau, président de la section sociale du Conseil d'État et Dominique Le Guludec, présidente de la Haute autorité de santé. Je remercie également Martine de Boisdeffre, présidente de la section du rapport et des études du Conseil d'État ainsi que tous les agents qui ont participé à l'organisation de cette journée.



Nouvelles professions de santé et exercices nouveaux des professions

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 1 500 habitants en 1880 à 3 pour 1 000 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 coopérations 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.

Sommaire

Biographie des intervenants.....	23
Actes de la table ronde.....	25
Échanges avec la salle	41



Biographie des intervenants

Les fonctions mentionnées sont celles exercées à la date de la conférence

Modérateur

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 (éd. PUF/Humensis) et le Jurisclasseur Justice administrative (éd. 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), éd. PUF, Thémis, 2016 ; *Le droit public*, éd. PUF, coll. Que sais-je ?, 4^e éd., 2018 ; *Droit de l'enseignement supérieur* (co-direction avec Bernard Beignier), éd. LGDJ, Lextenso, 2018 ; *Droit administratif*, éd. PUF, Thémis, 9^e éd., 2021 ; et *Droit de la santé publique*, éd. Dalloz, Memento, 10^e éd. (avec Benoît Apollis), 2020.

Intervenants

Lionel Collet

Conseiller d'État, rapporteur à la section sociale

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 France (2016-2017), co-piloté 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 et membre correspondant de l'Académie nationale de médecine depuis 2019.

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 (1980-1983). 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 (1987-1988). 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 (1988-1991). Il a ensuite occupé les fonctions de directeur départemental de la DDASS des Landes (1991-1997), 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 (2009-2012). 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 Ph. Ducalet, éd. Séli Arslan, 3^e éd., 2008) ; *Politiques sociales de santé* (avec Y. Rayssiguier et J. Jégu, éd. EHESP, 2^e éd., 2012) ; *L'évaluation interne dans les établissements et services pour personnes handicapés* : IME, ITEP, SESSAD, ESAT (éd. De Boeck Supérieur, coll. Séli Arslan, 2009).

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. En 2017, Anne-Laure Rousseau a créé 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 de jeunes pousses technologiques sur des sujets tels que les réseaux sociaux de médecins, la réalité virtuelle en chirurgie, et travaille actuellement avec la jeune pousse Nabla Technologies pour créer des solutions basées sur l'intelligence artificielle pour améliorer les soins primaires.



Actes – Nouvelles professions de santé et exercices nouveaux des professions

Didier Truchet

Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas,
modérateur de la table ronde

Je remercie le Conseil d'État pour son invitation à présider cette première table ronde intitulée « nouvelles professions de santé et exercices nouveaux des professions ».

Il s'agit d'un thème particulièrement bienvenu parce qu'il a fait l'objet, depuis dix ou quinze ans, d'une évolution lente qui a pu, sur le moment, passer relativement inaperçue, avant de finir par parcourir une distance considérable ; de sorte qu'il est devenu nécessaire, aujourd'hui, de faire le point sur cette évolution dont la cohérence trouve sa source à la fois dans le phénomène de désertification médicale, dans la notion même de système de santé inauguré par la loi de 2002⁶⁸ et dans la notion plus récente de parcours de santé.

Pour évoquer ce sujet, j'ai l'honneur d'accueillir trois orateurs éminents : M. Lionel Collet, conseiller d'État, rapporteur à la section sociale, M. Michel Laforcade, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, et Mme Anne-Laure Rousseau, médecin vasculaire à l'hôpital européen Georges Pompidou et à l'hôpital Robert Debré, et présidente de l'association Nhance.

Sans plus tarder, je donne la parole à M. Lionel Collet.

Lionel Collet

Conseiller d'État, rapporteur à la section sociale

Merci beaucoup. Je remercie également les organisateurs de ce colloque pour leur invitation à intervenir à cette séance. Le cadre étant clairement fixé, je vous propose d'examiner, puisqu'il a été dit qu'il y a eu des progrès par petites avancées, ce qui se passe en termes de petits pas dans ces nouvelles professions de santé.

Rappelons que le concept de *nouvelles profession de santé* a donné lieu à de nombreux rapports, confiés notamment au professeur Yvon Berland⁶⁹, où il est question de délégation de tâches et de coopération ; tous sujets qui sont ceux de notre table ronde.

⁶⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁶⁹ Voir : *Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétences*, rapport 2003 ; *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, ONDPS, 2006 ; *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, HAS, 2008 ; et *Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 2011.

Notons qu'en 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) s'est également exprimée sur la délégation de tâches, les transferts et les nouveaux métiers⁷⁰. Approche que l'on retrouve aussi aux assises hospitalo-universitaires consacrées, en 2008, aux nouveaux centres hospitaliers et universitaires (CHU) et dont une séance était dédiée aux nouveaux métiers⁷¹. L'on peut ajouter à cela un rapport d'information du Sénat de 2014⁷² – sur lequel je reviendrai –, ainsi qu'une contribution récente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à la stratégie de transformation du système de santé qui évoque la question des nouveaux métiers.

Dans cette approche, l'on part d'un constat commun qui est que le médecin a une compétence générale, définie notamment par l'article R. 4127-70 du code de la santé publique, qui précise que « *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* ».

Les seules limitations à l'action du médecin sont donc ses propres compétences et son éthique ; sachant que dans les faits un médecin ne peut pas tout pratiquer contrairement à son homologue du siècle dernier.

Enfin, il y a la problématique de l'accès aux soins liée à la diminution de la densité médicale que traduit l'évolution du *numerus clausus*⁷³ qui était à plus de huit mille dans les années 1970, puis qui est descendu à trois mille cinq cents au milieu des années 1990, avant de remonter à nouveau à plus de huit mille.

Et lorsque l'on tient compte de la formation du médecin, qui est d'environ une dizaine d'années, l'on comprend qu'il y a eu *de facto* une diminution de la densité médicale, à laquelle s'est ajoutée une diminution du temps médical sur l'exercice professionnel par médecin pour des raisons d'évolution des générations et des mentalités.

Tout cela conduit à se poser la question de l'adéquation avec les besoins en santé de la population.

Si nous reprenons l'exemple du rapport d'information de 2014 du Sénat⁷⁴, on note que l'un des chapitres s'intitule : « *Une nécessaire évolution des métiers de la santé* ». Et ce chapitre précise, dans sa première sous-partie, que « *Les modalités actuelles de répartition des compétences [sont] une hiérarchie rigide et inadaptée aux défis du système de santé* »⁷⁵. En d'autres termes, nous sommes dans un système médico-centré dans lequel se pose concrètement la question des compétences qui doivent être partagées par les médecins et les non-médecins.

70 HAS, *Délégation, transferts, nouveaux métiers. Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*, avril 2008.

71 XI^e assises nationales hospitalo-universitaires, Lille, 11 et 12 décembre 2008.

72 Sénat, n° 318, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé*, 28 janvier 2014.

73 Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971.

74 Sénat, n° 318, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, préc.*

75 *Ibid.*, p. 28.



Face à ce constat, l'ensemble des rapports donnent deux grandes pistes d'évolution : d'une part, la création de nouveaux métiers ou de nouvelles compétences pour des professions déjà existantes, voire les deux et, d'autre part, l'évolution de la coopération professionnelle.

Ainsi, lorsque je parle d'équipes de soins, il ne s'agit pas de la coopération avec les équipes de soins, mais de la *constitution* d'équipes de soins et aussi du fait de sortir du colloque singulier qu'était la pratique médicale jusque dans les années 1970-1980 pour encourager effectivement le travail en coopération.

Si nous observons l'évolution des métiers entre 2000 et 2020, qu'est-ce qui a changé ? Dans le code de la santé publique, l'on voit dans la quatrième partie intitulée « Professions de santé » ce qui correspond à des métiers, des professions de santé qui étaient absentes en l'an 2000 et qui sont aujourd'hui présentes en 2020 comme, par exemple, la profession de physicien médical, ou l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux. On notera également que les assistants dentaires sont entrés dans le code de la santé publique entre 2000 et 2020 – je reviendrai sur ce point.

Trois professions sont donc entrées au titre de la quatrième partie. Et si nous regardons la première partie du code de la santé publique, intitulée « Protection générale de la santé », la profession de conseiller en génétique est également apparue entre 2000 et 2020.

Et l'on notera qu'il existe également des métiers relatifs à la santé qui ne sont pas dans le code de la santé publique, et qui pourtant on fait l'objet de textes législatifs.

En premier lieu, la loi du 4 mars 2002⁷⁶ a reconnu l'usage professionnel du titre d'ostéopathe chiropracteur. Nous ne sommes pas en présence de professions de santé inscrites dans le code de la santé publique, mais de métiers de santé qui sont devenus légaux, ou plus exactement dont l'usage du titre est devenu réservé (deux décrets ayant précisé les actes et les conditions d'exercice de ces deux professions). De même, l'usage du titre de psychothérapeute est réservé, depuis la loi du 9 août 2004⁷⁷, à des professionnels inscrits à un registre. Là encore, le psychothérapeute n'est pas une profession de santé au sens du code de la santé publique, notamment de sa quatrième partie, puisqu'il en est absent.

Plus récemment, ce sont les assistants médicaux qui ont été annoncés dans le cadre du plan « Ma santé 2022 »⁷⁸ inscrit dans la LFSS 2019⁷⁹ qui prévoit que les conventions doivent déterminer les conditions et les modalités de participation financière au recrutement de personnel salarié intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne. Cela aboutit à ce que, dans l'avenant 7 à la convention

76 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

77 Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

78 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

79 Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.



de 2016⁸⁰, le premier article est consacré à l'aide au déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux. Or les assistants médicaux ne sont pas dans le code de la santé publique.

Lorsque l'on voit cela, l'on ne peut que s'interroger sur l'apparition de ces nouveaux métiers dont nous prendrons quelques exemples.

Premier exemple : le physicien médical. Sa profession est créée par une ordonnance de janvier 2017⁸¹. Pourtant, le premier radio physicien en France est apparu en 1953 à l'institut Gustave Roussy. Et, progressivement, cette compétence s'est développée vers celle de physicien médical avec des missions en radiothérapie, en médecine nucléaire et en radiologie. Dans le Livre blanc de 2013 de la radiothérapie en France, il était proposé une reconnaissance de ce métier comme profession de santé, parce qu'il était nécessaire aux radiologues eu égard à leur mission et à leur intégration dans les services de soins. De même, le plan cancer de 2014-2019 avait parmi ses propositions celle de reconnaître pleinement la profession de radio physicien en tant que profession de santé, en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique. Il ne s'agit donc pas d'une création nouvelle, mais de la reconnaissance d'un métier et de son inscription dans le code de la santé publique au titre des professions de santé.

Deuxième exemple : l'assistant dentaire. L'assistant dentaire est entré dans le code de la santé publique via la loi « santé » du 26 janvier 2016⁸² portée par la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine. Mais l'on notera, d'une part, que la convention collective des chirurgiens des cabinets dentaires du 17 janvier 1992⁸³ prévoyait déjà l'existence desdits assistants dentaires et que, d'autre part, l'amendement parlementaire attaché à la loi « santé » de 2016 précisait dans son exposé sommaire qu'« *il est proposé clairement d'insérer les assistants dentaires au sein des professionnels de santé* ». Ceci démontre bien qu'il ne s'agissait pas d'une création *ex nihilo*, mais plutôt, là encore, d'une reconnaissance des assistants dentaires comme profession de santé inscrite dans le code de la santé publique.

Troisième exemple : l'auxiliaire médical en pratique avancée. Ce métier, souhaité dans le cadre du plan cancer 2014-2019, a également été créé par la loi « santé » du 26 janvier 2016. Il faut se rappeler que l'une des actions de ce plan cancer était de créer le métier d'infirmier clinicien et de le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie. Au final, cela n'a pas donné l'infirmier en pratique avancée, mais l'auxiliaire médical en pratique avancée ; la loi « santé » de 2016 prévoyant que ce sont les auxiliaires médicaux qui peuvent exercer en pratique avancée, même si, à ce jour, seuls les décrets relatifs aux infirmiers en pratique avancée ont été publiés. Parmi leurs attributions, on notera la possibilité de prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, d'exams complémentaires, et de renouvellement ou d'adaptation de prescriptions

80 Arrêté du 4 août 2019 portant approbation de l'avenant 7 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2019.

81 Ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017 relative à la profession de physicien médical.

82 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dite loi « santé ».

83 Convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992 - Étendue par arrêté du 2 avril 1992, *JORF* du 9 avril 1992.



médicales. C'est donc une compétence typiquement médicale – celle de l'acte de prescrire – que peuvent, de manière encadrée, réaliser ces auxiliaires médicaux pour peu qu'ils soient devenus auxiliaires médicaux en pratique avancée.

De sorte que l'on peut penser qu'il s'agit moins de métiers nouveaux que de la reconnaissance des métiers existants ; même si, dans la réalité, je pense qu'il s'agit plutôt d'une augmentation des compétences professionnelles de santé des non-médecins, comme le montrent les nombreuses modifications réalisées ces vingt dernières années sur l'article L. 4311-1 du code de la santé publique qui détaille les compétences des infirmiers.

On notera ainsi que c'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008⁸⁴ qui a permis aux infirmiers d'effectuer certaines vaccinations sans prescription médicale. On notera également que c'est la loi « HPST » de 2009⁸⁵ qui les a autorisés à renouveler des prescriptions datant de moins d'un an de médicaments contraceptifs oraux. C'est aussi la loi du 24 juillet 2019⁸⁶ qui a prévu, dans le cadre de protocoles d'un exercice coordonné, que les infirmiers soient autorisés à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. Notons que c'est encore la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui a prévu une liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale peuvent prescrire à leurs patients. Enfin, c'est à la fois la loi « santé » de 2016 et la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui ont permis, respectivement, que les infirmiers puissent prescrire des substituts nicotiques, des solutions et produits antiseptiques, ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative. C'est donc par petites touches successives que les compétences des infirmiers se sont accrues ces vingt dernières années.

Cette approche est particulièrement explicite lorsque l'on analyse le phénomène grippal, qui touche chaque année en France deux à huit millions de personnes et aboutit à une surmortalité annuelle comprise, selon les années, entre dix mille et quinze mille personnes. C'est ainsi qu'à un moment donné la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a autorisé les infirmiers à procéder à certaines vaccinations sans prescription médicale. Mais, à l'époque, le (premier) décret du 29 août 2008⁸⁷ qui présidait à ce changement édictait que l'infirmier était habilité à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal à l'exception de la première injection. C'est-à-dire que la première injection restait un *acte médical* non partagé avec l'infirmier. Et il faudra attendre dix ans, à la suite du rapport de la Haute Autorité de santé sur l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination⁸⁸ qui précisait qu'il n'existait pas de risque particulier associé à l'injection de la première dose par rapport aux doses ultérieures, pour qu'un

84 Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

85 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

86 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

87 Décret n° 2008-877 du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmières et les infirmiers.

88 HAS, *rapport sur l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination*, juillet 2018.



nouveau décret, en date du 25 septembre 2018⁸⁹, supprime cette exception de la première injection et permette à tout infirmier de vacciner contre la grippe dès la première dose. Cela montre bien la progressivité de cette mise en place de compétences nouvelles.

Pendant, parallèlement à cette approche extensive des compétences des non-médecins, on assiste à l'apparition d'un phénomène nouveau : au fur et à mesure que les compétences des professionnels de santé augmentent, la clause de compétence générale des médecins est écornée.

Ce phénomène a en effet pris la forme d'une diminution de la compétence générale des médecins qui ne peuvent plus pratiquer, ou qui ne peuvent plus prescrire tous les produits de santé, comme ils pouvaient le faire il y a encore trente ou quarante ans.

C'est par exemple le cas, dans le code de la santé publique, à travers l'article R. 5121-77 relatif aux médicaments soumis à prescription restreinte qui précise que parmi les médicaments il y a notamment ceux à prescription réservée à certains médecins spécialistes, ou qui ne peuvent pas être prescrits par un médecin généraliste.

Pour préciser les choses, il faut noter que ce classement ne peut intervenir que si les restrictions apportées à la prescription du médicament sont justifiées à la fois par les contraintes de mise en œuvre du traitement, eu égard à la spécificité de la pathologie, aux caractéristiques pharmacologiques du médicament, à son degré d'innovation ou à un autre motif de santé publique. En d'autres termes, il existe une considération de santé publique selon laquelle le maniement de ce produit, pour des raisons d'efficacité, d'adaptation posologique, voire d'effets indésirables doit être réservé à ceux qui ont la formation la plus poussée dans ce domaine précis. Ce qui est intéressant ici est que nous sommes sur la prescription initiale. Et dans l'hypothèse où seule la prescription initiale du médicament est réservée à certains spécialistes, le traitement peut, après la première prescription, être renouvelé par tout médecin dans les conditions de droit commun. C'est-à-dire qu'il existe un certain nombre de médicaments où seule la *primo prescription* doit être faite par le spécialiste, car ensuite tout médecin peut prescrire de nouveau ce produit. Cela ressemble à ce qui a été évoqué pour les infirmiers qui ne pouvaient pas réaliser la primo injection contre la grippe.

Ainsi, les exemples de médicaments à usage réservé sont notamment certains antipsychotiques que seuls peuvent prescrire les psychiatres, les neurologues, voire les gériatres, mais aussi des bronchodilatateurs ou des chimiothérapies sous forme orale. Notons également que certains dispositifs médicaux sont aussi à prescription réservée, comme par exemple le traitement de l'apnée du sommeil qui présente un dispositif médical appelé « la pression positive continue » ne pouvant être prescrit que par un spécialiste pneumologue, ou par d'autres médecins mais à condition qu'ils aient suivi une formation spécialisée en troubles du sommeil.

89 Décret n° 2018-805 du 25 septembre 2018 relatif aux conditions de réalisation de la vaccination antigrippale par un infirmier ou une infirmière.



De la même façon, l'on peut prendre l'exemple des aides auditives qui, jusqu'en 2018, pouvaient être prescrites par tout médecin. Depuis cette date, et plus précisément depuis l'arrêté du 14 novembre 2018⁹⁰, pour un adulte ou un enfant de plus de six ans, la primo prescription doit être réalisée par un médecin otorhino-laryngologiste (ORL) ou par un généraliste qui aura montré une compétence dans le domaine de l'otologie médicale⁹¹. Et, là aussi, le renouvellement de la prescription peut être réalisé par tout médecin. Ce texte qui devait entrer en application au 1^{er} janvier 2020 a été repoussé au 1^{er} septembre 2020, car la formation proposée aux généralistes n'a pas encore été mise en place. Notons, enfin, que s'il faut un médecin ORL pour la première prescription envers les plus de six ans, il est nécessaire pour les moins de six ans que, non seulement, il faille un médecin ORL pour la première prescription, mais encore il faut que celui-ci ait été formé en audiophonologie infantile, de sorte que le spécialiste doit s'effacer ici pour laisser la place à un surspécialiste.

Certes, nous sommes là dans des cas extrêmes où la spécialité ne suffit pas pour prescrire. Mais, au vu des éléments qui précèdent, nous pouvons affirmer que si l'on ne trouve pas réellement de nouveaux métiers, en revanche l'on trouve des compétences accrues pour les non-médecins, avec un encadrement plus serré, voire une diminution générale des compétences des médecins.

Dans ce contexte, comment pourrait se présenter l'avenir des professions médicales ? Un récent sondage du journal *Le Généraliste* de novembre 2019 semble apporter quelques éléments de réponse.

Ainsi, lorsque l'on demande aux médecins généralistes s'ils sont favorables pour déléguer des tâches à d'autres professions de santé, afin de retrouver du temps médical, 47 % sont contre et 40 % sont pour.

Mais, si l'on analyse ces résultats en fonction des tranches d'âges des médecins, l'on s'aperçoit de certaines disparités : 58 % des médecins de moins de quarante ans sont favorables aux transferts ou délégations de tâches, c'est-à-dire aux compétences partagées, tandis que plus de 50 % des médecins de plus de quarante ans y sont hostiles.

Cette évolution naturelle pourrait donc permettre aux pouvoirs publics de s'appuyer sur une nouvelle génération de médecins souhaitant davantage travailler en coopération avec d'autres professionnels de santé aux compétences plus élargies.

Didier Truchet

Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas,
modérateur de la table ronde

Je vous remercie pour cette intervention extrêmement riche et synthétique qui montre, comme le disait le vice-président Lasserre, que la notion de profession

⁹⁰ Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

⁹¹ Spécialité médicale consacrée aux affections et anomalies de l'oreille et de l'audition.

de santé a beaucoup perdu de sa cohérence. D'ailleurs, en vous écoutant, je m'interrogeais sur la cohérence du plan du code de la santé publique refait il y a vingt ans et qui aurait probablement besoin, aujourd'hui, de beaucoup plus qu'un simple toilettage.

Je donne immédiatement la parole à M. Laforcade, directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine.

Michel Laforcade

Directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

Merci beaucoup. Je remercie également le Conseil d'État pour son invitation à intervenir à ce colloque sur un sujet majeur, celui de l'évolution des professions de santé. C'est pour moi l'occasion de présenter le témoignage d'un fonctionnaire de terrain qui tente, avec des fortunes diverses, de réguler le système de santé de sa région et d'accompagner, voire d'impulser, certaines évolutions des métiers de la santé.

Dans un premier temps, je préciserai l'environnement idéologique et culturel dans lequel ces évolutions se présentent. Avant d'évoquer, dans un deuxième temps, les signes – plus nombreux qu'hier et selon moi encourageants – des changements que j'observe aujourd'hui sur le terrain. Enfin, je terminerai par les pistes d'évolution qui me paraissent souhaitables et que j'aurais envie d'appeler de mes vœux.

1. L'environnement du monde de la santé

Précédemment, nous avons évoqué l'évolution des métiers de la santé. Cela nous amène à nous interroger sur les permanences et les changements présents dans l'environnement culturel, sociétal et idéologique du monde de la santé.

Le premier point qui doit être noté est qu'il existe, aujourd'hui, une certaine forme de détachement, voire un hédonisme ambiant chez les professionnels de la santé. En effet, le travail ne représente plus du tout pour eux la même chose que pour les générations précédentes. La recherche de la qualité de vie chez les professionnels de la santé, comme dans l'ensemble de la société, est de plus en plus importante ; de sorte que le temps disponible pour exercer sa profession n'est plus le même qu'il y a quelques années.

Un autre aspect concerne la dimension historique et culturelle. Elle a été mise en avant notamment par Georges Canguilhem, philosophe et médecin, et Didier Tabuteau, spécialiste des questions de santé et de sécurité sociale au Conseil d'État. Ces deux auteurs ont souligné les pesanteurs, les forces et les limites de l'histoire de la santé en montrant notamment que la santé est le seul grand secteur de l'action publique qui n'a pas été construit par l'État, si ce n'est que très récemment. De sorte qu'il reste encore une pesanteur très lourde de cette tendance de l'histoire de la santé que l'on retrouve inscrite au cœur des politiques publiques, où l'on constate que la régulation du système de santé est toujours transférée aux professions de santé et en partie aux médecins eux-mêmes.

Au titre des changements qui impactent le monde de la santé, on peut également noter l'importance de l'aspect démographique qui a été jusqu'à inverser la loi de l'offre et de la demande de soins ; sans doute parce que les professionnels de santé, en particulier les médecins, trouvent des postes à l'hôpital à peu près où ils le souhaitent, et que les médecins généralistes peuvent s'installer sans danger pour l'équilibre financier de leur cabinet à peu près partout en France. Dans ce contexte, l'on constate que les relatives difficultés démographiques font que, sur certains territoires où il y a peu de professionnels de santé, les phénomènes de coopération ou de délégation de tâches se multiplient et sont une pratique beaucoup plus présente que l'on imagine, notamment auprès des jeunes générations de médecins.

Je souhaiterais, enfin, évoquer le *numerus clausus* pour me réjouir de son augmentation récente, alors même que, durant des décennies, les pouvoirs publics et les professionnels de santé se satisfaisaient de son côté « malthusien » qui a eu pour conséquence de créer de nombreuses difficultés en matière de restructuration. L'on constate ainsi que ce n'est pas tant la volonté de l'agence régionale de santé (ARS) de supprimer des postes, des services ou des activités ici ou là qui est la cause de la restructuration, mais plutôt la démographie médicale.

Ainsi, le facteur explicatif des fermetures de service n'est pas forcément celui auquel on s'attend. Il y a bien des endroits où nous souhaiterions maintenir des services, mais la démographie médicale est telle que nous sommes obligés de les supprimer. Notons enfin que l'augmentation substantielle du *numerus clausus* ne produira pas d'effets immédiats, non seulement en raison du temps d'inertie lié aux formations médicales, mais aussi parce qu'à la sortie de ces formations, le temps médical disponible ne sera plus pour ces jeunes médecins le même que celui des générations précédentes.

2. Les signes du changement

Le deuxième point que je souhaiterais développer est l'existence des signes encourageants d'évolution de ces métiers, notamment, grâce au phénomène générationnel évoqué. Le fait de travailler ensemble et de travailler en pluridisciplinarité est désormais un besoin pour tous les professionnels. C'est aussi en train de devenir une demande explicite, notamment de la part des nouvelles générations qui n'envisagent plus de réaliser un travail solitaire.

Ainsi, sur cet aspect-là, l'oncologie qui a fait des progrès substantiels ces dernières années nous montre la voie en termes de processus pluridisciplinaires, de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), et de capacité à réfléchir ensemble aux cas les plus délicats en matière d'amélioration de dispositif d'annonce, en matière d'aval, d'améliorations de soins, de support (comme par exemple la redécouverte des vertus de l'activité physique, etc.). Cela nous montre la voie et permet de mesurer l'étendue des changements récents.

Cette conjoncture me paraît d'autant plus favorable que nous avons à disposition, grâce aux lois récentes, des outils efficaces pour la faire fructifier. C'est notamment le cas avec les maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles (MSP)



qui permettent à la fois de lutter contre la désertification médicale – et donc les inégalités d'accès à la santé sur les territoires –, et de mettre en place des pratiques de prise en charge beaucoup plus globales que le patient réclame et dont il a besoin.

Par exemple, durant ces trois dernières années, nous avons constaté dans le département de la Creuse que pas un jeune médecin ne s'est installé en dehors des MSP. Dans ce contexte, l'on peut donc imaginer que sans ces MSP aucun d'entre eux ne se serait installé dans ce département.

Tout ceci parce que s'imposent à nous à la fois cette logique de parcours et cette logique de coordination – et avec seize millions de malades chroniques qui sont par définition des malades du parcours de soins, nous avons besoin que les professionnels se comportent en maillons d'une chaîne plus globale – avec : MSP d'un côté et centres de santé de l'autre. Ce qui permet de constater que, dans le premier cas, les MSP ont le respect absolu du monde libéral et que, dans le second cas, les centres de santé ont celui des médecins salariés. Dans les deux cas, il y a une réponse beaucoup plus probante à ce que sont les logiques de parcours et les logiques de prises en charge coordonnées.

À l'ARS Nouvelle-Aquitaine, comme dans d'autres ARS, nous lançons chaque année un appel à projets pour des créations de centres de santé, notamment dans les zones les plus en difficulté. Qu'elles soient rurales ou qu'elles soient dans les quartiers où s'applique la politique de la ville, à chaque fois nous avons plus de demandes qu'il est possible d'honorer. J'ajoute qu'il n'y a pas de vraies difficultés pour les promoteurs eux-mêmes – hôpitaux, collectivités locales ou mutuelles – à trouver des médecins salariés, même dans ces territoires en grandes difficultés.

Un autre outil important est celui des plateformes territoriales d'appui (PTA)⁹² qui permettent une meilleure coordination entre professionnels de santé. Je peux même dire que grâce à ces structures nous sommes enfin sortis d'une forme d'hypocrisie collective consistant à accepter que le médecin qui le souhaite soit le premier coordonnateur légitime des cas les plus complexes de sa patientèle, tout en sachant que personne ne peut lui donner les moyens d'assurer cette coordination. Ces plateformes territoriales d'appui, avec des binômes (travailleur social / infirmier), montrent ainsi que le médecin peut enfin disposer d'alliés pour assurer cette coordination⁹³.

Je terminerai en évoquant deux nouveaux métiers : le métier de coordonnateur, qui permet d'avoir une certaine forme d'encadrement sur l'ensemble des professionnels de santé au bénéfice du patient, et le métier de pharmacien. Pour ce dernier, l'on notera qu'il est en train d'inventer un métier nouveau : le pharmacien qui fait des vaccins, et aussi le pharmacien de la conciliation médicamenteuse et de

92 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

93 La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé instaure les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en soutien aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. En Nouvelle-Aquitaine, les DAC correspondent aux plateformes territoriales d'appui (PTA) déployées, depuis 2016, par l'ARS en lien avec les acteurs locaux.



la prévention ; métier d'autant plus important que les pharmaciens sont implantés dans les zones rurales où de nombreux autres métiers liés à la santé ont reflué.

3. Les pistes d'évolution

Pour clore ce panorama, je souhaiterais évoquer des besoins nouveaux qui apparaissent. Dans le contexte actuel, nous avons en effet de plus en plus besoin de professionnels de santé – quels qu'ils soient – qui se sentent investis d'une responsabilité populationnelle, c'est-à-dire d'une responsabilité globale sur un territoire.

Pour les médecins libéraux, la permanence des soins est une responsabilité importante. C'est la capacité d'être de permanence, si ce n'est jour et nuit, en tous cas assez régulièrement. L'équivalent dans les centres hospitaliers se retrouve au niveau des équipes territoriales ; ainsi, par exemple, je n'aurais plus d'urgences à l'hôpital de Guéret s'il n'y avait pas une équipe territoriale avec le CHU de Limoges et d'autres établissements.

Il faut également noter un autre aspect qui est en train de se développer : la télé-médecine, et les consultations avancées par une présence physique de spécialistes. En Nouvelle-Aquitaine, nous avons ainsi six cent cinquante médecins dans des disciplines sinistrées qui viennent à la fois du monde libéral et du monde hospitalier et qui acceptent de se déplacer sur des territoires en déshérence pour faire, toutes les semaines ou tous les quinze jours, quelques consultations de spécialistes.

Enfin, toujours au titre de cette responsabilité populationnelle, je terminerai par un secteur où nous avons encore besoin de progresser : le développement de la prévention. Nous savons tous que nous avons un remarquable système de soins, mais qui doit encore s'améliorer, notamment sur la dynamique de prévention.

En matière de santé publique, les Anglo-Saxons ont souvent l'habitude de dire que tout contact compte. C'est une très belle formule, car à chaque fois qu'un professionnel de santé croise un patient ou un usager, y compris pour une pratique de soins, c'est aussi le moment de lui parler de dépistage, de prévention et d'avoir le souci de porter cette bonne parole de santé publique.

Didier Truchet

Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas,
modérateur de la table ronde

Merci M. le directeur général pour cet exposé passionnant. J'ai admiré la façon dont vous avez su, dans cette synthèse, mêler Georges Canguilhem, Didier Tabuteau et le département de la Creuse en nous intéressant de la même manière à ces trois éléments. S'agissant du *numerus clausus*, je considère depuis très longtemps que sa très mauvaise gestion par les autorités compétentes a suscité toutes les difficultés que vous avez évoquées. Et, comme universitaire, je m'inquiète du nouveau dispositif de la loi « Buzyn » qui prévoit que les universités fixeront leur



capacité d'accueil après avis conforme ou sur proposition des ARS. Je m'en inquiète vivement pour les libertés universitaires.

Je cède maintenant la parole à Mme Anne-Laure Rousseau, médecin vasculaire aux hôpitaux Georges Pompidou et Robert Debré et présidente de l'association Nhance.

Anne-Laure Rousseau

*Médecin vasculaire à l'hôpital européen G. Pompidou et à l'hôpital R. Debré,
présidente de l'association Nhance*

Merci M. le président. Je suis très honorée d'avoir été invitée à traiter du sujet de l'intelligence artificielle et de la médecine au Conseil d'État et, pour illustrer mes propos, je vais vous présenter des expériences du terrain.

Lorsque j'ai commencé médecine, j'ai constaté qu'il était complexe de poser le bon diagnostic. Et maintenant, après plus de quinze années d'études, j'en ai la confirmation : faire le bon diagnostic est difficile.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recense régulièrement l'ensemble des diagnostics que nous, médecins, sommes susceptibles de poser. Aux dernières nouvelles, nous en sommes à cinquante-cinq mille maladies, syndromes et types de blessures différents. Un chiffre qui a quadruplé en cinquante ans.

Pour l'OMS, l'amélioration du diagnostic est une priorité de notre époque. D'ailleurs, en 2016, l'académie de médecine américaine a rendu un rapport sur l'amélioration du diagnostic en médecine en concluant, aux termes d'un document de quatre cents pages, que le plus probable est que chacun d'entre nous, ici, dans cette salle, subira une erreur de diagnostic dans sa vie.

Je pense que cette conclusion est malheureusement transposable à la France.

Il est tout à fait possible, par exemple, qu'à trois heures du matin, au cours de notre deuxième garde de la semaine, que nous, médecins, ayons un doute, un oubli sur un élément en rapport avec le diagnostic numéro untel. C'est pourquoi j'ai cherché à avoir des éléments de preuves à ce sujet pour fonder mon raisonnement.

À l'avenir, en médecine, n'importe quel médecin a envie de voir ce qui se trame sous la peau du patient. C'est un « super pouvoir » qui s'appelle l'imagerie médicale, et qui permet de mettre une image, puis un nom sur la maladie.

Dans ce contexte, l'on s'aperçoit que l'échographie est le premier poste de dépense en imagerie en France. Notons que le matériel évolue. On est ainsi passé de la grosse machine à un matériel plus petit et moins cher, parfois connecté à un téléphone intelligent, qui se transporte dans la poche d'une blouse. À tel point que certains parlent du « stéthoscope de demain ». C'est un moyen d'imagerie qui sert à plus de vingt spécialités médicales et chirurgicales différentes au chevet du patient. Par exemple, un urgentiste peut s'en servir pour savoir si un organe s'est mis à saigner dans le ventre. Et cette information permet au médecin de noter que

le malade en question ne peut pas attendre plusieurs heures sur son brancard et qu'il lui faut le faire passer devant tout le monde.

C'est tellement motivant de pouvoir obtenir ces informations que je me suis spécialisée dans le domaine de l'échographie, en ajoutant à mon cursus deux ans de formation supplémentaires et des années de pratique pour interpréter ce type d'images, afin d'améliorer mon diagnostic. Malgré tout, poser un diagnostic grâce à l'imagerie est difficile. À tel point que, même chez les experts, l'on constate un taux d'erreurs d'environ 30 % dans l'interprétation des clichés.

Mais, justement, lorsqu'en 2015 je me forme en imagerie et réalise ces difficultés, lors d'un défi en vision contre l'ordinateur, je m'aperçois que des algorithmes d'intelligence artificielle sont capables de dépasser les performances humaines.

Toujours en 2015-2016, je constate que les entreprises qui investissent des milliards en matière d'intelligence artificielle sont les multinationales américaines comme, par exemple, Google ou Facebook, et qu'elles mettent leurs outils à disposition du monde entier.

Ces nouveaux outils pouvant contribuer à améliorer les diagnostics médicaux en aidant à interpréter l'imagerie médicale, il fallait les essayer.

À cette époque, il n'y a pas encore de rassemblement de données dans des centres de données en France. J'ai donc décidé de le faire à la main, patient par patient, examen par examen et image par image. Il s'agit d'un travail long et fastidieux où l'on passe des heures derrière un écran. À tel point que l'on s'interroge même sur ses choix de vie.

En 2017, un article très prometteur pour la santé est publié dans la revue *Nature*. Il y est question d'une intelligence artificielle qui pourrait aider à classer les tumeurs cutanées de la classe des mélanomes (grains de beauté) comme le ferait un spécialiste. Je profite d'un voyage aux États-Unis pour rencontrer l'auteur de ce projet, M. Brett Kuprel. À Stanford, en l'attendant, j'imaginai un éminent professeur entouré d'une équipe de mathématiciens, et à son arrivée je vois un étudiant d'une vingtaine d'années me raconter autour d'un verre comment il se débrouille avec les moyens du bord pour paramétrer des formules mathématiques qui peuvent changer notre regard sur la santé.

L'on constate ainsi que les outils sont disponibles et que les investissements nécessaires sont très différents de ceux qui permettent de développer un médicament.

C'est pourquoi, il faut que la communauté médicale s'empare de ces recherches. Il n'y a là rien de spécial, il faut juste les faire.

Alors, en France, j'ai avancé. J'ai créé une organisation non gouvernementale (ONG) qui s'appelle NHance pour qu'ensemble on améliore la santé, et pour que nos résultats soient utilisés au profit du plus grand nombre de patients.



Ce faisant, comme nous changeons fréquemment d'hôpital pendant la formation médicale, j'ai pu être aidée par de nombreuses personnes qui m'ont permis d'avancer.

Ensemble, nous avons annoté des images. C'est-à-dire plus simplement que chaque expert localise le type d'organe et les éventuelles lésions visibles pour mettre au point ces algorithmes d'intelligence artificielle, en réunissant un maximum d'exemples, avec les cas de figures les plus variés, tant pour les pathologies que pour les cas normaux, afin d'avoir un outil aussi performant que possible.

Tel est le résultat de l'intelligence artificielle. Et l'on est très proche de ce que les experts considèrent comme étant le bon diagnostic.

L'objectif est de développer des outils mobiles, faciles à utiliser par les équipes de soins ; des outils qui permettent d'aider un médecin qui tente de faire un diagnostic urgent, en pleine nuit, alors que le patient lui parle, ainsi que l'infirmière au sujet d'un autre malade et l'interne pour un renseignement. Cet outil va montrer un carré autour d'une lésion et, pour moi médecin, au milieu de ce bruit et de ce stress, cela va me permettre de savoir que c'est autour de ce diagnostic qu'il faut se concentrer et interroger mon malade pour avancer.

Nos résultats nous ont permis d'établir des partenariats de recherche avec l'Entrepôt de données de santé (EDS), l'institut national de recherche en science et technologie du numérique (INRIA), le « *Health Data Hub* » (HDH) ainsi qu'avec de jeunes pousses tels Deepomatic et Nabla dont l'expertise technique est excellente et rare.

En France, les talents sont alignés. Nous avons des ingénieurs extrêmement brillants, des équipes de soins talentueuses et partantes pour donner du temps malgré les difficultés d'exercice actuel, et des données de grande qualité.

Cependant, les moyens manquent et les difficultés d'accès aux données sont grandes. Par exemple, je passe des nuits à repartir de zéro dans la soumission de protocoles de recherches, parce qu'un nouveau partenaire technique vient nous apporter de l'aide et que le fait que les gens viennent spontanément proposer leurs compétences pour améliorer la médecine n'est pas prévu par le formulaire en ligne.

Permettre d'améliorer le cycle de l'innovation en France est urgent, car pour une étude sur « l'intelligence artificielle et la santé » il en existe des dizaines d'autres en Asie, au Canada et aux États-Unis. Et il n'est pas question de devenir utilisateur de produits développés ailleurs, alors que nous pouvons les développer ici.

En plus de l'aide pour réaliser des tâches de reconnaissance visuelle, l'intelligence artificielle peut aider à réaliser certaines tâches chronophages, à faible valeur ajoutée, qui sont aujourd'hui dévolues aux médecins. Nous passons, par exemple, un temps incroyable à entrer des données de santé dans un système informatique depuis de nombreuses sources (examen clinique, constantes, interrogatoire, biologie, imagerie, génétique, objets connectés), et leur nombre croît



exponentiellement. Ensuite, nous passons un temps énorme à classer et mettre en rapport ces données pour, finalement, interpréter les données sélectionnées et organisées, afin d'y trouver un véritable intérêt dans la réflexion médicale.

Par ailleurs, il faut noter que la profession médicale connaît des taux de dépression et d'épuisement professionnel extrêmement élevés. Ainsi, par exemple, aux États-Unis près d'un médecin sur deux est en épuisement professionnel (« *burn out* »).

Et les patients aussi souffrent de ces consultations froides, mécaniques où le médecin moderne a les yeux plus rivés sur son écran que sur son patient.

Or nous avons la chance, aujourd'hui, d'avoir des outils révolutionnaires à portée de main et une voie qui se dessine pour améliorer la santé. Si nous voulons que ce soit fait d'une manière éthique permettant au maximum de patients d'en bénéficier selon les grands principes du système de soins français, il est de notre responsabilité de faire avancer ces recherches.

L'assistance des outils d'intelligence artificielle peut libérer les médecins de certaines tâches qui finissent par déshumaniser la médecine, et permettre de revaloriser des aspects fondateurs de cette même médecine : empathie, relation médecin-patient et vision globale du malade. C'est en ce sens qu'il faut utiliser l'intelligence artificielle, afin de rendre à la médecine un visage plus humain.

Didier Truchet

Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas,
modérateur de la table ronde

Je vous remercie infiniment de cet exposé particulièrement novateur. Vous avez évoqué les données de santé, et cela me rappelle le souvenir personnel d'un colloque organisé par le Collège de France sur l'imagerie médicale du cerveau auquel je participais, en 2019, avec un avocat aux Conseils pour y apporter une tonalité juridique. J'avais constaté avec surprise – pour autant que j'avais compris les choses – que le règlement général de protection des données (RGPD) avait l'air déjà complètement dépassé quand il s'agissait de l'appliquer aux données massives et à l'intelligence artificielle.

Anne-Laure Rousseau

Médecin vasculaire à l'hôpital européen G. Pompidou et à l'hôpital R. Debré,
présidente de l'association Nhance

Je me trouvais également à ce colloque, et effectivement la législation avance en même temps que la recherche. Mais il faut que la législation offre un peu de souplesse à la recherche pour lui permettre d'arriver à des résultats pertinents.

Didier Truchet

Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas,
modérateur de la table ronde

Je remercie tous nos intervenants et me tourne maintenant vers le public pour lui permettre de poser des questions à nos orateurs.



Échanges avec la salle

Question du public

Vous avez évoqué le poids historique des médecins dans le système de santé français. Quel rôle lui voyez-vous à l'avenir, notamment par rapport aux autres professions de santé ? Doit-il organiser, déléguer ?

Lionel Collet

Je pense que c'est sous la responsabilité du médecin qu'il doit y avoir une coopération entre les professions médicales, ainsi qu'une coordination des soins. Et d'ailleurs les textes réglementaires donnent au médecin ce rôle de responsable de coordination. C'est ce que l'on retrouve notamment pour les auxiliaires médicaux en pratiques avancées.

Anne-Laure Rousseau

Je trouve que dans « Ma santé 2022, un engagement collectif »⁹⁴, le rôle de l'assistant médical qui serait un support pour coordonner, avec le médecin qui piloterait les soins, l'ensemble des professions paramédicales est très intéressant. Notons qu'il s'agit là d'un nouveau métier, bien que pour l'instant fait par des personnes (secrétaires médicales, infirmières) travaillant dans la santé au côté du médecin. Cette nouvelle profession permettrait d'organiser cette coopération entre professions médicales et la coordination des soins avec, d'un côté, le médecin qui pilote et, de l'autre côté, l'assistant qui l'aide pour les tâches chronophages.

Michel Laforcade

L'outil nouveau qui se développe à grande vitesse en France que sont les plateformes territoriales d'appui (PTA) nous montre la marche à suivre. Cette coordination faite par un binôme, la plupart du temps travailleur social - infirmière, se fait sous l'autorité expresse du médecin – même si 80 % des prises en charge de cette PTA proviennent des médecins et 20 % des usagers ou de leurs aidants. Je trouve que nous avons là une vraie cohérence, avec à la fois cette responsabilité qui n'a pas changé et cette capacité à exercer cette responsabilité déléguée auprès de ces coordonnateurs. C'est un modèle qui est intéressant.

94 Voir la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Didier Truchet

J'ajouterais que cette évolution n'a pas suivi ce que j'imaginai il y a trente ans. À l'époque, j'avais pensé que nous n'échapperions pas, en France, à la reconstitution d'une sorte de corps des officiers de santé⁹⁵ à la « Charles Bovary »⁹⁶ ou de type « médecins aux pieds nus » des années 1980. Mais cela n'est pas arrivé. Ce qui s'est produit, en revanche, c'est l'enrichissement des tâches d'autres professions médicales, et non pas la constitution aux côtés des médecins d'un corps intermédiaire de sous-médecins ou de sur-infirmiers. Ce qui finalement représente une évolution cohérente par rapport à la situation dans laquelle la gestion du numerus clausus a plongé la France.

Question du public

Il ressort des interventions que l'usage, les contraintes et l'innovation précèdent toujours le droit et la réglementation ; de sorte que l'on a l'impression que la norme court toujours après la réalité. Peut-on anticiper les choses ? Et, dans le même ordre d'idée, peut-on essayer d'aller vers plus d'unification du statut du médecin quel que soit son lieu d'exercice (cabinet, hôpital ou clinique) et les contraintes organisationnelles et techniques auxquelles il est confronté ?

Anne-Laure Rousseau

Le principe de la recherche est d'être innovant, ce qui fait que le juridique avance ensuite de façon décalée. Effectivement, en interrogeant les avocats sur des protocoles actuellement à l'étude, on constate que l'on arrive dans des vides juridiques. Ainsi, par exemple, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'est pas capable, aujourd'hui, de savoir si tel ou tel procédé anonymise réellement les données. Elle le demande mais sans pouvoir l'auditer, car la recherche n'est pas suffisamment avancée en la matière pour garantir qu'il n'existe pas une nouvelle façon d'utiliser des algorithmes permettant d'identifier à nouveau les personnes. Cependant, le fait que l'aspect juridique ne soit pas devant nous, mais nous suive, me semble être davantage une chance, parce que c'est l'occasion d'écrire l'histoire ensemble.

Didier Truchet

La règle de droit peut-elle précéder l'innovation ? Cette question, je l'ai entendue toute ma carrière, non seulement en matière de santé, mais aussi en matière de communication, d'audiovisuel ou de télécommunication. Quand vous dites que le droit n'est pas en avance, vous signifiez en réalité que la loi n'est pas en avance. Mais je dirais : heureusement. Car il existe une liberté fondamentale de la recherche, une liberté qui permet d'agir sans attendre que le législateur vous

95 Ce terme désignait en France au XIX^e siècle une personne qui exerçait une profession médicale sans le diplôme adéquat.

96 Personnage du roman de Flaubert, mari d'Emma Bovary.

donne son accord. En outre, le droit est toujours là et, comme l'indique le code civil, il n'existe pas de vide juridique en France⁹⁷. De sorte que vous avez toujours une réponse, au moins juridictionnelle.

Mais je partage ce que vous dites du grand inconfort que le médecin, le chercheur peut éprouver de ne pas savoir avec certitude si ce qu'il fait est légal ou pas, tant que le juge ne l'a pas dit. Ce que j'ai toujours trouvé passionnant dans le droit de la santé est ce que j'appelle le « dialogue des doutes ». Et si le juriste, le juge doit comprendre le doute médical dans ce qu'il a de plus fondamental, le médecin, le patient doit admettre le doute juridique dans ce qu'il a de plus fondamental, mais aussi de plus libéral.

Et c'est la compréhension de ce dialogue des doutes qui, petit à petit, fait avancer les choses. En même temps, je comprends vos interrogations, car lorsque je vais voir un médecin j'attends de lui un diagnostic et un pronostic aussi sûrs que possible (et le moins fatals possible) ; aussi, lorsque le médecin me dit parfois qu'il ne sait pas, je trouve cela décevant, et je comprends que lorsqu'un juriste ou la CNIL vous dit la même chose cela soit également décevant.

Il est heureux que tout ne soit pas normé en France où il n'y a déjà que trop de normes !

Michel Laforcade

Pour compléter ce qui vient d'être dit, j'ai le sentiment qu'à réglementation constante il y a, à l'heure actuelle, sur le terrain, un désir d'innover que nous n'avions pas connu depuis longtemps.

Je prendrai deux exemples : au cœur de la forêt landaise, nous avons une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) très performante qui est en train de devenir un partenaire essentiel du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux et plus précisément du service de rhumatologie dirigé par le professeur Schaeffer. L'ensemble des patients de cette MSP sert de cohorte pour prévenir les signes avant-coureurs pouvant témoigner par avance de graves problèmes de rhumatologie. Ce sont des choses qui étaient encore inconcevables il y a peu. Second exemple : en Corrèze, un pharmacien du plateau de Millevaches a inventé une procédure toute simple mais qui place le patient au cœur de son officine : quand un médecin fait une ordonnance, il la faxe au pharmacien – qui en avait assez de recevoir rapidement le patient, de lui tourner le dos pour aller dans l'arrière-boutique remplir le bac de médicaments et de lui dire « au revoir » – de sorte que le pochon est prêt quand la personne arrive, et qu'il peut ainsi prendre le temps de lui donner des conseils de santé sur l'utilisation de ces médicaments et des conseils de prévention. Ce sont là des choses simples, mais qui montrent que l'environnement est aujourd'hui très favorable aux changements.

⁹⁷ « Le juge qui refusera de juger, sous prétexte du silence, de l'obscurité ou de l'insuffisance de la loi, pourra être poursuivi comme coupable de déni de justice » (code civil, article 4).

Lionel Collet

La question qui était posée est aussi celle de savoir si l'on peut concevoir que la loi ait la capacité de créer réellement de nouveaux métiers. À cet égard, l'exemple des conseillers en génétique est éclairant, car la génétique médicale est une discipline récente dans laquelle effectivement les conseillers génétiques ont été créés en tant que profession relativement tôt, mais je ne peux pas imaginer qu'alors que la génétique médicale est de création récente, les praticiens qui exerçaient la génétique médicale n'avaient pas de collaborateurs non-médecins qui les aidaient et qui allaient devenir des conseillers en génétique.

En revanche, la question s'est posée pour au moins deux professions : la profession d'audiologiste et celle d'optométriste. Mais elle a été très vite évacuée, car les professions de santé en France ne sont pas favorables à la création de nouveaux métiers qui, pour les uns, sont vécus comme des métiers qui prendraient la fonction et les compétences des médecins et, pour les autres, seraient une sorte d'intermédiaire entre eux et les médecins. C'est donc un choix politique qui rend très difficile en France, depuis plus de trente ans, la création de nouveaux métiers.

Question du public

Ne trouvez-vous pas qu'il est paradoxal dans ce débat que le terme d'« auxiliaire médical » soit conservé à l'heure où l'on parle de « profession de santé » ? Ce terme n'est-il pas quelque peu enfermant dans un système de santé médico-centré ? Ne faudrait-il pas faire évoluer le terme d'auxiliaire médical, qui enferme toujours une certaine hiérarchie, à l'heure où l'on parle d'évolution, de coopération entre les différents professionnels et notamment de délégation de tâches, voire de nouvelles compétences ?

Michel Laforcade

Je ne suis pas spécialiste de ces questions, mais je reste toujours surpris que l'on qualifie une profession par ce qu'elle n'est pas. Par exemple, j'entends parler à l'hôpital de personnel non-médical. Il est toujours étonnant de dire à quelqu'un : voilà ce que vous n'êtes pas, en le situant par rapport à d'autres professions. Mais c'est là un avis de simple citoyen. Dans ce domaine, des évolutions me paraissent souhaitables, mais elles ne peuvent se faire qu'au niveau national.

Lionel Collet

Si la question est : quel intitulé souhaiteriez-vous ? Certainement pas celui de paramédicaux, j'imagine. Alors, que reste-t-il ? Ce peut être des professions médicales à compétences limitées. Mais là, on ouvre un autre débat.

Didier Truchet

Je ne pense pas que les infirmiers désirent changer de nom, mais je pense que le souhait de la profession infirmière notamment est de sortir du cadre « auxiliaire médical » pour devenir, à côté des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, une profession qui ne soit plus étiquetée comme auxiliaire médical « à compétence limitée ». Une telle appellation n'est en effet pas très valorisante.

Notons que les infirmiers ont un rôle propre à partir duquel ils peuvent œuvrer de façon très importante dans le système de santé.

Notons également que la partie du code de la santé sur les professions de santé, au chapitre auxiliaire médical, est devenue aujourd'hui quasiment incohérente. Et la notion même d'auxiliaire médical qui, naguère, avait une consistance et une cohérence véritables s'est complètement éparpillée ; mais au fond comme la notion de profession de santé elle-même, tout simplement parce qu'il y a eu de nouvelles professions de santé et un exercice nouveau des professions.

Didier Truchet

Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas,
modérateur de la table ronde

Nous sommes arrivés au terme de nos échanges. Je remercie très chaleureusement nos interlocuteurs pour leurs interventions passionnantes et le public pour son écoute attentive et ses nombreuses questions.



Les nouveaux enjeux de la rémunération

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 ; et 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.

Sommaire

Biographie des intervenants.....	49
Actes de la table ronde.....	51
Échanges avec la salle	69



Biographie des intervenants

Les fonctions mentionnées sont celles exercées à la date de la conférence

Modérateur

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, de l'École nationale d'administration (ENA), et 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, 3^e éd. 2012), *Traité de santé publique* (avec G. Brücker et F. Bourdillon, Flammarion, 2^e 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 ?* (éd. 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* (éd. Odile Jacob, 2013).

Intervenants

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 Iffs (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 – Iffs (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 rapporteure générale du Conseil stratégique de l'innovation en santé au ministère des solidarités et de la santé. Titulaire d'un diplôme d'études approfondies (DEA) de sociologie, elle est également diplômée de l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (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^e 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.



Actes – Les nouveaux enjeux de la rémunération

Didier Tabuteau

Président de la section sociale du Conseil d'État,
modérateur de la table ronde

Pour cette deuxième table ronde, qui s'inscrit dans le prolongement des exposés et des débats précédents, j'ai l'honneur et le plaisir d'accueillir trois intervenants prestigieux : M. Jacques Battistoni, médecin et président du syndicat MG France qui représente plus particulièrement les médecins généralistes, Mme Natacha Lemaire, rapporteure générale du Conseil stratégique de l'innovation en santé au ministère des solidarités et de la santé, et pilote des expérimentations d'innovation organisationnelle en santé (selon l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁹⁸) ainsi que M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), qui a l'importante responsabilité de négocier avec M. Battistoni et d'autres les conventions d'exercice professionnel pour les médecins et les autres professions de santé.

La question de la rémunération est en effet une question centrale dans le financement du système de santé, qu'il s'agisse du financement individuel, du financement collectif ou du financement du système lui-même, tant ce financement peut avoir une incidence positive ou négative sur l'activité des professionnels de santé et l'accès à la prévention et aux soins des usagers du système de santé.

Dès lors, la rémunération apparaît comme un élément structurant du système, à la fois pour son organisation et ses pratiques, pour les dépenses de santé et, par conséquent, pour leur maîtrise. La rémunération est également un facteur de l'accès aux soins pour les patients et les usagers du système de santé. Mais, au-delà de cet aspect économique et social, la rémunération est une composante identitaire de l'exercice professionnel des professions de santé.

De l'obsession originelle aux enjeux actuels

Au XIX^e siècle, le niveau de la rémunération et son recouvrement en l'absence de protection sociale étaient, au sein du corps médical, une préoccupation essentielle, comme en atteste la revue médicale *Le concours médical*, de 1884, dans lequel des échanges épistolaires nourris étaient publiés. Un médecin écrivait ainsi : « *On ne saurait en effet avoir la prétention d'unifier les tarifs dans toute la France. On doit tenir compte des usages reçus qu'on ne saurait, sans inconvénients graves, bouleverser d'une façon complète, du jour au lendemain. Ce qu'il faut, avant tout, c'est améliorer nos tarifs quand ils sont trop peu rémunérateurs, et surtout procéder avec méthode pour obtenir des recouvrements aussi exacts qu'il est possible* ».

98 Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Cette question du recouvrement par le médecin de ses émoluments dans une France sans protection sociale a été déterminante pour le système de santé.

Le deuxième temps de la construction de la rémunération au sein des professions de santé est la construction identitaire au XX^e siècle des professionnels de santé, notamment des médecins, autour du paiement à l'acte, de l'entente et du paiement direct. Ainsi la « Charte de la médecine libérale » de 1927 affirmait-elle, parmi ses sept principes, le droit aux honoraires pour tout malade soigné⁹⁹. Elle proclamait également le principe du paiement direct des honoraires par le malade écartant l'application du tiers payant inscrit dans les lois bismarckiennes, dont la généralisation était débattue au Parlement, à la suite du retour de l'Alsace-Lorraine dans le giron national.

Le choix fait avec la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales a été d'étendre à l'ensemble du territoire national les assurances sociales, mais dès 1930 le législateur a fait droit à la demande de la confédération syndicale représentant les médecins en consacrant le principe du paiement direct qui a ultérieurement été repris par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale¹⁰⁰. Cet article à forte valeur symbolique qui qualifie le paiement direct de « principe déontologique fondamental » n'a pas été remis en cause, alors même que la loi de 2016¹⁰¹ prévoyait la généralisation, en tous cas pour le corps médical, du tiers payant.

Les mutations récentes en terme de rémunération

La rémunération des professionnels de santé longtemps basée sur le paiement à l'acte et le paiement direct des honoraires par le malade tend à être mise en cause depuis les dernières décennies.

D'abord avec la création de la médecine hospitalière par les ordonnances « Debré » de 1958¹⁰², qui ne fait pas l'objet de communication dans le cadre de ce colloque mais a profondément transformé le système en ouvrant la voie, pour une partie du corps médical, à des fonctions exercées dans le cadre du salariat ou de la fonction publique avec notamment le statut très innovant des professeurs d'université - praticiens hospitaliers. C'est là une modification substantielle du mode de rémunération traditionnel à l'acte et par paiement direct.

99 Le congrès médical du 30 novembre 1927 consacre l'accord des différents syndicats sur la Charte de la médecine libérale. Les principes énumérés reflètent le rejet des assurances sociales et la défense de l'identité libérale : libre choix du médecin pour le patient, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré avec pour base minimale les tarifs syndicaux, liberté thérapeutique et liberté de prescription.

100 *Ibid.* Ces principes sont codifiés dans l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale dans les termes suivants : « *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 est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971* ».

101 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

102 Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et du développement de la recherche médicale ; ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière ; ordonnance n° 58-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires.



Mais si l'on observe une période plus récente, ce qui est l'objet de notre séance, on voit apparaître, par touches successives, de nombreuses modifications des modes de rémunérations, avec par exemple l'introduction de forfaits individuels pour le médecin traitant et pour les affections de longue durée.

On assiste également à la substitution d'honoraires pharmaceutiques à une marge pharmaceutique, calculée en fonction du prix du médicament. Émergent aussi de nouveaux modes de rémunérations fondés sur des objectifs de santé publique, tout d'abord à travers les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)¹⁰³, remplacés ensuite par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)¹⁰⁴.

Dans ce contexte, la transformation la plus notable est peut-être la création de forfaits collectifs pour le financement de structures que les pouvoirs publics entendent privilégier aux fins de favoriser l'exercice collectif comme, par exemple, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Des accords-cadres ou conventionnels interprofessionnels posent ainsi le principe de rémunérations pour un ensemble de professionnels, pour une structure et pour un collectif.

Pour terminer, il faut souligner le paradoxe d'une évolution des modes de tarification qui pour l'hôpital tend à développer une tarification à l'activité (T2A), alors que dans le même temps, en médecine de ville, de nombreuses mesures ont eu pour ambition de réduire la place du paiement à l'acte et d'inciter à des rémunérations forfaitisées.

Tout ceci mérite d'être analysé et je remercie une nouvelle fois, très sincèrement et chaleureusement, au nom du Conseil d'État, les intervenants de cette table ronde d'avoir accepté de consacrer ce temps à nos travaux.

La parole est au docteur Jacques Battistoni.

Jacques Battistoni

Président du syndicat MG France

Merci M. le président. Je remercie également le Conseil d'État de son invitation à participer à ce colloque. Comme vous l'avez précisé, je suis à la fois médecin généraliste en exercice au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et président du syndicat médical MG France. J'ai donc un double regard sur le sujet que nous allons traiter ici, à la fois à travers l'équipe de professionnels au sein de laquelle je travaille et à travers le regard que je porte sur ma profession en tant que président d'un syndicat représentatif.

Notons que MG France est un syndicat professionnel qui défend d'abord les intérêts de ses adhérents médecins généralistes, mais qui se caractérise aussi,

103 Créé par la loi de financement de la sécurité sociale 2008, le CAPI était un contrat conclu pour trois ans sur la base du volontariat entre l'assurance maladie et le médecin qui introduisait une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique. Il a été remplacé par la ROSP.

104 Issue de la convention médicale de 2011 et mise en place en 2012, la ROSP est un dispositif négocié entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins qui complète le paiement à l'acte, rémunération sociale en médecine libérale.

depuis sa création, par un souci particulier porté à l'accès aux soins. Nous pensons en effet que sans accès aux soins il n'y a pas de médecine générale et donc pas de médecins généralistes. Ce point de vue sera en quelque sorte le fil rouge de mon intervention.

La crise de l'accès aux soins

En remarques liminaires, je souhaiterais préciser combien la crise de l'accès aux soins primaires est lourde de conséquences pour nos concitoyens. Cette crise est pour l'essentiel la résultante du déséquilibre entre le nombre des départs à la retraite et celui des installations, et elle va continuer à s'aggraver encore pendant quelques années. Notons que sa principale caractéristique est l'existence d'un tissu professionnel très largement mité, qui entraîne d'importantes difficultés d'accès à un médecin traitant et à des soins non programmés pour une partie importante de la population française.

À la base, on le sait, cette crise de l'accès aux soins primaires est due au déséquilibre généré par le *numerus clausus*¹⁰⁵. M. Collet évoquait précédemment les promotions de médecins. Celles que j'ai connues lorsque j'étais étudiant puis jeune médecin rassemblaient quelques 9 000 personnes qui sortaient des facultés de médecine, tandis qu'aujourd'hui les promotions de médecins sont plutôt de l'ordre de 3 500 personnes. La conséquence en est une désertification médicale de certains territoires ruraux malgré les aides à l'installation en zones sous-dotées.

Et ce déséquilibre continuera parce que l'on ne peut pas remplacer tous les médecins partant à la retraite. Pour éviter cela, il aurait fallu agir il y a dix ou quinze ans avec des mesures plus actives.

Aussi, quoi qu'il advienne, les médecins vont devoir soigner plus de patients, plus de pathologies en étant moins nombreux ; alors même qu'existent des disparités de répartition infrarégionales très fortes comme, par exemple, dans le département des Yvelines où l'on se retrouve parfois avec trois médecins généralistes pour vingt mille habitants, là où il y a quelques années on en avait treize ou quinze !

Dans ce contexte, le défi consiste à résoudre l'équation suivante : augmenter le nombre de patients par médecin traitant, sans augmenter ni sa charge de travail, ni sa charge mentale, et sans baisser ses revenus.

Certains pays ont réussi à relever ce défi. Je pense que cela doit être possible à réaliser en France.

C'est pourquoi avec l'assurance maladie nous avons mis en place, depuis quelques années, les trois éléments de réponse suivants : un début de rééquilibrage des rémunérations en faveur des généralistes¹⁰⁶ dans la convention médicale de 2016¹⁰⁷, la création des assistants médicaux, et le financement des communautés

105 Fixé par le Gouvernement, ce « nombre fermé » restreint le nombre d'étudiants qui auront accès à la deuxième année de médecine.

106 Peu coûteux car le nombre des actes est en baisse.

107 Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.



professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁰⁸. Et demain, nous espérons créer un service d'accès aux soins partout sur le territoire.

Un rééquilibrage des rémunérations

La convention médicale de 2016 permet un rattrapage en matière de rémunération entre médecins libéraux. On a appelé cela l'« équité » entre professions médicales. Ce rééquilibrage s'est avéré d'autant plus nécessaire – et je le précise en tant que président du syndicat MG France – que, pendant des années, on a sous-valorisé ou sous-reconnu la profession de médecin généraliste en France ; ce qui est une lourde responsabilité que portent non seulement les pouvoirs publics, mais aussi un certain nombre d'universités. Cette revalorisation de la rémunération des médecins généralistes ne coûte pas très cher aux finances publiques, car le nombre de consultations et de visites réalisées est en baisse, de sorte que le montant global consacré à la médecine générale n'augmente pas.

La création des assistants médicaux et le financement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Enfin, notons que l'on a également mis dans les conventions médicales deux éléments très importants pour améliorer l'accès aux soins : les assistants médicaux et le financement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ce sont là des éléments structurants très importants.

Demain : la création d'un service d'accès aux soins sur tout le territoire

Pour répondre, en partie, à la problématique des « territoires mités » de la République, un des chantiers des prochaines années sera, selon les souhaits du ministère de la santé, la création d'un service d'accès aux soins et son déploiement partout sur le territoire.

C'est une façon d'apporter aux Français des garanties minimales qu'ils sont en droit d'attendre de l'offre de soins, notamment sur deux points : l'accès à un médecin traitant et une réponse à une demande de soins dans la journée.

Dans ce contexte, et quoi que nous fassions par ailleurs, nous allons devoir en tant que médecins généralistes soigner plus de patients, eux-mêmes affectés de davantage de pathologies, notamment de pathologies chroniques, avec un nombre de médecins en baisse alors même que l'on doit faire face à ces disparités de régulation. C'est pourquoi notre objectif est d'augmenter le nombre de patients par médecin traitant, mais aussi le nombre des assistants médicaux ; ceci sans augmenter pour autant la charge de travail du médecin, ni sa charge mentale, ni le poids que cela représente pour lui de gérer une patientèle forte ; le tout sans baisser ses revenus, notamment s'il délègue une partie de ce travail aux assistants médicaux.

Cela doit être possible en France, puisque cela a été fait dans d'autres pays. Même s'il existe dans notre pays une espèce de plafond de verre au-delà duquel les médecins généralistes ne souhaitent plus prendre de patients supplémentaires,

108 Articles L. 1434-12 à L. 1434-13 du code de la santé publique.



notamment parce qu'ils ne peuvent pas assumer la charge de travail administratif que cela représente en plus.

Les conditions nécessaires pour atténuer la crise de l'accès aux soins

Pour amorcer ce changement, un certain nombre de conditions doivent être mises en place, parmi lesquelles :

- une meilleure répartition territoriale (le tissu mité doit être rapiécé aux bons endroits) ;
- un regroupement des professionnels pour leur permettre de mettre en commun leurs moyens matériels et humains ;
- une incitation financière au travail en équipe, au-delà de la valorisation des équipes de soins, dans les accords conventionnels interprofessionnels sur les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- un changement limité, mais significatif, du rôle confié au médecin généraliste/ médecin traitant, chef d'une équipe de proximité et responsable de la santé de sa patientèle.

Dans ce contexte, modifier le modèle de rémunération du médecin généraliste peut être le moteur de ce changement indispensable.

Les exigences du modèle rénové de la rémunération des médecins généralistes

À la suite des mesures qui précèdent, le modèle renouvelé de la profession de médecins généralistes devra, pour être efficace, répondre aux exigences suivantes :

- diminuer le temps de travail par patient du médecin traitant, ce qui lui permettra d'augmenter sa patientèle ;
- garantir au médecin traitant qu'accepter plus de patients augmentera sa rémunération sans augmenter son temps de travail global ;
- permettre au médecin traitant de déléguer une part des consultations, ou une part du temps passé avec ses patients, sans diminuer ses revenus ;
- inciter le médecin traitant à recevoir ses patients en cas d'urgence ou en cas d'événement intercurrent, car il est à la fois au service de ses patients qu'il doit (lui ou un membre de son équipe) recevoir sans les faire attendre, et au service de la demande de soins non programmée.

Les conditions à mettre en place pour rendre efficace ce nouveau modèle de rémunération

Pour être efficace, ce modèle rénové de la rémunération du médecin généraliste doit répondre aux conditions suivantes :



- s'appuyer sur une équipe autour du médecin traitant (délégation partielle du suivi des patients chroniques), dont on voit que l'assistant médical constitue l'un des éléments, mais pas forcément le seul. Cela peut être aussi une infirmière, notamment une infirmière de santé publique et, éventuellement, dans certaines conditions, une infirmière de pratique avancée ;
- forfaitiser la prise en charge des malades chroniques pour tout ou partie de l'activité auprès des patients concernés, car le modèle du paiement à l'acte reste lié aux malades aigus ;
- être assez incitatif pour donner envie aux médecins de franchir le pas ;
- tout en restant facultatif pour n'obliger personne et éviter ainsi une levée de boucliers, car le paiement à l'acte, principe de la médecine libérale, est inscrit dans les gènes du corps médical et il est difficile de changer les choses très rapidement ;
- maintenir le paiement à l'acte pour les pathologies aiguës, afin de garantir une réponse sans délai aux demandes de soins non programmées.

Conclusion

Ces éléments de réponse représentent les objectifs à atteindre, mais ceux-ci doivent être mis en place sans braquer la profession médicale. Il faut en effet inciter sans obliger, et aller dans le sens de davantage de travail en équipe.

Didier Tabuteau

Président de la section sociale du Conseil d'État,
modérateur de la table ronde

Merci pour cette leçon de négociation sociale et professionnelle. Je donne maintenant la parole à Mme Lemaire, Rapporteuse générale du Conseil stratégique de l'innovation en santé, qui va traiter des relations entre le droit et la médecine en évoquant un article d'expérimentation par lequel le législateur a autorisé les professionnels de terrain à imaginer des expérimentations et à les mettre en œuvre, afin qu'il n'y ait pas trop de décalage dans le temps entre la règle de droit positif et la situation du système de santé.

Natacha Lemaire

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

Merci M. le président. Je vais en effet commencer par décrire rapidement le dispositif qui a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018¹⁰⁹. Son originalité tient au fait qu'il s'agit d'un cadre générique d'expérimentation qui permet de déroger à quelques cent cinquante dispositions législatives touchant au financement des établissements de santé, des professions de santé libérale et des établissements sociaux et médico-sociaux. Il permet donc de déroger au financement et à la rémunération de l'ensemble des opérateurs en santé.

¹⁰⁹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

1. Un dispositif que les acteurs ont rapidement adopté

Ce cadre législatif a été amendé par trois lois ultérieures pour étendre le champ des dérogations et intégrer d'autres dispositifs comme, par exemple, les protocoles de coopération. En effet, depuis la loi de financement pour 2019¹¹⁰, les protocoles expérimentaux locaux sont intégrés à l'article L 162-31-1, base légale de l'article 51¹¹¹. De sorte qu'il est possible de conjuguer les deux types d'expérimentation dans un même projet.

Un dispositif ouvert et partagé

Ce qu'ont voulu la ministre de la santé et le Gouvernement est donc un dispositif extrêmement ouvert, qui se traduit par un guichet permanent, à la différence, par exemple, du dispositif des autorisations d'activités de soins ou d'équipement de matériels lourds. Dans ce contexte, toute partie prenante du système de santé est donc susceptible de proposer un projet. Ces projets font l'objet d'une évaluation externe systématique et sont financés par le fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss)¹¹². La gouvernance est là aussi originale, car elle est à la fois collégiale et partenariale entre l'État et l'assurance maladie, entre l'échelon national et les échelons régionaux, que ce soit avec les agences régionales de santé (ARS) ou les organismes d'assurance maladie locaux.

Surtout, ce fonds est déconcentré, c'est-à-dire que la porte d'entrée privilégiée se situe au sein des ARS ; alors que le fonds finançant *in fine* les expérimentations est géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Notons qu'exceptionnellement l'on n'a pas commencé par créer une structure pour piloter ce dispositif, mais une petite équipe pour privilégier l'agilité et les relais dans les administrations concernées que sont les directions du ministère de la santé, l'assurance maladie et l'échelon régional.

Un engouement qui ne se dément pas

Depuis l'été 2018, de très nombreux projets ont été reçus et cela continue : plus de quatre cents la première année, et près de six cents en cumulé fin juin 2019, sachant que la grande majorité de de ces projets est proposée aux ARS.

Il est intéressant de noter que près d'un tiers des projets n'est pas recevable. Cela tient, à mon sens, à deux explications : la première est l'effet d'aubaine du financement de la première année de montée en charge du dispositif, la seconde est la difficulté d'appréhender clairement la définition juridique du dispositif, y compris pour les spécialistes. Notons enfin que, depuis ses débuts, l'autorisation de nouveaux projets oscille entre quatre et cinq par mois ; et qu'à la fin de l'année 2019, quarante-cinq nouveaux projets avaient été autorisés.

110 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

111 Voir : B. Apollis, « Les enjeux des expérimentations de l'« article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 », in *Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie (JDSAM)*, 2019/3, n° 24, pp. 6 à 12.

112 Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss) permet de financer le déploiement d'expérimentations à grande échelle.



Un impératif pour autoriser des projets dans un délai raisonnable : travailler autrement et savoir faire confiance aux acteurs de terrain

Cet afflux de projets nous a obligés, pour pouvoir autoriser les expérimentations, à nous adapter et à travailler autrement avec les porteurs de projets. Pour l'administration, qui n'en a pas toujours l'habitude, cela passe par un lâcher prise pour arriver à un cahier des charges qui sera le résultat d'un accord entre les différentes parties prenantes. Cela constitue également une opportunité pour travailler autrement, tant au sein du ministère de la santé que de l'assurance maladie et en régions. Au final, on peut dire qu'il s'agit d'un réel levier de transformation interne.

Un dispositif d'évaluation inédit

Quant au dispositif d'évaluation, il est *a priori* assez inédit puisqu'il doit permettre d'évaluer aussi bien un projet porté, par exemple, par une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) dans une région donnée, qu'un projet mis en œuvre par une quinzaine d'établissements de santé ou une quinzaine de pouponnières, ou encore des projets présents sur l'ensemble du territoire qui concernent différentes pathologies ou toute une population. Cette évaluation doit être proportionnelle et adaptée. Elle est pilotée par la CNAM et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère qui ont sélectionné une dizaine d'évaluateurs¹¹³, de manière à pouvoir affecter au projet autorisé un évaluateur externe qui s'attachera à définir la méthodologie d'évaluation propre à chaque projet en y incluant une dimension qualitative et quantitative proportionnée à la complexité du projet.

Sur les quarante-cinq projets autorisés en 2019, l'ensemble du territoire est couvert, avec bien sûr des disparités entre les différents territoires.

En terme de portage, un quart des projets est proposé par des établissements de santé – chiffre inférieur à la proportion de projets qui sont proposés par les établissements de santé. La première année, ils représentaient presque la moitié des projets, mais à présent leur part représente moins de 40 % d'entre eux. Ensuite, viennent les professions libérales, via leurs maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et leurs unions régionales des professionnels de santé (URPS). Nous avons aussi des projets présentés par des associations professionnelles qui sont souvent nationales, et par des industriels. Ces différentes catégories représentent près de 60 % des projets autorisés.

Comme nous l'évoquions précédemment, en terme de population ciblée, les deux tiers des projets traitent des maladies chroniques. Au sein de ces projets, des thématiques émergent comme, par exemple, la prise en charge de l'obésité, la prise en charge des addictions, ou encore les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires. Enfin, un tiers des projets ont une approche populationnelle, c'est-à-dire qu'ils portent sur les personnes âgées, sur les personnes en situation de précarité, sur les enfants, etc.

¹¹³ Mise en place en 1998, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux qui agit sous la tutelle du ministère de la santé, du ministère du travail et du ministère de l'économie.



2. Les prototypes tarifaires autorisés à date

Les grands types de modèles de financement par rapport au mode de rémunération actuel

Dans ce contexte, *quid* de l'aspect rémunération, notamment si on se réfère aux quarante-cinq nouveaux projets autorisés fin 2019 ? Il existe trois façons de se positionner par rapport au système de financement actuel, mais la majorité des projets ont des financements qui sont soit *complémentaires*, soit *partiellement substitutifs et complémentaires*.

La notion de complémentarité est assez simple : une rémunération « complémentaire » s'ajoute à la rémunération de droit commun actuel – puisque le dispositif est subsidiaire. Il s'agit notamment de projets qui incluent des prestations ne faisant pas l'objet de remboursement par l'assurance maladie comme, par exemple, la prise en charge de l'obésité (la prise en charge est faite par des psychologues ou par des diététiciens). D'autres projets incluent de l'activité physique adaptée, avec des professionnels particuliers pour les prendre en charge (éducateurs, etc.). Il existe aussi des rémunérations complémentaires quand elles ne sont pas prévues dans la nomenclature existante.

Quid de la notion de « partiellement substitutif et complémentaire » ? Cela signifie que, dans un projet, il peut y avoir une partie qui intègre et remplace les rémunérations existantes. Un forfait peut intégrer des consultations susceptibles d'être réalisées en droit commun et également un financement complémentaire tel qu'exposé précédemment.

Ces deux catégories constituent l'essentiel des projets qui nous sont soumis. Notons que quelques-uns proposent des modes de rémunération entièrement « substitutifs », c'est-à-dire visant à remplacer les rémunérations actuelles. Mais, pour l'instant, cette catégorie reste minoritaire et concerne principalement deux professions : les médecins généralistes et les infirmiers, pris ensembles ou séparément.

La rémunération au forfait est le modèle le plus utilisé

Concernant les modes de rémunération, l'on retrouve majoritairement des rémunérations au forfait par patient, et en majorité collective. Autrement dit, tout ce que ne sait pas faire aujourd'hui notre système de santé ! Car il s'agit là de la mise en place d'un forfait qui rémunère différents professionnels concourant à une prise en charge ; soit que ces derniers exercent dans un même secteur comme, par exemple, le secteur sanitaire ou le secteur médico-social, soit, éventuellement, un forfait intégrant des rémunérations de professionnels de ville et d'hôpitaux ou de professionnels de ville et d'établissements médico-sociaux. Toutes les combinaisons sont possibles.

Comment ce forfait est-il établi ? Le modèle qui se dégage, est un financement à la séquence de soins, qui est lié à l'objet même du projet.



Ainsi, par exemple, plusieurs projets traitent de la prise en charge des plaies complexes, avec un financement forfaitaire collectif pour une prise en charge des plaies. Une séquence de soins peut aussi intégrer une prise en charge hospitalière, la séquence avant l'intervention ou après le séjour hospitalier comme, par exemple, un projet autorisé récemment qui propose un financement forfaitaire autour de la maternité.

Ce financement peut être soit intersectoriel, soit par exemple dérogatoire aux conventions signées avec l'assurance maladie pour les professionnels de ville. C'est là un aspect assez peu rencontré, mais qui peut encore changer, car sur les quarante-cinq projets autorisés fin 2019 très peu (un ou deux) traitent du financement des établissements de santé. Enfin, notons que l'on a assez peu de modèles reposant sur des résultats ou sur des éléments de qualité dans les projets qui nous sont proposés par les acteurs du système de santé.

Un début de mise en œuvre opérationnelle des expérimentations fin 2019 ?

Où en sommes-nous en terme de mise en œuvre ? Une dizaine d'expérimentations a démarré fin 2019. Cela exige une ingénierie financière particulière, parce que pour chaque projet il y a des conventions dont au moins une est signée avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour les financements dérogatoires. Il faut donc connecter tous les expérimentateurs à une plateforme de facturation dédiée à l'article 51 ; plateforme également gérée par la CNAM. Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2020, une caisse primaire assure l'ensemble des liquidations pour le dispositif. Cela peut sembler un peu compliqué à mettre en œuvre, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit de projets qui sortent des cadres habituels.

C'est également fin 2019 qu'a démarré le début des travaux d'évaluation. Ainsi, chaque expérimentation a son évaluateur, et l'on devrait avoir les premiers protocoles d'évaluation au printemps 2021 sur toutes les expérimentations qui ont été autorisées jusqu'à présent. Quant aux expérimentations qui ont démarré, cela implique qu'elles prennent en charge des patients tel que prévu dans les différents cahiers des charges.

Aussi, l'histoire ne fait que commencer. Et pour les personnes intéressées, de nombreux documents figurent sur le site du ministère de la santé, dont l'ensemble des cahiers des charges, un guide méthodologique pour l'évaluation, et beaucoup d'éléments pratiques pour élaborer un projet.

Didier Tabuteau

Président de la section sociale du Conseil d'État,
modérateur de la table ronde

Je vous remercie beaucoup de votre intervention qui nous a permis de bénéficier de l'un des premiers bilans de l'expérimentation. Nous disposons en effet de peu de littérature sur ce sujet, compte tenu du début très récent de la mise en œuvre des premiers protocoles. Vos propos témoignent également du dynamisme d'un système de santé en forte mutation. Le nombre de projets présentés dans le cadre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, même s'il est devenu

usuel pour les professionnels de désigner ces expérimentations comme les « expérimentations de l'article 51 » (de la loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) en est la démonstration.

Je souligne enfin, comme vous l'avez indiqué, que cette idée d'une évaluation en temps réel, conçue dès le lancement de l'expérimentation, et qui ne vient pas se greffer *a posteriori*, est sans doute un élément d'innovation qui témoigne de l'imagination tant des acteurs du système de santé que de l'assurance maladie ou du ministère de la santé.

Cela permet une transition vers l'intervention de Nicolas Revel puisqu'évidemment l'assurance maladie par sa place, sa fonction, ses systèmes d'information et sa capacité de négociation des conventions d'exercice professionnel est au premier rang des acteurs de l'évolution des rémunérations dans le système de santé.

M. le directeur général, vous avez la parole.

Nicolas Revel

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

Merci beaucoup M. le président. Merci également de votre invitation. Je voudrais développer mon propos autour des principaux enjeux qui s'attachent à la question des rémunérations et de leur évolution.

Le premier enjeu est la question du niveau et de la répartition des rémunérations, notamment parmi les médecins entre les différentes spécialités médicales. Cela n'est pas nouveau, mais reste un élément stable auquel tous les acteurs sont extrêmement attentifs et qui, du point de vue du régulateur, pose la question de notre capacité à assurer une attractivité nécessaire, suffisante, équitable pour les différentes professions de santé.

Le second enjeu a trait aux évolutions des modes de rémunérations, afin de permettre l'adaptation aux enjeux de la mutation du système de santé d'aujourd'hui et de demain.

1. Le niveau et la répartition des rémunérations

La question du niveau de la répartition des rémunérations – et donc de l'attractivité des professions médicales – est toujours délicate, parce qu'elle supposerait dans l'absolu d'être en capacité d'établir une hiérarchie (pertinente) entre les différentes professions et les différents cadres d'exercice ; d'autant plus que nous avons des professionnels qui exercent tantôt sous un statut libéral, tantôt sous un statut de salarié. Notons au passage qu'il n'existe pas, ni dans l'appareil d'État, ni auprès de l'assurance maladie, une quelconque grille des revenus et des rémunérations.

La rémunération est un sujet dont nous débattons souvent avec nos interlocuteurs. Or les choses sont, par définition, inégales. C'est pourquoi l'assurance maladie, dans le champ des négociations qu'elle mène, s'attache à veiller à une forme d'équité dans l'évolution des rémunérations.



Dans ce contexte, je souhaiterais attirer l'attention sur un point : l'équité dans l'évolution globale des rémunérations entre les professions.

Dans les différentes négociations, nous sommes en effet toujours soupçonnés d'avantager certaines catégories de personnes puisque, quand nous négocions, c'est toujours au sein d'un mandat précis, d'un volume financier de revalorisation donné, qui s'attache à des négociations d'autant plus importantes qu'elles interviennent tous les quatre ou cinq ans et dessinent ce que seront les évolutions tarifaires sur ce moyen terme.

Pourtant, lorsque l'on regarde les choses de plus près, j'observe une relative équité entre les différentes professions. Nous sommes en effet sur des standards d'évolution par profession se situant autour de 5 % sur les cinq années d'évolution des tarifs, soit quelque 1 % par an. Ce qui est très correct par rapport à l'évolution de la rémunération des professionnels de santé exerçant sous un statut salarié.

Surtout, il faut noter que nous faisons vivre cette notion d'équité. Nous la faisons vivre à travers des négociations en essayant de faire en sorte d'avoir des cibles de revalorisation qui permettent d'orienter, de rééquilibrer ces évolutions. Le président Battistoni faisait référence à la grande négociation que nous avons conclue en 2016 au sujet de la convention quinquennale signée avec des médecins libéraux¹¹⁴. Cette convention a dessiné le paysage pour cinq ans, avec un volume global de revalorisation d'un peu plus d'un milliard trois cents millions d'euros ; ce qui représente à peu près 5 % du montant total des honoraires des médecins. Ainsi, en 2016, nous avons fait le choix de la médecine générale en orientant les deux tiers des revalorisations sur celle-ci.

S'agissant des autres spécialités, nous avons ciblé celles sur lesquelles nous observions un décrochage et qui étaient plutôt des spécialités cliniques, par rapport à des spécialités techniques dont les niveaux des honoraires et des revenus se situaient très au-dessus de beaucoup de spécialités cliniques.

Enfin, la dernière priorité a consisté à valoriser davantage les médecins exerçant en secteur 1 ou s'engageant dans des dispositifs de régulation de leurs dépassements d'honoraires. Près de 90 % des investissements ont ainsi ciblé soit le secteur 1, soit le « secteur 2 à honoraires maîtrisés ».

J'ajoute que nous avons à cœur pour les médecins, mais aussi pour toutes les professions de santé, de ne pas être forcément sur des réévaluations de lettres clés ou de tarifs de base, mais d'orienter nos investissements sur des actes, sur des consultations qui nous paraissent avoir un niveau de complexité qui mérite et justifie une valorisation supplémentaire.

Il faut noter que cela a été, avec les médecins, le début de consultations longues et complexes. Et lorsque nous regardons ce que nous avons négocié avec beaucoup de professions autres, nous retrouvons chaque fois non la revalorisation de tarifs de base ou de lettres clés, mais des investissements ciblés sur des actes, des prises

114 Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.



en charge à plus forte valeur ajoutée. Il nous restera d'ailleurs à ouvrir le chantier des actes techniques médicaux de la convention collective nationale (CCN) qui nécessitent, comme le savent ceux qui connaissent le sujet, un travail de révision nécessaire et urgente. En 2020, la loi de financement pour la sécurité sociale en a posé le cadre. Nous avons ainsi une invitation à réussir ce chantier et à le mener à son terme en cinq ans.

2. L'évolution des modes de rémunérations

Le second enjeu concerne l'évolution des modes de rémunération qui, dans le système de santé français, sont fondamentalement construits sur la rémunération de l'acte médical. Or, aujourd'hui, nous constatons, dans le cadre d'un *consensus* qui n'est peut-être pas total mais qui a largement progressé, que cette rémunération à l'acte ne peut plus, demain, constituer un modèle unique.

Actuellement, la rémunération à l'acte représente 100 % du mode de rémunération des professions de santé. La seule spécialité qui possède un segment en dehors de l'acte sont les médecins généralistes, pour lesquels 14 % de leur rémunération relève de rémunérations forfaitaires diverses – et je n'inclus pas dans ces 14 % la prise en charge des cotisations qui relève d'une forme différée de rémunération des actes.

Les autres spécialités et professions médicales, quant à elles, sont à 99 % rémunérées à l'acte dans une approche conforme à la tradition du modèle libéral français basé sur un système de santé essentiellement construit sur le curatif.

Mais si ce système présente de nombreux avantages – j'y reviendrai –, il n'est pas sans inconvénients.

Le premier inconvénient est qu'il s'agit d'un type de rémunération qui à la fois et par définition pousse au volume, entretient des tarifs bas et pèse sur les conditions d'exercice.

Le deuxième inconvénient est qu'un tel système entretient le cloisonnement et la concurrence entre les acteurs, puisque rien ne vient valoriser le travail collectif et pluridisciplinaire qui reste décloisonné entre les différents acteurs au sein de la médecine de ville, et entre la médecine de ville et l'hôpital.

Enfin, le troisième et dernier inconvénient est qu'il s'agit, par définition, d'une rémunération qui n'intègre pas ou très peu les enjeux de prévention et de suivi des patients dans la durée, dans un contexte de vieillissement et de développement des pathologies chroniques, et qui n'intègre pas non plus les notions de qualité de prise en charge et de pertinence des interventions.

Toutefois, au-delà de ses aspects négatifs, il faut noter que la rémunération à l'acte possède une grande vertu qui est celle d'entretenir une véritable productivité dans le système de santé. Ce qui se révèle particulièrement important dans un système où existent parfois des tensions dans la ressource et dans l'accès aux soins.



Vers de nouvelles formes de rémunérations

Face à ce constat, nous évoluons vers une forme de diversification des rémunérations. Bien sûr, il ne s'agit pas de changer totalement la façon dont sont rémunérés les professionnels de santé, notamment de la médecine de ville ou de l'hôpital, pour la bonne et simple raison que le modèle français est fondamentalement construit sur la rémunération à l'acte. Dans ce contexte, je ne crois donc pas à la possibilité de faire basculer notre système de rémunérations à l'acte sur un modèle principalement construit sur autre chose que l'acte. Cela, d'autant plus que nous n'avons pas d'exemple de ce que pourrait être ce nouveau modèle. Je ne connais pas en effet, aujourd'hui, de pays dont on puisse dire qu'il a trouvé un modèle à la fois efficient et efficace susceptible d'être approuvé par tous.

Alors quelles sont les pistes sur lesquelles nous avançons ? Je les diviserai en trois grandes catégories, en dehors des expérimentations de l'article 51 qui nous ont déjà été présentées par Mme Lemaire.

1) Tout d'abord, je pense qu'il faut ajouter davantage d'éléments de forfaitisation à la rémunération, avec des modalités différentes selon les situations et les professions. À la CNAM, nous avons avancé sur le dossier des médecins libéraux avec un regroupement des rémunérations forfaitaires du médecin généraliste qui ont été augmentées, et la création d'un *forfait structure* qui est un élément très important pour essayer d'orienter les pratiques.

Vis-à-vis d'autres professions, comme les infirmières et les infirmiers libéraux, nous avons créé, depuis le 1^{er} janvier 2020, une forme de forfaitisation sur la part de l'activité qui porte sur les soins à la personne dépendante. Nous y avons introduit un forfait journalier, plutôt qu'annuel, qui déjà constitue une étape importante vers autre chose qu'une rémunération construite sur le nombre de séances.

2) La deuxième approche a trait à tout ce qui porte sur la qualité et la pertinence des soins. Précédemment, le président Tabuteau évoquait la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) créée en 2011 ; dans le prolongement de cette nouvelle approche, nous avons développé à la CNAM des échanges avec de nombreuses professions de santé pour étudier dans quelles mesures il serait possible d'adapter la rémunération à la valorisation de la qualité d'une prise en charge par d'autres professions que les médecins.

Nous avons aussi développé des échanges avec les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes pour les associer à des réflexions qui vont de l'intéressement à la pertinence, car pour amener les acteurs à faire des choix qui privilégient la qualité de la prise en charge, laquelle permet de réaliser des économies, l'intéressement est une modalité pragmatique et efficace.

Notons que nous sommes également en train de mettre en place de tels systèmes, aussi bien en ville que dans les établissements, avec notamment le développement des médicaments biosimilaires¹¹⁵.

¹¹⁵ Médicaments produits par biothérapie, une fois le brevet original expiré. Ces médicaments diffèrent des médicaments génériques par une structure chimique plus complexe.



Enfin, on notera, mais sans le développer de nouveau, des expérimentations liées à l'article 51 comme, par exemple, l'incitation à une prise en charge partagée (IPEP) qui, reposant sur une logique de volontariat, permet à des professionnels de santé de s'organiser au profit d'une patientèle commune aux fins de valoriser la qualité d'une prise en charge et son efficacité médico-économique.

3) La troisième approche porte sur la rémunération des modes et des structures d'exercice pour rendre les organisations plus efficaces et mieux coordonnées.

Tout le monde convient en effet qu'il faut rompre avec les actes médicaux isolés, afin de mieux répondre à l'enjeu du développement des pathologies chroniques d'une population qui vieillit. C'est probablement l'un des éléments clés sur lequel notre système de santé doit progresser dans les prochaines années. Cela nécessite de mieux outiller les professionnels de santé, de leur donner plus de confort d'exercice, de leur offrir davantage de soutien pour les amener *in fine* à un exercice médical plus coordonné. Cela passe également par de la structuration et de l'organisation.

Je n'ai jamais cru – et c'est un débat que j'ai régulièrement avec les professionnels de santé – qu'il suffirait de revaloriser leurs tarifs pour générer plus de revenus dans leur exercice quotidien et leur permettre, comme par magie, à travers ce surplus de rémunération, de recruter des assistants médicaux, ou d'investir dans des outils informatiques partagés et créer ainsi des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Je ne crois pas à cette « main invisible ». C'est pourquoi je pense qu'il faut des financements dédiés au recrutement des assistants médicaux, ou à la création d'une maison de santé professionnelle (MSP) ou d'une CPTS.

C'est ce chemin que nous avons pris, depuis 2017, à travers la négociation d'accords pour aboutir, au cours de ces dernières années, à la création d'un mouvement significatif autour d'un exercice médical pluriprofessionnel et coordonné qui porte ses fruits à la fois sur les CPTS et les assistants médicaux, et crée un début d'optimisme grâce aux aspects positifs de ces évolutions.

On notera que cela permet aussi de « conditionner » les professionnels de santé vis-à-vis de certaines rémunérations qui leur sont ou leur seront versées pour que, dans les trois ans qui viennent, ils s'inscrivent dans un exercice coordonné qui permette d'offrir à la fois une incitation financière à ceux qui s'y engagent et une moindre rémunération à ceux qui ne s'y engageraient pas.

Questions pour l'avenir

Je souhaiterais, dans la dernière partie de cet exposé, aborder deux questions d'importance : celle des freins à l'évolution en cours, et celle de la méthode à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés.

1) En remarque liminaire, je précise que dans le dialogue que nous avons avec nos interlocuteurs la question de l'évolution des rémunérations n'est plus un sujet tabou. Je remarque même qu'il y a beaucoup de réflexions partagées sur le



fait que, si nous voulons améliorer nos organisations et nos pratiques, cela passe nécessairement par des évolutions de notre modèle économique et notamment de nos modes de rémunérations.

Notons toutefois qu'il existe également beaucoup de crainte et de fausses idées chez bon nombre de professionnels de santé, notamment ceux qui ne sont pas des responsables syndicaux et qui, éloignés de ces aspects organisationnels, peuvent être à la fois attachés à la rémunération à l'acte, gage d'indépendance, et potentiellement dans la crainte que toute évolution vers des modes de rémunérations de type forfait ou équivalent puisse induire un certain nombre de mises sous tutelle de la part de l'assurance maladie.

À cet égard, il y a souvent des remarques sur le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour savoir si celles-ci ne seront pas, demain, une sorte de piège où toutes les rémunérations seront budgétées en fonction des territoires auxquels on les octroiera. Tel est le type de vision qui est aujourd'hui présent dans les esprits.

Enfin, il faut également prendre en compte le fait que lorsque les professionnels de santé sont sur des forfaits de prise en charge d'une pathologie chronique, la question qui les intéresse, y compris peut-être demain dans des forfaits ville-hôpital ou différentes structures d'exercice, est de savoir qui prendra la main. C'est là un aspect assez complexe qui, évidemment, insécurise grandement les acteurs, sans compter l'influence que cela peut avoir sur leurs rémunérations.

Il faut donc intégrer ces aspect-là dans les discussions, ce qui n'est pas toujours fait. Et je suis d'ailleurs frappé de voir que de toutes les négociations que j'ai menées, et qui étaient porteuses d'évolutions structurelles, aucune n'a été conclue avec la totalité des syndicats. Ainsi, à chaque fois, ai-je vu des guerres syndicales s'opérer dans la foulée de ces accords ; ce qui tendrait à démontrer que tout n'est pas aussi simple qu'annoncé dans chaque environnement professionnel de chaque profession concernée.

2) Dans ce contexte, quelle méthode utiliser ? Je précise d'emblée que je ne crois pas à la possibilité de faire bouger le système de manière contrainte, autoritaire, voire unilatérale. Je pense au contraire que la seule manière d'y arriver est de travailler dans une logique assumée de co-construction. C'est la voie que nous empruntons, à la fois par construction au travers des négociations conventionnelles et au travers de l'article 51 qui à sa manière a également ouvert cette possibilité.

La voie conventionnelle n'est pas une concertation : c'est une négociation. Quant à l'article 51, lorsqu'on analyse la manière dont il a permis les expérimentations, on s'aperçoit qu'il s'agit de projets qui ont donné lieu à une très longue co-construction.

La seconde condition méthodologique est de maîtriser la complexité de ces réorganisations, car tout cela est, par définition, beaucoup plus compliqué que la rémunération à l'acte ; et il peut y avoir, de la part des administrations comme des interlocuteurs à qui nous nous adressons, des constructions qui tendent vers une complication qui, derrière, ne pourra pas être partagée par le plus grand nombre.



De sorte qu'il nous faut être vigilant et accepter de s'inscrire dans le temps long, car lorsque l'on modifie des modes de rémunérations, on est en prise de *risques économiques* avec tout un chacun. C'est pourquoi il faut envisager de nombreux rendez-vous et ménager des étapes. Enfin, il faut savoir que c'est aussi un gros enjeu pour l'assurance maladie qui doit gérer cette nouvelle complexité de la multiplication des modes de rémunérations en modifiant ses outils informatiques. Tout cela a un coût dont les acteurs n'ont pas toujours conscience.

Conclusion

Pour prendre une image florale, je pense que la rémunération à l'acte était un jardin à la française et que l'on se dirige aujourd'hui vers un jardin à l'anglaise avec une multiplication, un foisonnement des possibilités. Le président Battistoni évoquait les « options » et les « choix possibles ». Je pense que c'est intelligent à court terme, parce que c'est de cette manière que l'on va y arriver ; ensuite, bien sûr, cela pose la question à moyen et long terme de savoir comment tout ceci se rationalise.

Le second aspect, que le président Battistoni a souligné, est que tout cela nécessite beaucoup d'argent. Effectivement, lorsque l'on modifie les modes de rémunérations cela représente un coût – qui n'est pas illégitime – car l'on doit à la fois consacrer des moyens financiers à ces évolutions et, en même temps, trouver un équilibre avec les revendications classiques et parfaitement légitimes, mais potentiellement très coûteuses, qui portent sur le tarif de base.

Didier Tabuteau

Président de la section sociale du Conseil d'État,
modérateur de la table ronde

Merci de cet exposé magistral. Il n'y a donc ni révolution, ni « main invisible », mais plutôt un chef d'orchestre attentif à la création d'une nouvelle symphonie.

Je vous propose maintenant de passer à un échange avec le public à travers les questions de la salle.



Échanges avec la salle

Question du public

Ayant connu dans mon activité le paiement à l'acte et le côté salarial, puis étant devenu praticien, il me semble fondamental de pouvoir offrir aux différents types de patients un système en rapport avec leurs besoins. C'est ainsi, par exemple, qu'un médecin salarié devrait pouvoir, dans certaines circonstances, remplacer un médecin libéral, et vice versa. Mais cela nécessite de la flexibilité. Une flexibilité qui existait il y a trente ans. Comment mettre en place une telle flexibilité aujourd'hui ?

Didier Tabuteau

Nous allons prendre d'autres questions avant de répondre.

Question du public

On souhaite faire appliquer sur nos territoires une gouvernance productive : maison de santé, CPTS, nouveaux modèles de management, etc. Dans ce contexte, ne risque-t-on pas de se retrouver avec des exercices « iso-normés » qui risquent de faire disparaître l'art de soigner à la française ? N'est-on pas en train de promouvoir ce que l'on dénonce à l'hôpital où la norme a tué l'initiative, la responsabilité et le respect du patient ? Comment être certain que nous ne ferons pas dans dix ou quinze ans un constat amer des mesures que l'on prend aujourd'hui ?

Question du public

Il existe un autre champ de l'assurance maladie en croissance rapide – en raison du vieillissement de la population –, qui concerne la liste des produits et prestations de santé (pansements, dispositifs médicaux, verres de lunettes, aides auditives, etc.). Or ces produits rassemblent des dispositifs délivrés à la fois par des non-professionnels de santé, par des prestataires à domicile et par des professionnels de santé. Dans ce contexte, n'y a-t-il pas une évolution à prévoir de certaines de ces professions vers une négociation complète avec l'assurance maladie pour plus de cohérence ?

Didier Tabuteau

Merci de toutes ces questions. Alors bien sûr l'exercice est difficile, car il s'agit d'apporter des réponses très brèves à des interrogations fondamentales.

Se retrouvera-t-on dans cette salle dans dix ou quinze ans pour faire le constat amer de l'insuffisance voire de l'échec des mesures que l'on cherche à mettre en œuvre ? Je me tourne vers les membres de la table ronde, car l'objectif des professions de santé de demain, thème de notre colloque, est justement d'éviter de telles évolutions. Sur les trois questions : l'adaptation des statuts, l'avenir de la médecine libérale et le droit commun des professions et des produits de santé, qui veut répondre ?

Nicolas Revel

Sur la dernière question, je souhaiterais préciser que je n'ai pas de réponse ni de conviction sur le fait de savoir qui fait quoi entre l'assurance maladie et le comité économique des produits de santé (CEPS). L'assurance maladie étant partie prenante du CEPS par ailleurs.

En revanche, pour ce qui est de la flexibilisation des statuts et des modes d'exercice, j'y suis intellectuellement très favorable. C'est le débat que nous avons avec les syndicats médicaux. Nous allons d'ailleurs essayer d'en donner un début de traduction dans une ordonnance qui est en cours de rédaction par le ministère de la santé sur la base d'une habilitation votée dans le cadre de la loi de juillet 2019¹¹⁶ pour essayer de réfléchir aux cadres et statuts d'exercice en assouplissant les frontières entre mode libéral et mode salarial.

Enfin, sur la deuxième question qui est de savoir si tout ceci dessine une perspective sombre : on essaie de faire en sorte que non, en co-construisant ensemble ces nouveaux modes de valorisation d'activités qui cherchent à accompagner les évolutions nécessaires aux modes d'intervention des professions de santé, tout en se donnant le temps de corriger les choses qui n'iraient pas. Ainsi, lorsque je rédige une note sur une co-construction, ce n'est pas uniquement une pétition de principe, car il y transparait en même temps un sentiment d'humilité pour les choses que l'on ignore.

Et si l'on veut nous faire concevoir, au sein du ministère de la santé ou de l'assurance maladie, ce que devraient être les bons modes de rémunération, je pense que l'on se trompe. Par contre, réaliser ce travail avec les acteurs du système de santé reste la meilleure façon d'être le plus pertinent possible, tout en sachant que l'épreuve des faits nous amène toujours à des correctifs chemin faisant.

Je souhaiterais terminer par une interrogation sur cette nouvelle normalisation rapide. Je pense qu'à un moment donné il faut laisser se développer un éventail des possibles, qui très probablement va prospérer sous la forme d'options réalisables, car s'agissant du chantier dont on parle nous ne sommes pas dans la tarification à l'activité des établissements sanitaires, mais dans une tout autre perspective.

¹¹⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Jacques Battistoni

Je trouve difficile de répondre aux questions posées parce qu'il y a beaucoup de choses à dire sur des sujets aussi vastes. Aussi, je vous propose une petite grille de lecture qui a fait ses preuves et que l'on a souvent avancée dans des négociations conventionnelles. C'est une espèce de hiérarchie, sans jugement de valeur, entre les prises en charge.

Nous considérons en effet que nous prenons en charge un patient, une patientèle et aussi une population. Dans ces conditions, je plaide pour la diversité et la flexibilité, et surtout le fait de convaincre plutôt que de contraindre ou d'obliger.

Au sujet du patient, l'on voit bien qu'il y a des actes à valoriser, mais il y a aussi des choses fondamentales quant à la santé de la population, notamment les visites à domicile qui doivent être impérativement valorisées. Tous ceux qui ont des parents âgés mesurent d'ailleurs à quel point il est important de pouvoir compter sur une équipe de soins, un infirmier et un médecin en capacité de se déplacer – ce qui est un problème par endroit. Dans ce contexte, les notions d'acte et de valorisation de l'acte restent indispensables.

Sur la notion de patientèle, l'on voit bien qu'il faut aller vers des forfaits de soins. Et l'une des questions qui se pose est de savoir s'il faut faire un forfait de soins groupé, un forfait de soins d'équipe, ou un forfait de soins individuel ; forfait qui serait évidemment en lien avec d'autres forfaits de soins pour d'autres professions. C'est là un vrai débat que j'aimerais voir se développer.

Enfin, au sujet de la notion de population, je reviens sur le service d'accès aux soins. Il s'agit là d'une nouvelle responsabilité pour les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes ; responsabilité populationnelle qu'ils n'ont pas eue jusqu'à maintenant en dehors du problème spécifique de la garde de nuit. Mais, à responsabilité ou mission nouvelle, il faut des moyens nouveaux. Dans ce contexte, ces moyens pourraient s'effectuer à travers un forfait de service d'accès aux soins que j'appelle de mes vœux.

Didier Tabuteau

*Président de la section sociale du Conseil d'État,
modérateur de la table ronde*

Merci pour ces précieux éléments de réponse. Nous sommes parvenus à la fin de cette séance. Je remercie vivement les trois intervenants qui nous ont permis de mieux percevoir les nouveaux enjeux de la rémunération, et le public pour son attention et sa participation active à nos échanges.



Médecine de ville et usagers

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a mis en exergue l'objectif de décloisonnement 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. Par ailleurs, la question de l'accès financier aux soins ne doit 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.

Sommaire

Biographie des intervenants.....	75
Actes de la table ronde.....	79
Échanges avec la salle	109





Biographie des intervenants

Les fonctions mentionnées sont celles exercées à la date de la conférence

Modératrice

Dominique Le Guludec

Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS)

Après un clinicat en cardiologie à l'hôpital Antoine Béchère (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'équipe Inserm « Cardio-Vascular Imaging », équipe 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 Val-de-Seine (HUPNVS) et du conseil d'administration de l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) de 2013 à 2017. Enfin, elle a eu une activité scientifique au niveau international (présidente du *Cardio-Vascular Committee of the European Association of Nuclear Medicine* (2002-2006), 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), et 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 (éd. 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 (EFB) 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^{re} 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^{re} 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^{re} 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 quatre 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 (DGOS), ministère des solidarités et de la santé

Administratrice civile hors classe, élève de l'École nationale d'administration (ENA) 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 médico-sociales et adjointe à la directrice générale jusqu'en 2015, puis la direction générale de l'offre de soins (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 (FFD). Gérard Raymond a beaucoup œuvré pour faire de ce réseau d'environ cent associations locales 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 » de l'association française des diabétiques (AFD) et du programme d'accompagnement national « Élan solidaire ». Président de la FFD de 2015 à 2019, Gérard Raymond 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.





Actes – Médecine de ville et usagers

Dominique Le Guludec

*Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS),
modératrice de la table ronde*

Pour cette dernière séance centrée sur la médecine de ville et les usagers, j'ai l'honneur et le plaisir d'accueillir cinq intervenants : M. Bruno Bachini, maître des requêtes, rapporteur à la section du contentieux du Conseil d'État ; Mme Pascale Fombeur, présidente de la 1^{re} chambre de la section du contentieux du Conseil d'État ; M. Daniel Guillerm, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI) ; Mme Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins au ministère des solidarités et de la santé ; et M. Gérard Raymond, président de France Assos Santé.

Je souhaiterais débiter cette table ronde en rappelant le paradoxe que nous vivons : il n'y a sans doute jamais eu autant de professionnels de santé en France, alors même que les déserts médicaux sont une réalité et qu'il est parfois très difficile d'accéder à un professionnel de santé.

À cet égard, les chiffres sont très éclairants. On compte, rien que pour la médecine de ville, 48 700 cabinets d'infirmiers, 37 000 cabinets de masseurs-kinésithérapeutes, 36 500 cabinets de médecins, 36 100 cabinets de chirurgiens-dentistes, ou encore plus de 21 000 officines de pharmacie. Il y avait, en 2018, plus de 223 000 médecins, dont plus de 105 000 libéraux exclusifs, plus de 660 000 infirmiers dont plus de 116 000 libéraux ou mixtes, et plus de 86 000 masseurs-kinésithérapeutes dont près de 70 000 libéraux.

Les pouvoirs publics, ces dernières années, ont promu l'exercice coordonné des soins de premier recours au travers : des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé (CDS), des équipes de soins primaires (ESP), ou encore au travers de l'organisation des soins de ville avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Malgré cela, l'accès aux soins est parfois une gageure. Déjà, en 2017, la DREES estimait que 8 % de la population résidait dans une commune sous-dense en médecins généralistes : c'est ce que l'on appelle les « déserts médicaux ». S'il y a près de 860 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Paris, il n'y en a que 167 dans l'Eure. Dans une enquête menée par le magazine *Que choisir* en décembre 2019, 44 % des médecins généralistes interrogés déclaraient ne plus prendre de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Ce taux montait à 86 % en Seine et Marne, 88 % en Ardèche et même 92 % dans la Sarthe ! Les délais d'attente se creusent : selon la DREES, en moyenne, au niveau national, il faut attendre une vingtaine de jours pour pouvoir consulter un pédiatre ou un radiologue, une quarantaine pour un gynécologue et même quatre-vingts jours pour un ophtalmologiste. Autres données édifiantes : un sondage commandité

par France Assos Santé en novembre 2019 faisait apparaître que 31 % des sondés avaient déjà renoncé à des soins en raison de délais d'attente trop longs pour avoir un rendez-vous et 17 % du fait du manque de médecins à une distance raisonnable du domicile. Il faut en effet noter que 18 % des Français habitent à plus de trente minutes d'un ophtalmologue, 18 % d'un gynécologue, 16 % d'un dermatologue et 14 % d'un spécialiste ORL.

Il s'agit là simplement de l'accès à des professionnels de santé en ville. Une fois qu'on y a accès, se pose la question de la pertinence du choix du praticien, qui peut s'entendre ici de deux façons différentes : comment s'assurer que le praticien prend bien en charge la pathologie pour laquelle on le consulte, et comment s'assurer de la qualité des soins qu'il va prodiguer ?

Il existe, c'est même devenu un marronnier de la presse et chaque année l'un des tirages les plus importants des magazines, un classement des hôpitaux. Il n'existe rien pour les professionnels de la médecine de ville. Dès lors, on se retrouve confronté au bouche-à-oreille, à Internet de plus en plus, ou aux informations prodiguées par le praticien lui-même. Et c'est là que l'on se heurte à un sujet qui a beaucoup occupé le Conseil d'État ces dernières années : l'information et la publicité dans ce domaine¹¹⁷.

Puisque ce colloque est organisé par le Conseil d'État, il serait en effet difficile de ne pas mentionner l'actualité jurisprudentielle. Le Conseil d'État a, le 6 novembre 2019, rendu une décision majeure qui remet en cause une règle en vigueur depuis sept décennies : l'interdiction générale de publicité des médecins exerçant en France¹¹⁸.

Cette disposition figure dans le code de déontologie des médecins et a été codifiée à l'article R. 4127-19 du code de la santé publique :

« La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

« Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ».

La décision du Conseil d'État n'est pas vraiment une surprise. En mai 2018, son assemblée générale adoptait une étude, commandée par le Premier ministre, sur la réglementation applicable en matière d'information et de publicité aux professionnels de santé¹¹⁹. Nous allons y revenir avec le premier intervenant de la table ronde, mais l'on peut d'ores et déjà souligner que le Conseil d'État portait alors des propositions pour modifier la réglementation en vigueur.

Il notait alors que *« L'encadrement strict des informations que les praticiens peuvent aujourd'hui rendre publiques ne paraît plus répondre totalement aux attentes légitimes du public, désireux de pouvoir bénéficier, avant de s'adresser à*

¹¹⁷ Conseil d'État, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*, éd. La documentation Française, coll. « Les études du Conseil d'État », Paris, 2018.

¹¹⁸ CE, 6 novembre 2019, n° 416948.

¹¹⁹ Conseil d'État, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*, préc.



un professionnel de santé, d'une plus grande transparence au sujet notamment des pratiques et des expériences professionnelles ainsi que du coût des soins ».

Il rappelait également que la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) avait évolué sur cette problématique. En mai 2017, à propos d'un dentiste belge, la CJUE avait alors estimé que la libre prestation de services « *s'oppose à une législation nationale (...) qui interdit de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires (...)* »¹²⁰.

Une conclusion que le Conseil d'État étend dans sa décision aux médecins français. Il considère en effet que les dispositions de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), telles qu'interprétées par la Cour de justice de l'Union européenne, « *s'opposent à des dispositions réglementaires qui interdisent de manière générale et absolue toute publicité* ».

Bruno Bacchini nous résumera les évolutions qui s'annoncent dans ce domaine et l'encadrement réglementaire qu'elles nécessiteront pour rester « *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* ».

Cette décision de justice administrative devrait désormais trouver son écho auprès du ministère avec l'instauration de nouvelles règles, et auprès de la justice ordinaire qui statue régulièrement sur des contentieux autour de la publicité.

Pour ce faire, le législateur pourra s'inspirer de ce qui existe déjà dans d'autres professions de santé. Ainsi, pour les pharmaciens d'officine, une sous-section du code de la santé publique définit déjà les règles de publicité¹²¹.

Cette question de la publicité est donc amenée à évoluer. Elle ne répond pas toutefois à celle de la qualité des soins prodigués. Il n'y a pas de réponse miracle, en particulier pour la médecine de ville, mais la Haute Autorité de santé contribue à développer des outils destinés à favoriser cette qualité.

Je voudrais en présenter rapidement deux : la recertification et l'accréditation.

À l'origine, la procédure de certification des compétences professionnelles est une mesure de la Grande conférence de la santé qui ciblait uniquement les médecins sous le terme « recertification ».

L'article 11 du code de déontologie médicale dispose que « *tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* ». Cette notion de formation et de mise à jour régulière des connaissances et compétences professionnelles revêt une importance particulière pour les médecins dès lors que l'on estime que 50 % des connaissances médicales ont évolué au bout de cinq ans, rendant impérative

¹²⁰ CJUE, 4 mai 2017, *Luc Vanderborght*, aff. C-339/15.

¹²¹ Voir notamment : Section 4 : Dispositions concernant la publicité pour les officines et les établissements de préparation et de vente en gros des produits pharmaceutiques (articles R. 5053 à R. 5054).



une poursuite de la formation au-delà de la délivrance du diplôme. Un certain nombre de pays anglo-saxons et européens ont d'ailleurs adopté des procédures de certification et de recertification des médecins.

Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, ont alors demandé au professeur Uzan, doyen honoraire de la faculté de médecine Sorbonne université, de mener à bien une mission permettant de définir une procédure pour l'actualisation régulière des compétences des médecins.

Son rapport, remis en 2018¹²², préconise une certification et une valorisation périodique du parcours professionnel et des acquis tous les six ans, qui concernent tous les médecins et tous les modes d'exercices. Plus qu'un contrôle, la procédure proposée se veut un exercice de promotion et de valorisation, voire d'évolution des compétences.

L'article 5 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé étend cette procédure aux sept professions de santé à ordre : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue.

Il autorise le Gouvernement à prendre des ordonnances, sous un an pour les médecins, sous deux ans pour les autres professions, pour organiser le processus et désigner les organismes qui en seront chargés.

La Haute Autorité de santé met aussi en œuvre le dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales. Il s'agit d'une démarche volontaire de gestion des risques pour les spécialités désignées comme « à risque ». Elle a pour objectif d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles, de réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et d'en limiter les conséquences au bénéfice de la sécurité du patient. Avec l'assistance de la HAS, les organismes agréés d'accréditation tirent des enseignements (appelés solutions pour la sécurité des patients ou SSP) de l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés par les praticiens de leur spécialité et collectés dans une base nationale de retour d'expérience dite « REX », gérée par la HAS ; et les solutions sont promues et diffusées par les spécialités et la HAS. Avec la nouvelle mission de la HAS sur les événements graves associés aux soins (EIGS), va se compléter la vision du risque et se faire le lien avec la base REX de l'accréditation.

Le dispositif a un système d'information propre qui permet à chaque médecin d'avoir un parcours tracé. Ce dispositif permet à la HAS d'être en prise directe avec des médecins impliqués dans des pratiques à risque.

Je m'arrêterai là pour les réflexions préliminaires, et je laisse maintenant la parole aux intervenants de la table ronde. Nous allons pour ce faire procéder en deux temps : d'abord une discussion avec M. Bruno Bachini et Mme Pascale Fombeur, sur

122 Professeur S. Uzan (président du comité de pilotage de la mission de recertification des médecins), *Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues*, novembre 2018, rapport remis à Mmes Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche.



l'accès à l'information et l'accès aux soins au travers des conventions d'installation et des contentieux qui en découlent ; puis un échange avec M. Daniel Guillerm, Mme Katia Julienne et M. Gérard Raymond sur les évolutions plus opérationnelles de l'organisation des soins et le regard des patients sur ces évolutions.

La parole est à M. Bachini.

Bruno Bachini

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

Merci Mme la présidente. Dans un premier temps, je me livrerai à un rapide état des lieux du droit applicable en matière d'information des patients par les professionnels de la médecine de ville puis, dans un second temps, je m'efforcerai de tracer quelques pistes de réflexions et de présenter les principales perspectives d'évolution en la matière au regard des conclusions de l'étude du Conseil d'État de 2018 que vous avez citée et dont j'ai eu l'honneur d'être le rapporteur.

1. Droit applicable en matière d'information des patients par les professionnels de la médecine de ville

L'information du patient par son médecin

S'agissant, tout d'abord, des conditions d'information du patient par son médecin dans le cadre de leur relation directe et individuelle, le droit applicable apparaît globalement stabilisé et équilibré, à la fois au plan normatif et au plan jurisprudentiel, ce qui garantit aujourd'hui un droit effectif du patient à être informé sur son état de santé.

En effet, l'article R. 4127-35 du code de la santé publique prévoit l'obligation pour le médecin d'apporter à son patient une information loyale, claire et appropriée sur son état et les soins qu'il lui propose. De manière plus générale, l'article L. 1111-2 du même code consacre le droit pour toute personne à être informée sur son état de santé et, en particulier, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

Dans ce contexte, les textes comme la jurisprudence confèrent à l'obligation d'information personnelle préalable du patient par le praticien un caractère particulièrement contraignant et étendu, avec toutefois trois possibilités légales d'y déroger : l'urgence, l'impossibilité matérielle et la volonté du patient lui-même d'être maintenu dans l'ignorance.

À cela s'ajoute l'obligation, dégagée au départ par la jurisprudence administrative, de recueillir systématiquement le « consentement éclairé » du patient, c'est-à-dire l'obligation pour le praticien de s'assurer que le patient a réellement compris et mesuré tous les enjeux des soins qu'il accepte de suivre et de l'intervention qu'il accepte éventuellement de subir.

Cette obligation générale d'informer le patient sur son état de santé a pour corollaire le droit pour toute personne, garanti par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, d'accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé.

L'accès du public aux informations médicales

Au-delà de ce qui vient d'être précisé, il faut noter qu'il existe une problématique plus générale et plus complexe qui est celle de l'accès du public, à savoir patients et patients potentiels, aux informations médicales, indépendamment de la relation directe entre le médecin et son patient.

Il s'agit d'un champ juridique beaucoup plus vaste et d'un droit qui est appelé à évoluer au cours des prochaines années, notamment sous l'influence du droit de l'Union européenne, mais aussi au regard des impératifs et des mutations de la demande sociale.

Or ce qui caractérise le droit, actuellement applicable, concernant l'accès du public aux informations médicales est un principe très fort d'interdiction générale et absolue de la publicité. Ce principe est formulé, s'agissant des médecins, à l'article R. 4127-19 du code de la santé publique, dont le premier alinéa prévoit que « *la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* ». Et ce premier alinéa a pour corollaire un second alinéa qui pose l'interdiction de « *tous procédés directs ou indirects de publicité* ».

À cela s'ajoute, comme conséquence logique de cette interdiction générale, l'obligation énoncée à l'article R. 4127-13 du code de la santé publique qui prévoit, pour le médecin qui « *participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire* », l'obligation d'éviter toute attitude publicitaire. De même, l'article R. 4127-20 prescrit à chaque praticien de « *veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations* », tout en lui enjoignant de ne « *pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins commerciales son nom ou son activité professionnelle* ».

Ce principe général vaut bien évidemment pour toutes les autres professions de santé régies par les ordres, pour lesquelles le code de la santé publique comporte des dispositions équivalentes et souvent rédigées en termes identiques.

La notion de publicité

Le premier problème qui apparaît est l'absence de définition juridique générale de la notion de publicité dans le droit écrit. En effet, face à une interdiction générale de toute pratique publicitaire applicable aux professions de santé, à aucun moment le code de la santé publique ne définit ce qu'il faut entendre par publicité et par procédé publicitaire.

À cet égard, le Conseil d'État, dans son étude de 2018 consacrée aux règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité¹²³ dont j'ai été rapporteur, s'est hasardé à proposer la définition suivante de la publicité, comprise comme « *tout procédé par lequel un professionnel de santé assure auprès du public la promotion de son activité à des fins commerciales* ».

¹²³ Conseil d'État, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*, préc.



Par ailleurs, la jurisprudence du Conseil d'État s'est également longuement employée à pallier les silences du pouvoir réglementaire sur cette notion de publicité en matière d'offres de soins en s'efforçant de proposer une approche cohérente, bâtie autour d'un faisceau de critères jurisprudentiels clairement identifiés : degré d'implication du praticien dans la communication des informations, nature et contenu de l'information délivrée au regard de sa finalité éventuellement commerciale et, enfin, identité du destinataire du message en tant que client potentiel.

Afin de mieux saisir la portée de cette jurisprudence, je citerai juste un ou deux exemples de décisions récentes rendues par la section du contentieux.

Dans une décision de 2012¹²⁴, il a été jugé que le site Internet d'un chirurgien-dentiste ne saurait, sans méconnaître l'interdiction d'avoir recours à des procédés publicitaires, constituer un élément de valorisation personnelle du praticien en mettant notamment en avant, au-delà des simples observations objectives, le profil personnel de l'intéressé. Cette décision précise donc la ligne de partage entre l'information objective autorisée et ce qui relève d'une promotion personnelle qui s'apparente à une pratique publicitaire prohibée.

De même, dans une décision de 2015¹²⁵, également relative à un chirurgien-dentiste, le Conseil d'État a précisé la portée du critère relatif au destinataire du message en jugeant que « *constitue un procédé publicitaire prohibé [par le code de la santé publique], la mise à disposition du public, par le praticien (...) d'une information qui ne se limite pas à un contenu objectif et qui vise à promouvoir [son activité auprès de patients potentiels]* », en ajoutant, et c'est ce qui rend la décision intéressante, qu'à l'inverse « *dans l'hypothèse où, eu égard à son contenu, cette information n'est pas destinée à de telles personnes, la circonstance qu'elle leur soit librement accessible, notamment lorsqu'elle figure sur un site Internet, n'est pas, par elle-même, de nature à lui conférer le caractère d'une publicité prohibée* ».

Parallèlement à ce travail de définition de ce qu'il faut entendre par publicité pour les professions de santé, la jurisprudence du Conseil d'État a contribué à façonner les contours de « la bonne information » du public, en dégageant les critères tirés du caractère objectif de l'information communiquée et de sa finalité scientifique, préventive ou pédagogique.

Mais cette construction jurisprudentielle et cet environnement juridique fondés sur le principe général d'interdiction de toute forme de publicité a été, comme vous l'avez indiqué Mme la présidente, remis récemment en question par les derniers développements de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) à travers l'arrêt *Vandenborgh* de 2017¹²⁶ relatif au droit belge applicable aux chirurgiens-dentistes, qui vaut aussi pour la France dont la législation est en tous points comparable.

124 CE, s.sr, 27 avril 2012, n° 348259.

125 CE, s.sr, 21 janvier 2015, n° 362761.

126 CJUE, 4 mai 2017, *Luc Vandenborgh*, aff. C-339/15, préc.

Par cet arrêt, la CJUE a jugé qu'une interdiction générale et absolue de toute publicité relative à des prestations de soins est contraire non seulement à la directive du 8 juin 2000¹²⁷, dite « commerce électronique », mais surtout à l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) qui consacre la libre prestation de service.

Ainsi, tout en relevant dans les motifs de son arrêt que « *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* », la CJUE juge, par cet arrêt, que l'article 56 du TFUE relatif à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union européenne s'oppose à une interdiction générale et absolue de toute publicité relative à des prestations de soins dès lors qu'une telle interdiction dépasse ce qui est nécessaire pour protéger la santé publique et la dignité de la profession¹²⁸.

À ses yeux, ces objectifs auraient, en effet, pu 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* ». C'est donc au terme d'un contrôle de proportionnalité que la CJUE arrive à cette conclusion.

Bien évidemment, la section du contentieux du Conseil d'État a dû tirer les conséquences de cet arrêt et faire évoluer sa jurisprudence. Par sa décision du 6 novembre 2019¹²⁹, elle a jugé que s'il incombe au pouvoir réglementaire de définir les conditions d'une utilisation par les médecins de procédés publicitaires compatibles avec les exigences de protection de la santé publique, de dignité de la profession, de confraternité entre praticiens et de confiance des malades envers les médecins, il résulte néanmoins, comme l'a jugé la CJUE, des stipulations de l'article 56 du TFUE, que celles-ci 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 ; et, par une décision du même jour, la même solution a été retenue s'agissant des dispositions équivalentes applicables aux chirurgiens-dentistes.

Au-delà de ces changements jurisprudentiels induits par le droit européen, les évolutions fondamentales des comportements et des attentes du public au cours

127 Directive 2000/31/CE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2000 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information, et notamment du commerce électronique dans le marché intérieur.

128 « *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. / Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent étendre le bénéfice des dispositions du présent chapitre aux prestataires de services ressortissants d'un État tiers et établis à l'intérieur de l'Union.* », article 56 du TFUE.

129 CE, 6 novembre 2019, n° 416948, préc.



de la dernière décennie, notamment sous l'effet de l'essor du numérique, ont fragilisé les restrictions actuelles.

On constate ainsi un décalage de plus en plus prononcé entre, d'une part, les informations que les professionnels de santé sont autorisés à communiquer au public dans des conditions très restrictives et, d'autre part, la masse de données relatives à la santé qui sont directement accessibles et qui circulent en permanence sur Internet, qu'il s'agisse des sites institutionnels, des sites d'information ou des *forums* d'échanges de patients, sans même parler des sites de notation qui se développent fortement dans ce domaine.

Ce décalage entre l'état actuel du droit et la réalité des comportements sociaux rend nécessaire, à plus ou moins long terme, une évolution du droit applicable conçu bien avant l'ère des réseaux sociaux, aux fins d'une meilleure maîtrise de la diffusion des informations médicales.

Après ce rapide état des lieux, j'en viens à présent à mon second point qui est celui des évolutions possibles et souhaitables en la matière.

2. Pistes de réflexions et principales perspectives d'évolution

Pour ce faire, je me référerai essentiellement aux conclusions formulées dans l'étude du Conseil d'État de 2018 avec, comme première grande orientation, la suppression de l'interdiction générale de toute publicité directe ou indirecte dans le code de la santé publique, pour finalement pouvoir poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public.

La suppression de l'interdiction générale de toute forme de publicité

Pour ce qui me concerne, je pense que les évolutions récentes de la jurisprudence de la CJUE, puis du Conseil d'État, ne permettent plus d'avoir le moindre doute quant au caractère inévitable de l'abrogation ou, à tout le moins, de l'entière réécriture des dispositions du second alinéa de l'article R. 4127-19 du code de la santé publique relatif aux médecins¹³⁰ et, évidemment, de toutes les dispositions équivalentes applicables aux autres professionnels de santé.

Cette évolution s'impose désormais, et toute la question est de savoir quelles devront être les nouvelles dispositions réglementaires à prévoir en contrepartie de cette suppression.

Sur ce point, dans les conclusions de l'étude du Conseil d'État de 2018¹³¹, le groupe de travail dont j'ai été le rapporteur a proposé de poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public, principe qui viendrait se substituer à l'interdiction générale de tout procédé publicitaire.

130 « *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. / Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale* », article R. 4127-19 du code de la santé publique (version en vigueur du 8 août 2004 au 25 décembre 2020).

131 Conseil d'État, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*, préc.



Notons que l'introduction de ce nouveau principe marquerait un changement de perspective, car la liberté deviendrait la règle au lieu d'être l'exception ; mais cette évolution ne signifie pas pour autant un changement de paradigme, puisque ce nouveau principe, s'il voit le jour, et s'il est inséré dans les nouveaux textes, sera fortement encadré par les obligations déontologiques qui régissent l'exercice des professions de santé : interdiction générale de pratiquer ces professions comme un commerce, principes de dignité, de confraternité, de non-compéage, etc.

C'est pourquoi il a été proposé, toujours dans cette même étude, d'accompagner ce changement de principe fondateur par l'introduction de dispositions prescrivant expressément 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 numéro six de l'étude)¹³².

Retenons que ce changement de perspective proposé n'aurait pas pour effet de bouleverser les conditions d'exercice au quotidien, mais il permettrait de déplacer légèrement le point d'équilibre des interdictions existantes en offrant une marge de manœuvre un peu plus importante aux professionnels de santé dans leurs relations entre eux, tout en maintenant – et je pense que c'est important – le même degré de protection du public.

La nécessité d'enrichir l'information médicale communiquée au public

L'autre grande proposition qui ressort des travaux du Conseil d'État de 2018, au regard des contraintes évoquées précédemment et de la demande sociale, est la nécessité d'enrichir le contenu de l'information communiquée par les praticiens au public.

Il s'agit de favoriser, à droit constant et dans le respect des règles déontologiques actuelles, la communication au public par les professionnels de santé d'informations sur leurs compétences, leurs pratiques professionnelles, mais aussi leurs parcours personnel et professionnel, ainsi que de fournir des informations pratiques sur l'organisation de leurs activités, leurs conditions d'exercice, et éventuellement des informations à finalités scientifiques ou pédagogiques sur leurs disciplines et les grands enjeux de santé publique.

Les informations sur les formations et les pratiques professionnelles concernent les médecins. Il s'agit de les inciter à mentionner, plus systématiquement qu'ils ne le font, à l'attention des patients, outre leurs diplômes et spécialités, leurs formations complémentaires reconnues ainsi que les pratiques professionnelles, actes ou soins habituellement pratiqués. Il peut s'agir d'une information relative à certaines pratiques, comme les sutures ou les immobilisations, mais aussi d'informations sur les orientations particulières de leurs activités dans le cadre de leur spécialité. Par exemple, un médecin généraliste pourrait indiquer que sa pratique est essentiellement orientée vers la médecine du sport, ou un médecin spécialiste en psychiatrie faire état de sa pratique orientée vers l'addictologie. Il

¹³² *Ibid.*, p. 91.



s'agit là d'informations plus fines, plus précises qui pourraient être diffusées de manière systématique dans l'intérêt des patients.

De même, il peut se révéler utile pour chaque praticien de mettre à disposition du public des informations précises sur les techniques et le matériel qu'il utilise (savoir s'il pratique des échographies, des électrocardiogrammes, etc.), ou de mentionner, plus fréquemment qu'aujourd'hui, sa participation éventuelle à des actions de santé publique, de prévention ou de dépistage.

À l'inverse, il est important de préciser que certaines informations ne pourront pas, ni aujourd'hui, ni demain, être communiquées au public sous peine de porter atteinte aux grands principes déontologiques des professions.

Tel est le cas, par exemple, de la mention de notation et de témoignage de patients qui, *a priori*, n'est pas compatible avec l'état du droit actuel, ou avec les règles déontologiques applicables. Même chose pour des photos comparatives de type « avant » et « après » qui viseraient à donner l'illusion d'une garantie de résultat. Toujours dans le même ordre d'idée, doivent être également prohibées des données comparatives relatives aux tarifs et actes pratiqués, car cela marquerait une dérive vers une pratique trop commerciale, incompatible avec les règles déontologiques.

Notons également que l'étude du Conseil d'État de 2018 préconise un renforcement de l'information économique ; ceci pour favoriser une diffusion plus systématique et sur tous types de supports des informations économiques précises dont l'article R. 1111-21 du code de la santé publique¹³³ impose déjà l'affichage dans les salles d'attente : informations relatives aux tarifs des honoraires, aux fourchettes pratiquées, aux tarifs de remboursement par l'assurance maladie des principales prestations.

L'idée est donc de compléter les dispositions actuelles par une obligation d'information plus en amont, qui pourrait avoir lieu soit au moment de la prise de rendez-vous si elle se fait en ligne, ou même avant lorsque le praticien dispose d'un site Internet sur lequel il peut porter un certain nombre d'informations à la connaissance du public.

Telles sont, rapidement résumées, les principales propositions de l'étude du Conseil d'État de 2018 ; mais on pourrait en citer beaucoup d'autres qui ressortent de cette même étude. Précisons que dans le prolongement de cette réflexion, et compte tenu des changements récents intervenus dans l'environnement juridique qui lui ont servi d'aiguillon, le Gouvernement et les ordres des professions concernées ont mené, au cours des derniers mois, une réflexion commune sur ces questions ; ce qui a permis d'aboutir à des projets de décrets se situant désormais à un stade d'élaboration avancé.

Par ailleurs, je précise qu'en marge de ces nouvelles dispositions réglementaires qui pourraient prochainement s'insérer dans le code de la santé publique,

¹³³ Abrogé par le décret n° 2020-282 du 18 mars 2020 portant abrogation des articles R. 1111-21 à R. 1111-25 du code de la santé publique.



les ordres auront, bien évidemment, un rôle tout à fait central à jouer dans l'accompagnement de leur application par le biais des recommandations qu'il leur sera loisible de formuler, afin de préciser les contenus et les supports des informations communicables au public. C'est également un point sur lequel le Conseil d'État avait insisté dans ses propositions.

Conclusion

Dans ce contexte, la réussite et l'effectivité de la mise en œuvre de ces futures dispositions relatives à l'information des patients par les professionnels de santé, rendues indispensables par l'évolution de l'environnement juridique et de la demande sociale, dépendront tout autant de la clarté et de la pertinence des nouvelles normes qui entreront en vigueur d'ici peu, que de l'implication et de la volonté de l'ensemble des acteurs du secteur de la santé qui auront à les appliquer au quotidien dans le respect des grands principes déontologiques qui continueront de régir les professions concernées.

Dominique Le Guludec

*Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS),
modératrice de la table ronde*

Je vous remercie pour votre intervention, et vous propose de continuer par l'exposé de Mme Pascale Fombeur sur l'installation et les aspects jurisprudentiels.

Pascale Fombeur

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

Merci beaucoup Mme la présidente. Mon propos se concentrera sur l'accès aux soins de ville. Accéder aux soins, c'est notamment obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé. Or tous nos concitoyens ne sont pas égaux dans ce domaine, à tel point que le docteur Battistoni parlait précédemment de « crise » de l'accès aux soins.

Si l'on s'intéresse en particulier aux médecins, le problème ne tient pas tellement, ou en tout cas pas uniquement, au nombre de professionnels dans l'absolu. Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait deux cent vingt-six mille médecins et se situait dans la moyenne de l'OCDE avec 3,4 médecins pour mille habitants.

Le problème est plutôt de deux ordres.

- Il s'agit tout d'abord d'une question de mode d'exercice, qui évolue.

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a décliné de quatre-vingt-dix-sept mille à quatre-vingt-huit mille en dix ans (entre 2007 et 2017) et cette baisse devrait s'accroître dans les dix prochaines années, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart des effectifs.



L'exercice libéral traditionnel attire moins : près de 63 % des huit mille six cents nouveaux médecins inscrits à l'ordre en 2017 sont salariés. Or les médecins libéraux effectuent un nombre d'heures de consultation plus important que celui des médecins salariés. Quant à ceux qui choisissent l'exercice libéral, ils sont plus des deux tiers à être remplaçants. Globalement, le temps consacré à la patientèle diminue, du fait d'une aspiration à un meilleur équilibre de vie de la part des jeunes médecins.

- Il s'agit ensuite d'un problème de répartition territoriale.

L'expression « désert médical » est en partie trompeuse, car il n'y a pas de zone sans accès à une offre de soins. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous constitue sans doute un indicateur plus pertinent. En octobre 2018, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié une étude sur ce sujet qui montre les différences selon les zones, en particulier pour certaines spécialités. Ainsi, le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de vingt-neuf jours à Paris, tandis qu'il est de quatre-vingt-dix-sept jours dans les communes des petits et moyens pôles. Les zones rurales en périphérie des villes, les quartiers prioritaires de la ville, mais aussi des départements comme la Seine-Saint-Denis sont particulièrement touchés par le manque de médecins.

Or la demande de soins augmente du fait, à la fois, du vieillissement de la population, de l'augmentation des pathologies chroniques et d'un recours aux soins plus important qu'auparavant.

À ces difficultés, peuvent être ajoutées celles rencontrées dans certains centres-villes où il n'est plus possible d'avoir une consultation avec un médecin de secteur 1.

J'ai évoqué les médecins, mais le problème concerne aussi d'autres professionnels de santé. Ainsi, pour les masseurs-kinésithérapeutes, le nombre de professionnels pour cent mille habitants variait de un à quatre selon les départements en 2017.

Face à ces difficultés, quels remèdes envisager ?

Le système français fait coexister au moins trois façons d'assurer un maillage territorial. Je souhaiterais les présenter, en faisant part de quelques réflexions nourries de plusieurs années de pratique contentieuse.

1) La *méthode la plus coercitive* est celle applicable aux pharmaciens. C'est un cadre rigide reposant sur des quotas et des autorisations délivrées par le directeur général de l'agence régionale de santé : une officine par commune de plus de deux mille cinq cents habitants, une officine supplémentaire possible par tranche de quatre mille cinq cents habitants (article L. 4125-4 du code de la santé publique) ; les ouvertures sont possibles par voie de transfert ou de regroupement pour l'essentiel, les créations étant désormais réservées aux zones les plus sensibles.



Cela fonctionne assez bien : un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'octobre 2016¹³⁴ indiquait que 97 % des Français vivent à moins de quinze minutes en voiture d'une officine ; c'est le réseau de professionnels de santé le mieux réparti sur le territoire.

Mais ce n'est pas parfait : il existe par exemple des zones de surdensité, notamment dans le centre des grandes agglomérations, allant de pair avec une fragilité économique de certaines officines et des fermetures.

Pour que le système fonctionne, il doit rester simple et robuste : ceux qui ont connu les créations par voie dérogatoire, possibles jusqu'en 1999, se souviennent sans doute de l'importance du contentieux – toute création dérogatoire ou presque étant attaquée devant le tribunal administratif par les officines concurrentes voire par le conseil de l'ordre – avec tous les drames humains qui peuvent en résulter quand l'autorisation est annulée au bout de dix-huit mois ou plus de fonctionnement, alors qu'il s'agit d'une PME avec des salariés, un local, un emprunt à rembourser, etc. De ce point de vue, la jurisprudence de la CJUE admet la compatibilité d'un tel système avec le droit de l'Union européenne sous réserve qu'il n'empêche pas, dans les zones géographiques ayant des caractéristiques démographiques particulières, de créer un nombre suffisant de pharmacies pour assurer un service pharmaceutique approprié¹³⁵. Cette réserve doit, à mon sens, rester des plus limitées pour ne pas retomber dans les affres de la casuistique.

Ce système est parfois décrié. Il présente pourtant l'avantage d'assurer un véritable maillage territorial de professionnels de santé. Les pouvoirs publics s'appuient de plus en plus sur lui, confiant régulièrement de nouvelles missions aux pharmaciens. On pense ainsi à la vaccination contre la grippe, qui a progressé de façon notable en 2019 grâce à la possible vaccination en pharmacie. L'officine peut aussi être un endroit clé pour permettre le développement de la télémédecine. Les syndicats et l'assurance maladie ont ainsi signé, le 6 décembre 2018, un avenant à la convention nationale des pharmaciens, approuvé par arrêté du 2 septembre 2019¹³⁶, pour préciser les modalités de mise en œuvre de la téléconsultation en officine et le rôle d'accompagnement du pharmacien.

2) On a ensuite la *méthode intermédiaire*, par le biais du conventionnement, appliquée dans une certaine mesure aux sages-femmes, et surtout aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. La convention qui régit les relations entre l'assurance maladie et la profession définit ainsi des zones « sur-dotées » dans lesquelles s'applique le principe du « un pour un » : un nouveau professionnel ne peut être conventionné dans une zone que si un professionnel cesse son activité libérale dans cette zone.

Ces mesures sont plus ou moins bien acceptées par les professions.

134 IGF, IGAS, *La régulation du réseau des pharmacies d'officine*, octobre 2016.

135 CJUE, Gde ch., 1^{er} juin 2010, *José Manuel Blanco Pérez et Maria del Pilar Chao Gómez*, aff. jointes C-570/07 et C-571/07.

136 Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.



Elles semblent – mais le président Guillerme aura un avis plus pertinent sur la question – avoir été assez bien acceptées par les infirmiers, qui sont les pionniers en la matière, sur le fondement de dispositions adoptées par la loi du 19 décembre 2007 de financement de sécurité sociale pour 2008 : elles datent pour eux d'un avenant du 4 septembre 2008 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, approuvé par arrêté du 17 octobre 2008¹³⁷.

Les choses se sont faites un peu plus difficilement pour les masseurs-kinésithérapeutes. Une mesure de ce type avait été prévue par un avenant du 30 novembre 2011 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes. Toutefois, l'arrêté approuvant cet avenant a fait l'objet d'un contentieux. Et le Conseil d'État a jugé, par une décision du 17 mars 2014¹³⁸, que des clauses de la convention qui instituent une limitation du nombre de professionnels susceptibles d'être conventionnés dans certaines zones touchent aux principes fondamentaux de la sécurité sociale. Une habilitation expresse par la loi est donc nécessaire. Faute d'une telle habilitation, contrairement aux infirmiers, la décision approuvant l'avenant de novembre 2011 a été jugée illégale.

Le législateur est ensuite intervenu, par la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale). Finalement, un nouvel avenant a été conclu le 6 novembre 2017. Mais un nouveau contentieux s'est noué à propos de son approbation. Cette fois-ci, le recours a été rejeté par une décision du Conseil d'État du 10 juillet 2019¹³⁹. Pour autant, certaines incertitudes demeurent sur le fonctionnement du système :

- le dispositif permet des dérogations, tout en exigeant qu'elles soient compensées ensuite par la « neutralisation » d'un nombre équivalent de départs. De ce fait, que se passe-t-il pour le professionnel dont le départ n'ouvre pas droit à un nouveau conventionnement, alors qu'il envisageait de céder sa patientèle ?

- plus généralement, comment arbitrer entre plusieurs demandes de conventionnement concurrentes sur la même zone ? La convention ne règle pas tout, même si elle évoque des critères objectifs tenant compte notamment de l'offre de soins globale, des conditions d'installation antérieures du demandeur et des conditions d'installation projetées. Le Conseil d'État a estimé que le recours devait être rejeté, mais en faisant peser une certaine responsabilité sur le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie qui examine les demandes de conventionnement. La décision du 10 juillet 2019 affirme en effet que ce directeur doit « *fixer (...) des orientations et une procédure d'examen des demandes de nature à garantir le respect du principe d'égalité, en particulier en cas de demandes concurrentes, ainsi que la transparence des conditions d'accès au conventionnement en zone «sur-dotée»* »¹⁴⁰. Pour garantir une certaine équité, il convient sans doute d'organiser des « fenêtres » pour l'examen de candidatures concurrentes.

137 Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.

138 CE, 1^{er} et 6^e ssr, 17 mars 2014, n° 357594.

139 CE, 1^{er} et 4^e cr, 10 juillet 2019, n° 419585.

140 *Ibid.*, point 20.



Cette forme de régulation est apparue nécessaire au regard des inégalités dans la répartition des professionnels sur le territoire. Le rééquilibrage est lent : l'expérience de la période 2012-2014, première période d'application avant l'annulation de la mesure pour les masseurs-kinésithérapeutes, avait montré une baisse des installations de 3,4 % dans les zones sur-dotées et une augmentation de 1,1 % des installations dans les zones déficitaires. Mais le renversement de tendance s'amorce.

3) On a enfin ce que l'on pourrait qualifier de *méthode douce* limitée aux mesures incitatives.

On connaît l'aversion des médecins notamment pour toute mesure qui viendrait restreindre la liberté d'installation. Ainsi, j'évoquais précédemment la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008, qui avait été la base de la négociation de l'avenant à la convention des infirmiers qui a apporté une restriction au conventionnement. Il n'est pas sans intérêt de rappeler que le projet de loi comportait une disposition habilitant les partenaires conventionnels, pour l'ensemble des professionnels de santé, à définir « *les conditions et modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice* ». Mais un mouvement des internes en médecine avait conduit le Gouvernement à revenir sur ses projets et à ne conserver un tel dispositif que pour les infirmiers, qui avaient déjà ouvert des négociations sur le sujet. La ministre de la santé s'était alors engagée devant l'Assemblée nationale à ce que « les mesures autoritaires ou coercitives » soient exclues, à ce qu'il n'y ait pas de « remise en cause de la liberté d'installation, pas plus que de déconventionnement », et à ce que « les mesures d'incitation soient privilégiées ».

À la vérité, depuis les années 2000, les pouvoirs publics multiplient les mesures pour attirer les jeunes médecins dans les zones où la densité est la plus faible. On peut rappeler les principales :

- En 2005, la loi relative au développement des territoires ruraux¹⁴¹ permet aux collectivités territoriales d'attribuer des aides à des professionnels de santé pour les inciter à s'installer dans des zones sous-médicalisées.

- En 2009, la loi « HPST »¹⁴² crée le contrat d'engagement de service public (CESP). Les étudiants en médecine qui signent un tel contrat reçoivent une bourse pendant leurs études et s'engagent en contrepartie à exercer en zone de revitalisation rurale ou en zone urbaine sensible.

- En 2012 (LFSS pour 2013¹⁴³), est créé le contrat de praticien territorial de médecine générale, qui garantit une rémunération minimale (six mille neuf cents euros bruts par mois, pouvant aller jusqu'à deux ans) et une protection sociale améliorée aux médecins qui s'installent en zone sous-médicalisée. Il est étendu aux spécialistes en 2015.

141 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

142 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

143 Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.



- En 2015, un nouveau Pacte territoire santé propose la création de mille maisons de santé pour regrouper plusieurs professionnels de santé et permettre aux médecins de mutualiser les tâches administratives et les frais de structure.

- En 2016, la convention médicale crée de nouveaux dispositifs, dont le contrat d'installation en zone sous-dense, qui repose sur une aide forfaitaire pouvant aller jusqu'à cinquante mille euros.

- En 2018, dans le cadre de la stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 », de nouvelles mesures sont annoncées, qui ont fait l'objet de dispositions dans la LFSS pour 2019¹⁴⁴ et dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹⁴⁵ ; elles ont un caractère plus général, mais visent aussi à améliorer l'accès à la médecine de ville sur l'ensemble du territoire ; ce sont :

- . la suppression du *numerus clausus* et la réforme des études de médecine, pour permettre aux universités, notamment, de mieux adapter le nombre de places aux besoins de leur territoire ;

- . la création de postes de médecins généralistes à exercice partagé entre hôpital et ville dans les territoires considérés comme prioritaires ;

- . le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour coordonner l'action des professionnels de santé ; dans ce cadre, les médecins peuvent bénéficier d'un soutien financier prévu par voie conventionnelle pour l'emploi d'assistants médicaux (avenant n° 7, du 20 juin 2019, à la convention médicale, approuvé par arrêté du 14 août 2019¹⁴⁶), dans le but de libérer du « temps médical ».

Sur le plan juridique, ce type de mesures peut parfois être contesté, notamment au regard du principe d'égalité. Ainsi, l'avenant n° 3 à la convention des médecins de 2016, signé le 8 février 2017 et approuvé implicitement, a créé une aide financière à destination des médecins libéraux conventionnés interrompant leur activité médicale libérale pour cause de maternité, de paternité ou d'adoption, sans l'ouvrir aux médecins remplaçants. Cette exclusion a été contestée. Par une décision du 30 mai 2018¹⁴⁷, le Conseil d'État a admis que les médecins remplaçants puissent ne pas bénéficier des mêmes avantages : certes, en rétrocedant une partie des honoraires perçus, ils participent généralement aux coûts de la structure, mais ils n'ont pas à assumer la responsabilité de la prise en charge continue d'une patientèle et le risque inhérent à la gestion d'un cabinet. De façon générale, lorsque des aides sont créées, qui sont nécessairement sélectives, la pertinence des critères retenus et la proportionnalité de la différenciation opérée doivent toujours rester un point de vigilance.

144 Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

145 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

146 Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

147 CE, 1^e et 4^e cr, 30 mai 2018, n° 411785.



Au-delà de ces questions juridiques, les mesures prises peinent à produire des effets. Dans l'atlas national 2017 de la démographie médicale, le Conseil national de l'ordre des médecins remarque que la quasi-totalité des installations de médecins se fait en dehors des zones déficitaires déterminées par les agences régionales de santé, en dépit des aides créées. Dans son rapport de 2017 sur l'avenir de l'assurance maladie¹⁴⁸, la Cour des comptes a un regard critique sur la pertinence de plusieurs de ces aides, affirmant que les politiques visant à corriger les inégalités de répartition sont insuffisantes et coûteuses au regard des faibles résultats obtenus. De l'avis général, la plupart des aides financières sont peu efficaces, l'assurance d'une qualité de vie professionnelle et personnelle étant en réalité l'incitation majeure à l'installation dans tel ou tel territoire.

On aboutit ainsi à une forme de paradoxe : les médecins généralistes et spécialistes de premiers recours étant prescripteurs, leur répartition sur le territoire conditionne assez largement l'installation d'autres professionnels comme, par exemple, les infirmiers libéraux. Or ce sont les médecins qui bénéficient de la plus grande liberté d'installation.

Certaines voix s'élèvent en faveur de mesures plus contraignantes. Ainsi, la Cour des comptes, dans son rapport de 2017, estime indispensable de réguler plus fortement les installations en soins de ville en conditionnant le conventionnement avec l'assurance maladie à l'exercice dans des zones où le manque de professionnels de santé est avéré. De même, le Conseil économique, social et environnemental (CESE), dans un avis de décembre 2017 consacré aux déserts médicaux¹⁴⁹, appelle de ses vœux le conventionnement sélectif. Il rappelle que l'assurance maladie vient solvabiliser la demande de soins et donc financer indirectement l'activité des professionnels de santé. Il préconise de réguler l'installation des spécialistes en secteur 2 dans les zones les plus denses, voire d'exiger dans ce cas la réalisation de consultations dites « avancées » en zones peu denses. La mesure permettrait à la fois de renforcer l'accès aux spécialistes de secteur 1 dans les zones bien dotées, et d'inciter à l'installation dans les zones moins denses.

Pour le juriste, de telles méthodes plus contraignantes sont possibles. Il faut seulement recourir au bon niveau de norme et, notamment, avoir une base suffisante au niveau législatif quand on touche aux principes fondamentaux de la sécurité sociale. Sur le plan politique, la question est autrement plus délicate. En tout état de cause, il est également indispensable d'améliorer les conditions d'exercice professionnel dans les zones les moins dotées pour les rendre plus attractives ; M. Laforcade évoquait par exemple lors de la première table ronde tout l'intérêt de la création de maisons de santé dans certains départements.

La stratégie nationale « Ma santé 2022 » et la loi du 24 juillet 2019¹⁵⁰ reposent, d'une certaine façon, sur un pari. J'espère de tout cœur qu'il sera couronné de succès.

148 Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie - Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*, rapport public thématique, novembre 2017.

149 CESE, *Les déserts médicaux*, avis présenté au nom de la commission temporaire, 13 décembre 2017.

150 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, *préc.*



Dominique Le Guludec
*Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS),
modératrice de la table ronde*

Merci beaucoup Mme la présidente pour cet exposé très précis. Je donne maintenant la parole à M. Guillerm.

Daniel Guillerm
Président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI)

Merci Mme la présidente. J'interviendrai sur deux aspects que je pense liés : l'acte d'accès aux soins, avec la problématique d'installation des infirmiers au niveau national, et l'aspect publicitaire que l'on a évoqué précédemment.

En remarque liminaire et comme président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI), je souhaiterais dresser le profil de la profession d'infirmier libéral. S'il y a, en France, près de 650 000 infirmiers dont 130 000 exercent en libéral, il faut noter que la FNI est surtout un syndicat d'infirmières libérales. Celles-ci représentent en France quelques 117 000 professionnelles avec un taux de croissance d'à peu près 5 % par an depuis dix ans. Notons également que cette profession regroupe 83 % de femmes et que la moyenne d'âge y est de 44,3 ans. Comme vous l'avez souligné précédemment, le monde infirmier a été la première profession à entrer dans une dynamique de régulation conventionnelle ; ceci en raison du très grand nombre d'infirmières libérales.

Notons que ces infirmières étaient réparties de manière très inégale, avec des différences variant de un à sept selon les départements (à profil de population équivalent). C'est là un sujet sensible, pour lequel nous avons mis en place des indicateurs nous permettant de suivre l'évolution de cette profession à l'échelle nationale.

Ainsi, nous disposons aujourd'hui d'indices qui mesurent le flux des populations d'infirmiers dans les différentes zones, qu'elles soient sur-dotées ou sous-dotées, de manière à pouvoir rétablir les équilibres démographiques au niveau des territoires. Nous calculons ces flux à travers la technique de l'indice de Gini¹⁵¹. Et l'utilisation de ce dispositif se révèle particulièrement probant ; à tel point que nous l'avons renforcé récemment à travers la signature, le 28 mars 2019, d'un avenant numéro six à la Convention nationale des infirmiers.

Pour ce faire, nous avons changé nos critères d'analyse qui étaient tournés vers la démographie, les dépenses de soins et la démographie des personnes âgées sur des territoires donnés, et qui concernaient quelques deux mille neuf cent trois bassins de vie au niveau national que l'on classait selon ces critères frustrés.

¹⁵¹ Indice synthétique présentant le niveau d'inégalité pour une variable sur une population donnée. Il varie de 0 (égalité parfaite) à 1 (inégalité extrême). Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice est élevé.

Or la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), avec les services de la CNAM, ont mis en place un nouvel indicateur appelé « indice APL », pour accessibilité potentielle localisée, qui permet d'avoir une vision beaucoup plus dynamique de l'activité des professionnels.

En effet, ce nouveau critère permet d'éviter les effets de seuil dus au fait qu'un infirmier, installé dans une zone donnée, effectuait parfois son activité dans une autre zone adjacente ou proche. Cela nous le rencontrions dans notre profession dans la mesure où l'on avait fermé des zones aux conventionnement : ainsi il n'était pas rare que des professionnels s'installent dans des zones ouvertes au conventionnement, mais exercent leur activité dans des zones très denses fermées au conventionnement.

C'est pour éviter cela que l'on a mis en place ce nouvel indicateur qui, aujourd'hui, nous donne une vision beaucoup plus dynamique de la profession et de son activité à l'échelle des territoires.

D'ailleurs, nous sommes en phase d'installation de ce nouveau zonage. Nous attendons en effet la publication des arrêtés par les agences régionales de santé (ARS) au registre des actes administratifs des préfectures de région, puisque les ARS ont localement des marges de manœuvre de l'ordre de 5 à 8 % sur les extrémités de la courbe pour changer les classements en fonction des spécificités locales.

Au final, il s'agit d'un dispositif plébiscité par la profession, car avec une croissance de ses membres de 5 % par an depuis dix ans, si l'on ne sait pas répartir les infirmiers sur le territoire, l'on crée non seulement des difficultés d'accès aux soins, mais aussi des distorsions de concurrence qui peuvent susciter des zones de tension.

L'idée est donc d'homogénéiser au mieux les installations des uns et des autres, sachant que dans la convention nationale il existe à la fois des mesures coercitives, c'est-à-dire des remplacements d'un pour un, et des mesures incitatives pour les zones sous-dotées afin d'y attirer les professionnels. C'est là un système qui donne aujourd'hui satisfaction. D'ailleurs, au niveau de la population infirmière l'on a environ 50 % des 117 000 infirmières libérales qui sont impactées sur le conventionnement par ce dispositif, qui concerne *in fine* quelques 30 % de la population française.

Voilà ce que je voulais préciser sur l'avenant numéro six. Notons que l'on a signé, également en 2019, un avenant numéro sept qui touche à la pratique avancée¹⁵² et permet aux infirmiers (ou infirmières) en pratique avancée (IPA) de ne pas être soumis au conventionnement sélectif. Par contre, si ces derniers ont une activité mixte, ils sont soumis aux mêmes mesures que les professionnels métier socle. C'est important, car nous ne souhaitons pas que les IPA viennent en collision avec les métiers socles ; ce qui serait de nature à ajouter de la distorsion de concurrence sur ces problématiques et sur les territoires.

¹⁵² La pratique avancée permet à des professionnels paramédicaux (par exemple, des infirmiers) d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là attribuées aux seuls médecins.



Dans le futur, les mesures que nous serons amenés à prendre seront de nature à affiner encore ce dispositif, qui doit toujours pouvoir coller aux besoins et aux pratiques du terrain.

Au sujet de la publicité, je reste quelque peu dubitatif par rapport à l'opportunité de légiférer au niveau des professionnels de santé, notamment parce que dans le milieu de la santé la publicité est un moyen de se différencier des confrères et d'attirer les patients.

Certes, l'on pourrait obliger les professionnels de santé à entrer dans un cadre normatif bien défini ; cependant, l'utilisation des outils numériques ordinaires rend opérationnel d'autres dispositifs de référencement.

Ainsi, par exemple, l'on peut acheter des mots clés qui améliorent les référencements. Mais dans ce cas l'on risque de se retrouver à la fois avec un cadre normatif qui répond à la législation, et une utilisation des outils numériques globaux qui permettent d'entrer en concurrence avec vos collègues de manière beaucoup plus agressive en achetant des mots clés – ce qui se pratique déjà actuellement. Le second élément est que l'on peut également acheter dans des pays émergents des nombres de « vues » pour des tarifs défilant toute concurrence, ce qui est un critère différenciant au niveau de certains sites Internet.

De sorte que si l'on ouvre la boîte de Pandore publicitaire aux professionnels de santé, il faudra aller au bout de cette démarche et inclure le référencement des sites Internet, c'est-à-dire la possibilité de les rendre plus attractifs.

Et dans ce contexte, il risque d'y avoir une distorsion de concurrence sur les moyens, comme l'ont montré la transformation et la stratégie de transformation du système de santé qui tendent à pousser les professionnels de santé à se regrouper.

Ceci, alors même que l'on sait pertinemment que tous les professionnels de santé ne seront pas dans les prochaines années en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), ou en communautés professionnelles territoriales de santé (CTPS) ; et qu'il risque d'y avoir, là aussi, des critères différenciant qui amèneront des distorsions de concurrence sur le terrain, notamment au niveau des MSP ou des équipes de soins primaires (ESP).

Enfin, je terminerai sur un dernier point concernant les réseaux mutualistes. Il faut bien avoir conscience que la structuration en réseaux mutualistes permet d'échapper aux textes que le législateur et/ou l'administration met en place, car ces textes s'adressent aux professionnels *intuitu personæ*. Or, dès que l'on entre en concurrence avec un réseau, l'on est confronté à un combat du type « artisanat contre grande distribution », et cela pose problème. Il va donc falloir clarifier ces aspects-là. Et je ne peux que vous encourager à le faire pour aller jusqu'au bout de cette approche.



Dominique Le Guludec

*Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS),
modératrice de la table ronde*

Merci beaucoup. Cela montre par ailleurs l'importance des informations données par le ministère de la santé. La parole est à Mme Julienne.

Katia Julienne

Directrice générale de l'offre de soins au ministère des solidarités et de la santé

Avant de revenir au cœur de nos débats, qui concernent l'accès aux soins en ville et dans les zones sous-denses, je souhaiterais préciser que, depuis quelques années, la loi de 2019 de transformation de notre système de santé¹⁵³ est une étape, mais une étape dans un chemin qui nous occupe depuis plus longtemps que cela.

1. Territorialisation et structuration de l'offre de soins

Nous assistons depuis un certain temps à un double mouvement : un premier mouvement qui traverse l'ensemble des champs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux, de déplacement de leurs modalités d'organisation de fonctionnement, voire de leur mission à l'intérieur de chacun de ces segments ; et un second mouvement qui concerne les liens qui s'opèrent entre les uns et les autres et qui répondent aux besoins des patients d'une prise en charge davantage effectuée en ville et d'une meilleure liaison de leur parcours – c'est le *décloisonnement* évoqué précédemment.

De sorte que nous assistons à une meilleure territorialisation et graduation de l'offre des soins hospitaliers dans son cœur même, celui des centres hospitaliers universitaires, par exemple, qui va ensuite irriguer, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires (GHT), la prise en charge, par filière organisée et de plus en plus structurée, des patients jusqu'à la ville avec des points de charnière que sont les hôpitaux de proximité.

Et pour illustrer mes propos, je vais procéder à quelques précisions.

Les hôpitaux de proximité sont des établissements très particuliers qui, pour nous, doivent vraiment organiser cette intrication entre le secteur hospitalier et l'organisation ambulatoire ; il s'agit du premier champ d'analyse et d'action. D'ailleurs, les travaux que nous organisons actuellement sur leur gouvernance même illustre bien l'appétence, y compris des libéraux, à participer à la gouvernance de ces établissements et à leur vie. D'autant plus que, très concrètement, beaucoup d'entre eux y participent d'ores et déjà de manière importante pour améliorer une prise en charge beaucoup plus fluide entre la ville et le secteur hospitalier.

Le deuxième champ qui a été évoqué précédemment reste dans cette interrogation : est-ce que la médecine de ville est actuellement assez organisée pour prendre en charge les patients, et surtout les besoins qui lui sont adressés ? Elle ne l'est

¹⁵³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *préc.*



sans doute pas assez. Et vous l'avez évoqué : tout le monde ne pourra pas être en exercice coordonné, même si les professionnels de tout âge ont de plus en plus de désir pour ce type d'exercice – ce qui est prometteur puisque nous leur proposons de nouvelles modalités d'action en ce sens, au demeurant assez différentes. C'est ainsi que nous voyons une évolution importante des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) pour l'exercice libéral, et une évolution intéressante de développement des centres de santé (CS), ainsi que certaines demandes de mélanger les deux types de structures.

Dans ce contexte, nous travaillons actuellement sur une ordonnance sur les exercices regroupés. Les professionnels nous demandent que des maisons de santé professionnelles (MSP) puissent aussi avoir des intervenants salariés en mixant les deux dispositions. C'est particulièrement intéressant, car cela nous oblige à être inventifs sur la mixité des exercices, sur les différentes modalités d'exercices pour coller davantage aux besoins et aux souhaits des professionnels afin de les accompagner dans leurs activités, où qu'ils soient et quelles qu'en soient les modalités.

À côté de cela, nous avons besoin de structurer de manière beaucoup plus organisée la médecine de ville dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En effet, cette structuration sera pour nous la manière de mieux amener, quel que soit leur exercice, les professionnels libéraux à travailler entre eux, mais aussi de créer l'organisation avec le secteur hospitalier et le secteur médico-social.

Pour les hospitaliers, et notamment les services des urgences, l'important est de pouvoir ramener les patients en ville. Comment organiser concrètement un tel souhait ? La ministre, qui a annoncé la mise en place du service de l'accès aux soins à l'été, a besoin de structurer cette organisation avec, d'une part, le secteur hospitalier, singulièrement les urgences mais pas exclusivement et, d'autre part, un secteur ambulatoire beaucoup plus structuré qu'il ne l'est aujourd'hui pour organiser la prise en charge des patients de manière coordonnée entre les deux champs. Et cela concerne aussi le champ médico-social, car quand vous discutez avec des urgentistes la première mesure dont ils vous parlent est celle des infirmières de nuit dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour éviter la prise en charge en urgence des personnes âgées. C'est là un exemple qui montre que nous devons agir en temps réel sur l'ensemble des leviers mis à notre disposition afin d'améliorer cette fluidité sans laquelle la prise en charge, y compris en ville, ne sera pas opérante et ne répondra pas aux besoins des patients.

À ce panorama général, s'ajoute la dimension, pas forcément évidente pour une administration centrale, qui est celle d'avoir de plus en plus une approche territoriale, c'est-à-dire de créer des dispositifs plus souples et plus adaptables à chaque territoire pour permettre à chaque professionnel, à chaque spécificité de pouvoir les mettre en œuvre. C'est pourquoi l'encadrement juridiques des CPTS est relativement allégé, avec seulement quelques obligations emboîtées entre les dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles ; ce qui permet à la



fois de fixer des missions obligatoires, peu nombreuses mais importantes comme, par exemple, la prise en charge des soins non programmés, et d'offrir la possibilité à chaque professionnel de s'y retrouver.

Et lorsque je me rends sur le terrain avec le directeur général de la CNAM pour porter ces projets, il faut souligner que nous rencontrons un vrai désir de l'ensemble des professionnels, quels que soient leurs modes d'exercices ou leurs spécialités, de mieux travailler ensemble. Tel est le panorama général très structurant qui s'offre à nous pour les années à venir.

2. Les outils à mettre en œuvre

Pour accompagner ces évolutions, des outils sont à développer. Ils sont de trois ordres que je présenterai assez rapidement, car certains d'entre eux ont déjà été évoqués par les intervenants précédents.

1) Le premier outil concerne l'évolution des missions et des compétences respectives des professionnels les uns par rapport aux autres ou entre eux. L'on a cité les infirmiers en pratique avancée ; or ceux-ci sont très importants en ambulatoire et à l'hôpital où ils ont fait leur apparition. Dans ce domaine, nous pourrions nous développer plus rapidement, notamment sur des segments déjà identifiés. En termes d'outils, je pense aussi au protocole de coopération – et d'ailleurs je remercie la Haute Autorité de santé (HAS) pour son aide dans la mise en place récente desdits protocoles. Nous en avons besoin, car ce sont des respirations dont les professionnels sont demandeurs. La vaccination par les pharmaciens entre également dans ce cadre-là. Voilà donc une première voie qui s'accélère et sur laquelle nous avons encore des évolutions importantes à venir.

2) Le deuxième aspect concerne les dispositifs d'aide qui ont déjà été cités : contrat d'engagement de service public (CESP)¹⁵⁴ et dispositif de promotion des praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)¹⁵⁵. Ceux-ci sont intéressants, mais certains atteignent leurs limites. Sur ces aspects, nous devons et pouvons encore progresser. Dans ce contexte, la loi de financement pour la sécurité sociale a fusionné les contrats de premier exercice pour les rendre plus lisibles et plus compréhensibles par les professionnels.

Nous avons donc besoin de cette palette d'outils, mais en même temps nous devons continuer à faire preuve de créativité pour la développer. Nous constatons, par exemple, que les jeunes professionnels, pour s'installer en libéral, ont besoin de faire plus de stages. Ils ont aussi peut-être besoin que nous nous assurions qu'ils puissent faire de la recherche, y compris en soins primaires. Cela fait partie de leurs souhaits : sortant des centres hospitaliers universitaires (CHU), ils aiment faire de la recherche et ont besoin d'un exercice collectif. Nous devons donc en tenir compte pour pouvoir peut-être là aussi davantage augmenter un facteur d'attractivité en libéral.

154 Article 46 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Voir également : décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public prévu à l'article L. 632-6 du code de l'éducation.

155 Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale. Ce contrat est l'un des douze engagements du pacte territoire santé (2012-2015).



Je pense également que nous pouvons aller plus loin sur l'« exercice mixte » entre libéral et salarié¹⁵⁶, comme cela a déjà été cité, je n'y reviens donc pas. D'autant plus, qu'il existe déjà un certain nombre d'outils axés sur l'installation, ainsi que l'exercice de la médecine dans les zones sous-médicalisées. Enfin, nous pouvons également développer des modalités qui permettent à un praticien d'exercer pour partie dans une zone sous-dense sans nécessairement y être installé. C'est là un complément intéressant pour favoriser une prise en charge dans ces secteurs, sans systématiquement prévoir une installation du praticien dans ladite zone.

3) Le troisième levier est le numérique. Certes, dans ce domaine, nous avons pris du retard durant les quinze dernières années, mais aujourd'hui les choses s'accroissent en matière d'accompagnement des professionnels. Je pense notamment à la télémédecine qui est entrée en vigueur dans le droit commun assez récemment, puisque selon le directeur général de la CNAM nous serions actuellement à 30 000 téléconsultations par mois. La progression est remarquable en seulement quelques mois. C'est là un outil qui était très attendu et qui est très important.

Je pense aussi au déploiement du dossier médical partagé (DMP)¹⁵⁷, et aux espaces individuels numériques. Il s'agit d'applications qui peuvent sembler évidentes aux utilisateurs d'outils numériques, mais qui nécessitent de gros investissements et le respect de conditions particulières : protection des données, respect du secret médical, interopérabilité avec d'autres produits ou systèmes existants, sécurité, etc. Et l'on peut y adjoindre la libre prescription et la sécurisation de la messagerie. Ces enjeux techniques sont extrêmement importants. Ils sont devant nous et nous devons les prendre à bras le corps, tant ces outils permettent un meilleur accompagnement et une amélioration de la prise en charge des patients par les professionnels de santé.

3. La qualité des soins

Derrière les questions d'accès aux soins, d'organisation territoriale des outils que nous développons et des dispositifs que nous mettons en œuvre pour améliorer la prise en charge des patients, existe un autre sujet d'importance : la qualité. En effet, s'il est important d'être soigné, il est tout aussi important d'être *bien soigné*. Or dans ce domaine les améliorations sont encore à parfaire, voire à venir.

C'est ainsi que dans le champ hospitalier nous revoyons actuellement, aidé par l'HAS, l'ensemble des régimes d'autorisation d'activité, afin de renforcer les exigences de qualité prévues dans les décrets d'autorisation de nos champs d'activités.

Au sujet de la médecine de ville, comme cela a été rappelé, nous savons qu'il nous manque des outils. Dans ce contexte, il est donc important de savoir quelle est l'information pertinente pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient ou pour l'aider dans ses discussions et ses échanges avec les professionnels. Dans ce domaine, les travaux conduits par la HAS et la CNAM sont intéressants, car ils

¹⁵⁶ L'exercice mixte concerne environ 11 % des médecins, mais avec des variations importantes selon les spécialités comme, par exemple, chirurgiens vasculaires (25 %). Source : *Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2018*, conseil national de l'ordre des médecins.

¹⁵⁷ En 2022, le DMP sera intégré dans le nouveau service sécurisé « Mon espace santé ».



permettent de mieux documenter la qualité des parcours de prise en charge des patients comme, par exemple, sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le cancer du sein, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), ou le diabète. Mais ce sont des travaux pour lesquels nous disposons encore de peu d'outils, qui devraient intégrer à la fois des recommandations et des données indiquant comment sont pris en charge les patients dans les territoires. Ces informations sont d'autant plus utiles aux professionnels de santé que derrière la qualité de leur action ils s'interrogent sur leur pratique, seuls ou collectivement avec leurs pairs.

Il y a également le chantier extrêmement important que nous avons évoqué de la recertification et de l'accréditation. Nous devons élaborer une ordonnance sur la recertification des professionnels de santé, car celle-ci constitue une réponse pertinente aux exigences de qualité des soins et de bonne prise en charge des patients. Or ce dernier volet est un mode de régulation qui reste encore insuffisamment développé, et pour lequel nous devons collectivement et davantage nous outiller pour améliorer à la fois l'accès aux soins, la prise en charge du patient, et la qualité de cette prise en charge, aussi bien pour les patients que pour les professionnels de santé.

Dominique Le Guludec

*Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS),
modératrice de la table ronde*

Merci beaucoup pour ces propos à la fois résumés et très denses où l'on voit, en tous cas pour les professionnels de santé, que les évolutions sont très fortes ; ce qui crée d'ailleurs certaines tensions que l'on sent lorsque l'on touche au contenu de l'intégrité d'un métier ou d'une mission, comme celle de déléguer un diagnostic. C'est là que l'on voit la réticence des professionnels de santé.

Je me tourne maintenant vers le président Raymond à qui je donne la parole. Que pensent les patients de toutes ces évolutions ?

Gérard Raymond

Président France Assos Santé

Merci Mme la présidente. Pour répondre à votre question, je pense qu'il est tout à fait normal que les patients ou les représentants des patients puissent s'exprimer sur l'évolution de notre système de santé.

N'étant pas juriste, je ne vais pas citer d'articles de loi, ni même d'articles conventionnels – notre organisation n'est malheureusement pas invitée aux négociations conventionnelles. Mais, pour faire plaisir au président Tabuteau, je mentionnerai quand même la loi du 4 mars 2002¹⁵⁸, car selon moi elle symbolise la date de la naissance du « patient »¹⁵⁹. En effet, je pense que l'on peut affirmer

158 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

159 La loi du 4 mars 2002 précitée établit que « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* » (article L. 1111-4).



que les patients sont nés un 4 mars 2002, et même ajouter qu'ils ont fini leur adolescence et entrent aujourd'hui dans l'âge adulte.

1. Une nouvelle organisation plus proche du patient

Sans revenir sur ce qui a été évoqué par Mme Julienne, il est évident que l'organisation de notre système de santé dysfonctionne. Ceci, alors même que nous n'avons jamais eu autant de professionnels de santé et de lois, et qu'en outre nous mettons en place de nouvelles organisations.

Dans ce contexte, je pense qu'il nous manque une organisation de premier recours capable de répondre aux attentes et aux besoins des patients.

J'ajoute que l'on parle de patients, mais je préférerais parler de *citoyens* tant leurs demandes se sont modifiées au cours du temps en raison notamment de l'évolution de notre société. Nous sommes en effet passés du rural à l'urbain, avec une population française à la fois vieillissante et souffrant de pathologies chroniques. Or l'offre de soins n'a pas suivi cette évolution des attentes et des nouveaux besoins des patients.

Avec la loi du 4 mars 2002, il y a eu ce que nous avons appelé « l'émancipation individuelle » où chaque individu souhaitait avoir un consentement éclairé et un dialogue avec son professionnel de santé, tout comme pouvoir être un acteur de sa propre santé. Mais un autre point important n'a pas été rappelé : il s'agit de l'émancipation *collective*, c'est-à-dire la représentation effective des usagers de la santé dans le cadre des institutions ou des établissements, afin de porter leur parole.

On a appelé cela la « représentation des usagers de la santé ». Or je pense qu'il nous faut passer aujourd'hui de cette représentation des usagers à la *participation* des usagers de la santé, car ceux-ci doivent pouvoir être force de proposition, c'est-à-dire capables de co-construire les réponses aux attentes et aux besoins de l'ensemble de leurs concitoyens et de leurs communautés, qu'ils peuvent représenter quand il s'agit de structures thématiques.

Il existe donc, actuellement, ce besoin de pouvoir réunir de différentes manières l'ensemble des acteurs pour véritablement réfléchir à de nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement. Et, bien sûr, comme cela a été souligné, cette nouvelle situation transforme les métiers bien établis. Le médecin généraliste d'aujourd'hui ne sera pas celui de demain.

Parallèlement, l'on voit également apparaître de nouvelles missions ou de nouvelles compétences pour d'autres acteurs de la santé comme les pharmaciens et les infirmiers, qu'ils soient de pratique avancée, participants au protocole Asalee¹⁶⁰, etc.

160 Le dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalee) est un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmiers, en application des dispositions de l'article 51 de la loi « HPST », destiné à améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.



On constate ainsi cette réorganisation de l'ensemble des acteurs pour mieux répondre aux attentes et aux besoins des patients.

Mais pour parfaire une telle approche, encore faut-il pouvoir synthétiser ces attentes et ces besoins, sujet sur lequel la HAS a déjà commencé à travailler. En effet, cela ne saurait se réduire à l'expression, parfois virulente, de quelques présidents d'associations ou patients experts formés à l'université.

L'expression d'une communauté, ce que l'on appelle « l'expérience patient », doit être aujourd'hui issue d'études sociologiques avec des outils scientifiquement éprouvés qui montrent ce que doit être la qualité de vie d'une personne atteinte d'une pathologie donnée et vis-à-vis des professionnels de santé et des équipes qui l'entourent.

La notion « d'expérience patient » et le fait de pouvoir la rapporter clairement pour pouvoir travailler sur l'efficacité d'une offre doivent être faits de façon collective. Cela est pour nous extrêmement important.

Quant à la question de la réorganisation du territoire, il s'agit de savoir comment ouvrir particulièrement les hôpitaux de proximité à la médecine libérale de proximité. Cela touche les aspects d'aménagement du territoire et les aspects sanitaire et médico-social. Là aussi la participation citoyenne doit être un acte fort dans la réflexion à mener.

2. L'outil numérique

Aujourd'hui, l'outil numérique est en train de révolutionner les organisations sanitaires, voire l'ensemble de la société française. Or celle-ci est basée sur des fondamentaux clairement établis depuis des siècles : des institutions et, particulièrement dans le système de santé, des corporatismes bien marqués où chacun a une bonne définition de ce qu'il doit faire par rapport aux autres.

Or le numérique en santé est en train de révolutionner cet existant en silo, où chaque acteur travaille cloisonné dans son espace d'activité. Mais, demain, nous savons que l'organisation et l'efficacité du système reposeront sur l'utilisation efficace des outils numériques.

C'est pourquoi nous pensons que ces outils doivent être encadrés par les pouvoirs publics, et qu'il appartient au législateur d'édicter des règles de protection de ces données de santé pour qu'elles soient utilisées dans le respect de la vie privée des patients.

Ces outils doivent également permettre à chaque patient d'améliorer son traitement et aussi, par le regroupement anonymisé des données, d'améliorer l'ensemble du système de santé en favorisant la recherche, l'évaluation de l'organisation et l'efficacité des soins.



3. Donner du sens aux acteurs du système

Il existe un autre aspect important que je souhaiterais évoquer : c'est que le sens de toutes ces réformes n'est pas forcément clair. Dès lors, on s'aperçoit, à travers les tensions et les adaptations aux nouvelles missions auxquelles sont confrontés les acteurs du système de santé, qu'il manque sans doute, aujourd'hui, le fait de pouvoir donner un sens à l'organisation future de notre système de santé.

Par ailleurs, je note deux points importants.

- Le premier point est que nous sommes en train de passer d'un système de soins à un système de santé avec des acteurs qui ont été formés pour soigner et qui devront, demain, « faire de la santé », c'est-à-dire accompagner les patients pour leur permettre de conserver de manière optimale leur capital santé. Or ce sont là deux choses distinctes. Notons que l'on parle aussi d'un « système de santé de prévention ». C'est un point que nous n'avons pas abordé, car nous avons parlé d'éducation à la santé. Ainsi, sur un territoire donné, il faudra donc que l'ensemble des acteurs ait une vision de prévention, d'éducation à la santé pour permettre aux patients de vivre mieux leurs projets de vie et de santé. Or d'un territoire à l'autre il existe des disparités très importantes en la matière. C'est pourquoi le passage du système de soins à un *système de santé* est difficile.

- Le second point est que toutes ces réorganisations du système de santé, y compris la prise en charge des pathologies chroniques et les regroupements, c'est-à-dire la nécessité de travailler en équipe, posent le problème du modèle économique et de la rémunération de l'ensemble des acteurs. J'ajoute qu'en tant que représentant des associations de patients, je suis très heureux de poser ce problème-là. En effet, nous avons, conjointement et parallèlement à la transformation du système de santé, à travailler sur la transformation de la rémunération de ses acteurs, notamment à travers des critères autres que la rémunération à l'acte.

Dans ce contexte, il est donc important de pouvoir mener de pair, avec tous les acteurs, l'ensemble des projets de réorganisation et d'évaluation de la qualité du système de santé avec un travail sur la rémunération. Ce qui inclut bien sûr les acteurs principaux que sont les patients ou, à tout le moins, les associations agréées du système de santé, aujourd'hui réunies dans le collectif France Assos Santé qui regroupe soixante-douze associations et qui est le nom d'usage de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) créée pour être force de proposition sur l'évolution du système de santé, y compris sur son évaluation¹⁶¹.

Je pense donc que nous devons être de plus en plus présents, non pas pour représenter mais pour participer, et être co-constructeurs de l'avenir du système de santé.

Alors, ne nous oubliez pas ! Car ce qui se fait sans nous pourrait se faire contre nous, et nous pourrions ne pas accepter certaines initiatives comme, par exemple, certains dispositifs ou applications numériques qui ont vu le jour sans que les

¹⁶¹ Article 1 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.



patients n'aient été sollicités et qui ont connu l'échec, tel le dossier médical personnel (DMP), car les patients ne se les sont pas appropriés.

C'est pourquoi si nous voulons réussir cette transformation fondamentale du système de santé celle-ci doit se faire avec l'ensemble des acteurs, notamment les patients qui doivent être considérés comme des acteurs essentiels et responsables de l'évolution de notre système de santé.

Dominique Le Guludec

Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS),

modératrice de la table ronde

Merci beaucoup M. le président. Je passe maintenant la parole au public pour la séance des questions.



Échanges avec la salle

Question du public

Actuellement, on voit beaucoup de publicités agressives pour les audioprothèses et l'appareillage auditif (seconde paire d'appareils pour un euro, tarif à moins 40 % avec une paire de lunettes offerte, etc.). La très grande majorité des professionnels ne comprend pas que cela soit possible, même s'il s'agit de dispositifs médicaux de classe 2A pour lesquels la publicité est autorisée, car ce type de publicité privilégie forcément des appareils à bas coût. Est-ce un défaut de contrôle ? Faut-il mettre en place des règles de bonne pratique pour les audioprothésistes au-delà de celles prévues aux articles L. 4361-1 à L. 4361-11 du code de la santé publique ?

Bruno Bachini

Je ne peux pas répondre avec précision à votre question, car nous sommes là hors champ par rapport au dispositif et au champ juridique que je viens de décrire. L'interdiction générale à laquelle je faisais référence concerne les professions régies par les ordres.

Après, pour ce type de pratique commerciale, on trouve un relatif vide juridique qui peut être comblé par des recommandations de bonne pratique dans l'encadrement.

Enfin, j'ajoute que je n'ai pas eu connaissance de contentieux sur ces interrogations qui me permettraient de répondre plus avant à votre question.

Katia Julienne

C'est un sujet que nous partageons avec la direction de la sécurité sociale. Et nous savons que nous devons travailler sur ces questions qui posent une difficulté particulière avec des problèmes liés à la sécurité des patients, et renvoient à un champ de questions extrêmement pertinent compte tenu des évolutions récentes qui ont été rappelées.

Question du public

L'on parle de réécrire les codes de déontologie en matière de publicité. Est-ce prévu prochainement et sous quelle forme ? Cela concerne-t-il les professionnels de santé ainsi que les centres de santé qui font également de la publicité ?

Bruno Bachini

S'agissant des centres de santé, la législation a déjà évolué, notamment à la suite de la jurisprudence de 2017 Association pour le développement de l'accès aux soins dentaires Addentis de la Cour de cassation¹⁶². Pour l'instant, ce n'est pas dans le champ des textes en préparation qui, encore une fois, ne portent que sur ce que j'ai décrit, c'est-à-dire les professions de santé régies par les ordres qui sont soumis à ces principes de déontologie que j'évoquais précédemment. Après, en ce qui concerne le délai de mise en œuvre, je ne peux que me tourner vers la représentante du Gouvernement, n'étant pas maître du jeu.

Katia Julienne

En la matière, les travaux sont très largement avancés et seront finalisés dans les mois, voire les semaines qui viennent.

Gérard Raymond

En la matière, il est important que les patients soient bien informés et puissent suivre l'évolution des textes législatifs et réglementaires. Mais comment savoir que l'on a affaire à une information loyale et honnête ? Quel patient est assez compétent pour évaluer la pertinence d'une information médicale ou paramédicale que tel ou tel médecin, spécialiste ou non, indique sur sa plaque professionnelle ou affiche dans sa salle d'attente ? D'où l'importance de bien encadrer les mesures prises par les pouvoirs publics, notamment en matière de publicité. Peut-être y a-t-il ici matière à intervention du juge administratif et/ou du législateur, à travers un organisme ad hoc, pour juger ou estimer la qualité de ce type d'information ?

Bruno Bachini

Ces organismes sont essentiellement les ordres des professions de santé qui vont avoir un rôle majeur à jouer dans la mise en œuvre de ces dispositions, ainsi que par le biais de recommandations qui vont justement pouvoir encadrer la mise en œuvre et l'application de ces dispositions et faire montre également de pédagogie vis-à-vis des professionnels en leur donnant le mode d'emploi de ces nouvelles dispositions.

Par ailleurs, et bien que cela ne soit pas totalement satisfaisant comme mode de raisonnement, le juge pourra, en dernier ressort, intervenir et, par sa jurisprudence, ajouter des précisions à ces obligations. Pour l'heure, je pense que nous entrons inévitablement dans une période de transition dont j'ignore la durée et pendant laquelle nous aurons un certain nombre d'incertitudes sur la manière d'appliquer ces nouvelles dispositions. Cela paraît inéluctable. En même temps, il faut avoir confiance à la fois dans la mission de régulation que

162 Ccass, 1^{re} civ., 26 avril 2017, pourvois joints n^{os} 16-14.036 et 16-15.278.

remplissent les ordres et dans le rôle du juge qui sera là pour réguler, préciser, faire évoluer sa jurisprudence et donner les bons critères pour appliquer ses grilles jurisprudentielles, afin que les principaux acteurs disposent du bon mode d'emploi.

Question du public

Durant ce colloque, l'on a évoqué la coopération interprofessionnelle et l'inter-professionnalité. Ne faudrait-il pas, pour inciter les professionnels de santé à travailler ensemble plus efficacement au-delà de la problématique de la rémunération, faire évoluer la notion de droit de la responsabilité pour permettre à chacun de prendre ses propres responsabilités et sortir d'une vision médico-centrée ?

Pascale Fombeur

L'évolution des responsabilités est une question délicate. On a plutôt l'habitude, du côté du juge administratif, de voir une approche basée sur la responsabilité du service public hospitalier. Le cas échéant, il peut y avoir des fautes particulières qui seront portées devant le juge civil, car mettant en jeu la responsabilité d'un praticien libéral. Il faudrait que le juge civil ait une appréhension différente des choses quand il a devant lui un exercice groupé de professionnels libéraux, mais c'est là un terrain quelque peu nouveau.

Daniel Guillerm

Dans un contexte de coopération des professionnels de santé, il me semble important de s'attacher, du moins dans un premier temps, au fait que chacun puisse collaborer dans son champ de prérogatives.

Prenons un exemple. En premier lieu, on a évoqué précédemment le dispositif des protocoles de coopération initié par l'article 51 de la loi « HPST » de 2009¹⁶³. Par rapport à cela, nous avons lancé « un article 51 » sur l'observance thérapeutique. Cette dernière est en effet déficitaire en France avec un taux d'observance moyen de 40 % ; ce qui signifie qu'il y a de la marge et des gisements d'économies à explorer, car les coûts directs et indirects liés à cette mauvaise observance – gaspillages médicamenteux, iatrogénie médicamenteuse¹⁶⁴, encombrement des files actives hospitalières – constituent environ onze à quatorze milliards d'euros de dépenses annuelles. Notre protocole article 51 se nomme « Gélule ». Il a pour objectif de repositionner à sa place chaque acteur de l'équipe de soins primaires en coordination clinique de proximité, c'est-à-dire que le médecin prescrit et assure la conciliation médicamenteuse, le pharmacien

163 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

164 Effets indésirables d'un traitement médical provoqués par la prise d'un ou de plusieurs médicaments.

assure la préparation des doses à administrer (PDA)¹⁶⁵ et donne aussi des conseils pharmaceutiques. Il faut noter que sur cinq millions de patients, un million d'entre eux ne sont pas vus par le pharmacien car ils restent à domicile et ce sont la famille et/ou les aidants qui se rendent à l'officine, et que ce million de patients est souvent visité par l'infirmière libérale. Dans ce contexte, l'idée est donc d'avoir un suivi au fil de l'eau de l'observance thérapeutique de manière à recueillir des informations, créer des bases de données, et améliorer ladite observance pour alimenter le dossier médical partagé (DMP) par un bilan qui permette au médecin traitant d'assurer à nouveau sa conciliation médicamenteuse et à terme d'améliorer le taux d'observance. Dans un premier temps, nous pensons que c'est grâce à des opérations et à des projets de ce type que nous ferons avancer les choses, plutôt que de créer de vastes projets de délégations de tâches dont on sait qu'elles engagent la responsabilité des professionnels de santé.

En second lieu, notre approche porte sur la qualité. C'est un point de vigilance important, mais il ne faut pas seulement s'attacher à la seule qualité de la prise en charge médicale ou paramédicale dans un système où le postulat de base est la stratégie de transformation du système de santé, et de faire du maintien à domicile l'avenir. C'est pourquoi il est important de mettre également en place des critères de qualité qui ne sont pas forcément liés directement à la prise en charge médicale : l'accueil, le retour d'informations, le consentement éclairé du patient, etc. Il s'agit là de procédés que l'on retrouve en établissement et qu'il faut mettre aujourd'hui à domicile, car si l'on s'attache simplement à des procédures de qualité de prise en charge, on n'aura fait que la moitié du travail.

Question du public

Peut-on reconnaître aux données de santé une notion de propriété, aujourd'hui étrangère au droit français, pour faciliter l'implication des patients dans l'évolution du système de santé ?

Gérard Raymond

Non, car les données de santé ne nous appartiennent pas. Pour que cela soit très clair, je prends toujours l'exemple du don du sang dont chacun s'accordera à dire que l'on ne va pas en faire commerce. Le législateur l'a bien précisé : ces données ne peuvent pas se vendre. Et c'est très bien ainsi. De sorte que chaque citoyen peut conserver ses données pour lui, afin d'être mieux être soigné, et peut aussi en faire don à une base de données pour améliorer l'ensemble de notre système de santé. En revanche, l'accès aux bases de données publiques en santé peut ne pas être gratuit pour tous. Mais c'est là un autre sujet.

¹⁶⁵ Opération qui conduit le pharmacien à préparer le traitement des patients en piluliers ou sachets-doses selon la prescription médicale.

Question du public

L'on a évoqué la notion de qualité. Or cette notion revêt différentes acceptions selon que l'on s'adresse aux hôpitaux, aux médecins pour qui elle serait synonyme de certification, ou aux pharmaciens dont l'ordre vient de se l'approprier. Est-il possible d'uniformiser cette notion pour garantir sa permanence dans le système de santé ?

Katia Julienne

Il existe plusieurs volets au sujet de la notion de qualité et il faut les préserver. Il est vrai qu'ils sont perçus de manière différente selon les secteurs, mais en la matière l'essentiel des travaux est encore devant nous. Dans ce domaine, il me semble que nous sommes encore au début d'un mode de régulation, au sens plein et large du terme, et que nous avons des travaux à conduire extrêmement importants en champ hospitalier, en ambulatoire et dans le médico-social, sans oublier le social.

Traditionnellement, nous avons en effet l'habitude de réguler ces aspects avec deux leviers assez simples : d'un côté, le droit avec les autorisations et, de l'autre côté, le financement. Mais cela ne suffira pas. D'autant que si nous faisons évoluer le levier du financement, il sera beaucoup moins régulateur qu'il ne l'a été. Ce qui signifie que nous devons développer collectivement et davantage nos outils en termes de qualité ; ce qui a tôt fait de rejoindre la question des données de santé qui a été posée précédemment. Ce sont là des travaux qui sont devant nous et pour lesquels nous comptons beaucoup sur la HAS. Il s'agit d'une question sur laquelle nous continuerons à réfléchir.

Dominique Le Guludec

Quand on aborde les parcours, on élargit déjà très largement la prise en charge à la prévention, à la médecine de ville et au médico-social ; mais cela n'intègre pas encore toutes les dimensions, car encore faut-il avoir les données. Pour l'instant, on travaille avec ce que l'on a, c'est-à-dire peu de données en médecine de ville et encore moins ailleurs. L'on avance donc pas à pas, et clairement le spectre doit s'élargir au fur et à mesure. Et là on compte beaucoup sur un agrégat de dossiers, car si l'on dispose de bonnes bases médico-administratives en France, elles ne couvrent pas tout et présentent très peu d'informations à la fois cliniques et sur ce qui se passe en ville ; il faut donc que l'on travaille sur le sujet, en sachant qu'il y a d'autres sources comme, par exemple, la CNAM qui possède de nombreuses informations. Il faut donc arriver à agréger tout cela pour faire des indicateurs de qualité pertinents, puis qu'ils soient acceptés par les professionnels de santé comme une donnée intrinsèque de leur métier et non comme une contrainte administrative.

Question du public

Au sein de l'hôpital, plus que la technique ou la technicité, les patients plébiscitent la relation de soins, l'information et l'accompagnement. Comment faire pour conserver cet agir qui n'est pas normé et qui reste incompris des ARS ou des gestionnaires ?

Dominique Le Guludec

Je pense qu'il y a une complémentarité. Si vous parlez aux patients d'infections associées aux soins, vous verrez qu'ils se sentent très concernés vu le nombre d'accidents dans nos structures. Ce n'est donc pas contradictoire avec la qualité de la relation, mais il est vrai que c'est complémentaire. Il faut que nous arrivions à trouver des systèmes d'évaluation de la qualité qui se fondent sur ces deux aspects. Cela est difficile pour l'instant, aussi bien en établissement qu'en ville, sachant que pour la médecine de ville l'on dispose de peu d'éléments d'appréciation.

Gérard Raymond

Je vous rassure. Les patients aussi perçoivent très bien la souffrance des professionnels de santé et particulièrement de ceux qui travaillent aujourd'hui à l'hôpital. D'où l'importance de promouvoir une médecine humaniste qui permette aux professionnels de santé de trouver le temps d'écouter et d'échanger avec les patients quelle que soit leur situation.

Ceux qui me connaissent savent que je m'élève à chaque fois contre l'expression « notre système de santé pour les patients », car il n'est pas uniquement fait pour eux mais pour l'ensemble des acteurs du système de santé.

Et, encore une fois, l'on voit bien aujourd'hui les difficultés de l'hôpital, notamment de certains services dans les hôpitaux. Un professionnel de santé qui n'est pas bien ne peut pas bien soigner, car cette souffrance au travail rejaillit sur la qualité des soins prodigués aux patients. C'est l'évidence même. C'est pourquoi il nous faut entrer dans un système gagnant-gagnant.

Dominique Le Guludec

Je crois que la qualité fait partie des motivations intrinsèques des soignants. L'on n'est pas soignant par hasard. Il faut donc donner aux professionnels les outils pour mesurer et améliorer la qualité de leurs soins sans que cela leur paraisse une coercition administrative. Il faut que cela soit simplement une aide.

Question du public

Depuis la certification des établissements de santé, il y a de plus en plus de normes. Avec la conséquence que les infirmiers perdent le contact avec les patients, et doivent passer le plus clair de leur temps à remplir des fichiers et faire des statistiques. Comment changer cela ?

D'autre part, je souhaiterais savoir pourquoi les infirmiers libéraux n'ont plus le droit d'intervenir dans les EHPAD, alors même qu'existe une crise au sein de ces établissements. Comment rétablir la situation antérieure ?

Dominique Le Guludec

Au sujet de la certification, il doit être noté que la version suivante des certifications, dont tous les pays qui en possèdent ont montré que cela avait amélioré leurs établissements de santé sur le plan qualitatif, a été faite par les professionnels.

L'on a construit un référentiel en partant de zéro, et l'on a fait venir des professionnels des hôpitaux puisque cela s'adresse aux établissements de santé privés ou publics. Ce sont eux qui ont construit le référentiel de façon à ce que les attendus correspondent à ce qui compte pour eux. Il s'agit donc là d'un processus mûri dans le temps.

Katia Julienne

Je ne suis pas sûre d'adhérer à cette vision où, dans les établissements de santé, les directeurs s'opposeraient aux soignants en les soumettant à de nombreuses tracasseries administratives. Cela ne correspond pas à ce que je constate, même s'il y a des établissements où existent des tensions entre les personnes ; auquel cas on peut progresser pour améliorer les choses.

Nous travaillons d'ailleurs actuellement sur la gouvernance hospitalière. C'est un sujet particulièrement intéressant, et l'on s'aperçoit que l'on peut toujours progresser dans notre manière de travailler ensemble dans les établissements de santé, et qu'en la matière l'on peut aussi simplifier certaines procédures.

Cependant, dans ce type d'approche, le risque est d'être régulièrement confronté au paradoxe de vouloir à la fois simplifier beaucoup et coller au terrain. Par exemple, en termes de financement, si vous désirez élaborer deux ou trois forfaits pour simplifier votre travail et faire en sorte que tout le monde vous comprenne, sans passer par des applications informatiques complexes, le risque est qu'ensuite si l'on a besoin d'entrer dans le détail on ne retrouve pas telle ou telle spécificité. Il y a donc un compromis à trouver qui n'est jamais simple. Malgré tout, il est sain d'y réfléchir ensemble et de le questionner à nouveau. C'est ce que nous faisons pour le financement.

Je suis également convaincue que les soignants ont besoin de plus de temps médical soignant et moins de temps administratif. Il faut donc que l'on fasse la chasse aux dispositions administratives chronophages, mais après en avoir discuté avec les soignants et les administratifs. Je pense que tout cela est possible.

Question du public

Vous avez évoqué la transposition, qui permet de déporter un certain nombre de fonctions auparavant attribuées aux médecins de ville, aux pharmaciens et aux infirmiers, comme étant une mesure quelque peu coercitive et faiblement retenue par les médecins de ville. N'offre-t-elle pas cependant l'opportunité de conserver une certaine qualité de soins et l'accès des soins aux patients qui pourraient pâtir d'un manque de professionnels ? Qu'en pensent les usagers ou les associations de patients ?

Gérard Raymond

C'était la demande initiale des citoyens et des patients qui souhaitaient voir des médecins s'installer près de chez eux. Mais, aujourd'hui, cet objectif est quelque peu dépassé dans la mesure où l'on manque de médecins... Dans ce contexte, je pense qu'il faut essayer d'avoir des solutions plus agiles et constructives pour retrouver de l'attrait à la profession libérale ou de médecine au sein des territoires. C'est comme cela que l'on redonnera l'envie aux professionnels de santé de travailler en équipe, que l'on favorisera leur installation dans des zones moins attractives, qu'on les aidera à retrouver la facilité de travailler avec des outils numériques modernes, etc. Pour ce faire je ne crois pas à la contrainte, mais plutôt à des solutions pragmatiques et collectives profitables à l'ensemble des professionnels de santé.

Dominique Le Guludec

*Présidente de la Haute Autorité de santé (HAS),
modératrice de la table ronde*

Nous arrivons à la fin de notre séance. Je remercie le public pour ses questions et sa participation active à nos échanges, ainsi que les intervenants pour la qualité de leurs interventions. Je laisse maintenant la place au président Tabuteau qui va conclure le colloque.

Séance de clôture

Didier Tabuteau

Président de la section sociale du Conseil d'État

Je suis très honoré de conclure ce colloque sur le thème des « professions de santé demain ». Et je remercie tous ceux qui ont contribué à cette journée si intéressante et variée, avec des interventions complémentaires qui ont permis d'évoquer de nombreuses questions. J'ajoute que, même si l'hôpital n'était pas au centre de nos rencontres – et c'est un choix délibéré de construction du colloque –, les échanges ont montré l'importance des problèmes hospitaliers pour l'évolution du système de santé y compris pour la médecine de ville.

Je remercie chaleureusement les nombreux intervenants qui ont pris du temps dans un emploi du temps particulièrement chargé pour préparer leurs interventions et intervenir aujourd'hui. Merci également à la section du rapport et des études, à sa présidente et à son président adjoint ainsi qu'à Mme Caroline Lafeuille qui a été maître d'œuvre et a porté toute l'organisation de cette rencontre. Enfin, je souhaiterais saluer Mme Pauline Berne et M. Damien Pons, tous deux membres de la section sociale, qui ont préparé le dossier remis aux participants qui a permis de nourrir nos réflexions¹⁶⁶.

Ce colloque sur les professions de santé a tout d'abord rappelé que l'intervention de ces professionnels est souvent associée aux situations les plus douloureuses de la vie. C'est pourquoi dans le langage courant on n'utilise pas les termes de *professionnel de santé*, on parle avec affection de « mon médecin », « mon infirmière », « mon infirmier », ou « mon dentiste ». Ce possessif traduit le lien très particulier voire assez exceptionnel qui s'établit entre le malade ou l'utilisateur du système de santé et les professionnels de santé.

Néanmoins, cette notion de *professionnels de santé* justifiait qu'on y consacre une journée de colloque dans la mesure où elle est révélatrice d'une transformation récente du système de santé.

Cette notion de professionnels de santé a été introduite dans le code de la santé publique par la loi de janvier 1994¹⁶⁷ avant d'être consacrée par l'ordonnance de 2000¹⁶⁸ et la recodification du code de la santé publique comportant une partie consacrée aux professions de santé. Dans le code de la sécurité sociale, elle apparaît de façon concomitante avec l'une des trois ordonnances de 1996¹⁶⁹ prises dans le cadre du plan Juppé.

166 Le dossier du participant est repris en annexe du présent ouvrage.

167 Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (article L. 551-6).

168 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique.

169 Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Cette notion quelque peu transversale, qui essaie de recouvrir à la fois des fonctions, des missions et des métiers qui sont très différents – et ce colloque a montré cette diversité –, est un élément de réflexion important. D'ailleurs, nos travaux peuvent d'une certaine manière s'inscrire dans la lignée du rapport de 2007 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) *Counting health workers*¹⁷⁰ qui a essayé de définir la notion de *professionnels de santé* en sortant des catégories de professions médicales ou soignantes. Il avait retenu comme définition, dans sa traduction française, *toute personne impliquée dans la promotion, la protection ou l'amélioration de la santé*, en distinguant bien sûr les soignants et les non-soignants.

On retrouve cet effort de transversalité et d'intégration dans un ensemble plus large que les professions soignantes historiques. La directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, rappelle que les professionnels de santé sont les médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens ou autres professionnels exerçant des activités dans le secteur des soins de santé qui sont limités à des professions réglementées. L'introduction de dispositions préliminaires à la quatrième partie du code de la santé publique témoigne également de cette approche transversale des professions de santé. Ainsi, a-t-on vu naître les articles L. 4000 qui ont essayé de donner le chapeau commun à ces professions, malgré les différences qui les distinguent.

Lorsqu'on essaie d'analyser les professions de santé dans les législations des principaux pays de l'Union européenne, on peut identifier plusieurs approches.

La première entrée, assez classique, est la qualification, le titre, ou le diplôme permettant d'exercer une profession.

La deuxième entrée, plus connue et qui fut à l'origine du droit français, est la notion d'acte, de tâches ou de domaines. C'est, par exemple, pour les chirurgiens-dentistes : la bouche, les dents, les maxillaires, etc. ; c'est-à-dire que l'on définit le champ d'intervention du professionnel.

Enfin, la troisième entrée, que l'on trouve dans certains pays, comme par exemple l'Espagne, est la mission de santé publique, la mission de prévention, avec l'énonciation des objectifs de l'intervention des professionnels.

On peut aujourd'hui constater que ces différentes approches tendent à se cumuler. Ainsi, des emprunts aux différentes formules apparaissent témoignant de la complexification de cette notion dans le système de santé, et de la nécessité de la diversifier et d'intégrer des approches par acte, diplôme et mission de santé publique.

Si l'on regarde maintenant l'évolution des professions de santé depuis quelques décennies, l'on constate depuis une quinzaine d'années une rupture importante dans l'approche de cette notion.

170 OMS, *Counting health workers : definitions, data, methods and global results*, World Health Organization, janvier 2007.



Depuis une quinzaine d'années, on voit à travers l'évolution des compétences, de la formation et de la rémunération une remise en cause assez rapide, même si elle est menée par touches successives, des catégories traditionnelles. Certes, il ne s'agit pas d'un bouleversement total, mais néanmoins les transformations ont été significatives. Lionel Collet présentait la mutation des professions de santé en présentant les deux ou trois professions apparues dans le code de la santé publique depuis 2000, mais s'il était remonté à 1980 il en aurait sans doute trouvé une dizaine !

Lorsque j'ai commencé à m'intéresser au droit de la santé, nous étions habitués à la notion de « 3-1-4 » pour expliquer qu'il existait : trois professions médicales (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste), une profession pharmaceutique et quatre professions paramédicales (auxiliaires médicaux avec insuffisance du terme qui étaient les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières, les orthophonistes et les orthoptistes). Depuis, le code de la santé publique s'est enrichi de nombreuses professions.

Dans ce contexte, et pour tirer les enseignements de ce colloque, je dirais que nous sommes passés d'une approche des professions de santé auparavant basée sur le *qui* (quelle profession) fait *quoi* (quelle compétence ?), à une approche plus complète qui est certes de savoir *qui* fait *quoi*, mais aussi *où*, *quand* et *comment* ?

Qui ?

Sans revenir sur cet aspect qui a été présenté par Michel Laforcade et Lionel Collet lors de la première table ronde, il faut souligner le processus de diversification et de multiplication dans lequel sont engagées les professions de santé. Si l'on étudie les seules spécialités médicales, on est sans doute passé d'une vingtaine à plus de cent spécialités ou surspécialités médicales.

Il est intéressant de constater que le concept de *professions de santé* ne se limite plus aux professions du code de la santé publique, ni même aux professions de la quatrième partie de ce code, car on nous a rappelé que, par exemple, les conseillers en génétique étaient dans la première partie du code. Il faut également noter que l'on voit apparaître d'autres professions tout aussi fondamentales et qui sont hors code.

Il y a aussi des professions qui ont été inventées par le monde associatif. Par exemple, ceux que l'on appelait en 1988-1990 les « techniciens d'insertion », et qui doivent être devenus à travers un changement sémantique les « référents de parcours de santé », sont une création de l'association AFM Téléthon pour accompagner les familles des enfants atteints de myopathie. Or cette profession est tout à fait fondamentale pour la vie quotidienne d'un certain nombre de malades qui suivent un parcours complexe ; elle répond à un besoin de santé sans être une profession soignante.



Quoi ?

S'agissant du *quoi* (quelles compétences ?), nous avons pu constater à travers les différentes interventions le rôle relatif et l'évolution, depuis environ quinze ans, des fonctions des différentes professions, malgré leur étanchéité originelle, même si cela est lent. Il n'a certes pas été aisé de passer de la délégation de tâches aux coopérations interprofessionnelles, ou au concept de pratiques avancées. La variation des sémantiques témoigne d'ailleurs sans doute de cette difficulté ; mais néanmoins cela se produit, et l'on constate que les choses avancent et que des redistributions de compétences ont lieu. C'est une transformation qui était inimaginable il y a encore quelques dizaines d'années.

Bien sûr, cette redistribution n'est pas le produit d'une réflexion consensuelle qui a réuni naturellement les professionnels, les associations et les pouvoirs publics pour décider du meilleur système de santé possible.

L'essentiel de cette évolution a sans doute été provoqué par la crise de la démographie médicale. Il faut se souvenir qu'en 2002-2003, qui sont les années des premiers rapports Berland dénonçant le manque de médecins¹⁷¹, perdurait encore à l'époque le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) mis en place par l'assurance maladie, qui permettait aux médecins libéraux de partir à la retraite à cinquante-sept ou cinquante-huit ans en continuant à percevoir des honoraires correspondant à leurs bénéfécies.

Au même moment, il fallait revoir la distribution des compétences, alors même que l'on avait toujours un dispositif d'assurance maladie reposant sur l'idée des années 1980-1990 qu'il y avait trop de médecins en France par rapport aux autres pays.

Cette construction des nouvelles compétences, de la répartition des rôles, et de l'émergence de nouvelles professions est évidemment difficile et, comme cela a été également cité par MM. Battistoni et Lafourcade, il ne faut pas oublier dans cette évolution du *quoi* toutes les professions sociales et médico-sociales qui sont aujourd'hui déterminantes pour l'évolution du système, notamment en raison du vieillissement de la population.

Où ?

Avec la question du *où*, on entre dans des considérations nouvelles. Se pose en effet la question de l'implantation géographique ou territoriales de ces professionnels. Où sont installées les ressources permettant de répondre aux besoins de la santé publique, aux attentes de la population ?

La question des déserts médicaux, ou des difficultés d'accès aux soins, et la problématique des listes d'attente évoquées par plusieurs intervenants ont conduit à repenser un grand nombre de dispositifs.

171 Y. Berland (dir.), *Mission « Démographie des professions de santé »*, rapport n° 2002135, novembre 2002 ; Y. Berland (dir.), *Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, rapport d'étape, octobre 2003. Voir également : Y. Berland, Y. Bourgueil, *Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé*, 2006.



On peut constater que *grosso modo* toutes les professions de santé sont entrées dans un mécanisme de régulation de l'installation par le conventionnement¹⁷², à l'exception des pharmaciens d'officine régis par un système ancien de carte sanitaire.

Seul le monde médical est resté étranger à cette régulation négociée dans le cadre conventionnel. En raison sans doute de la place et du rôle prépondérant des médecins hospitaliers, des internes et des chefs de clinique dans la construction et dans le fonctionnement de l'hôpital. Car ce ne sont pas les mouvements des professionnels libéraux qui ont conduit au retrait de projets de disposition législative rendant possible une telle régulation territoriale, ce sont les mouvements sociaux d'internes et de professionnels hospitaliers.

À propos de cette question du *où*, Mme Julienne a souligné l'importance de la relation avec l'hôpital. L'hôpital de proximité, l'articulation avec la médecine de ville, la façon dont les consultations avancées peuvent être organisées par le monde hospitalier sont des éléments déterminants pour l'équilibre du système de santé et des territoires au sein desquels il s'organise.

Quand ?

Le *quand* pose la question de savoir où sont les professionnels de santé, par exemple à deux heures ou à cinq heures du matin, quand un problème de santé se pose. Plusieurs interventions ont permis d'entrevoir l'espoir d'une réorganisation du système de santé favorable à la permanence des soins à travers notamment la montée en charge des structures collectives, car elle est bien évidemment plus facile à assurer dans une structure de plusieurs dizaines de professionnels qu'au sein d'un cabinet libéral isolé.

L'intervention de Mme Rousseau sur l'intelligence artificielle qui, *via* notamment des appareils électroniques portables, permet à tout un chacun de faire des examens, des contrôles justifiant une hospitalisation, ou d'obtenir un contact avec des spécialistes qui ne seraient pas physiquement disponibles au moment où l'on en a besoin, peuvent également contribuer à répondre du mieux possible au *quand*.

Enfin les interventions de MM. Battistoni et Raymond ou de Mme Julienne ont montré la possibilité d'organiser un dispositif d'accès aux soins qui permette à la médecine de ville de répondre aux besoins de santé sur des plages horaires ou journalières plus étendues.

Comment ?

Enfin, la dernière question porte sur le *comment*. C'est sans doute l'aspect auquel nous avons consacré le plus de temps, car il traite de tout ce qui a été mis en place par les pouvoirs publics.

172 Voir : J.-N. Cardoux et Y. Daudigny, *rapport d'information sénatorial n° 686 (2016-2017), fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, déposé le 26 juillet 2017.



Je pense à ce que Mme Lemaire nous a présenté avec brio sur l'application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) « Expérimentation en santé et innovation du parcours de soins » et de l'article L. 162-31-1 d'expérimentation émanant du code de la sécurité sociale. C'est également l'espoir fondé sur la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui semblent se développer. Selon le ministère de la santé, en novembre 2019, 450 projets étaient en cours, dont 50 étaient déjà opérationnels¹⁷³. Il y a donc semble-t-il un mouvement plus rapide qu'espéré qui peut conduire à ce que ces dispositifs se mettent en place dans de bonnes conditions et permettent de gagner ce fameux « temps médical » évoqué par MM. Battistoni et Revel. Temps médical qui doit être d'autant mieux partagé qu'il n'a pas vocation à augmenter significativement au cours des prochaines années.

Il doit être noté que dans cette construction du *comment*, le juriste ne peut pas éviter la question sur la façon dont les principes déontologiques et l'éthique des professionnels vont se trouver télescopés voire remis en cause ou, à tout le moins, interrogés par des modes d'associations nouveaux.

Il y a trente ans, lorsque l'on commençait un cours de droit de la santé, l'une des questions qui apparaissaient rapidement était le problème du compéage¹⁷⁴. Aujourd'hui, il s'agit d'un problème qui est largement relativisé parce que le travail en équipe, l'association des professionnels deviennent une nécessité pour des raisons évidentes de santé publique, de qualité des soins et d'attente du public.

Il reste que les regroupements, la mise en place de structures plus lourdes ou d'organisations collectives posent des questions déontologiques et d'indépendance professionnelle renouvelées. La question de la concurrence évoquée par M. Bachini en fait partie, ce qui obligera à trouver un équilibre savant, subtil, et sans doute difficile. Peut-être connaissons-nous une période transitoire où l'on va un peu tâtonner pour à la fois garantir cet accès à l'information et cette possibilité d'une approche plus collective. Mais la garantie de l'indépendance professionnelle et du respect des règles déontologiques comme de l'éthique individuelle devra demeurer une exigence absolue.

Je terminerai par trois brèves remarques :

- La première remarque est que cette journée sur les professions de santé a posé à plusieurs reprises la question des « auxiliaires médicaux ». Je suis convaincu depuis longtemps que cette dénomination n'a plus de raison d'être, et que cette mention dans le code de la santé publique pourrait évoluer. Toutefois, comme le professeur Truchet l'a expliqué, il faudrait pour cela revoir de fond en comble le code de la santé publique. Mais je pense quand même que cette question de la qualification des professions, qui a une vertu symbolique très forte, devrait être envisagée dans un avenir proche.

173 Voir : « CPTS : des projets de santé émergent grâce à la mobilisation de tous sur le terrain », sur le site Internet du ministère de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr>), 20 février 2020.

174 Entente entre professionnels de santé en vue de tirer des avantages communs au détriment du patient ou des tiers (interdite par l'article R. 4127-23 du code de la santé publique).



- La deuxième remarque revient quelque peu sur l'équilibre que j'évoquais. De nombreuses évolutions tendent, d'une certaine manière, à « automatiser » le système de santé. Les contraintes démographiques, l'émergence de l'intelligence artificielle, la réduction du temps médical, réduisent progressivement la part de la relation médicale. Or l'humanisme médical est une nécessité fondamentale. La relation humaine entre le professionnel de santé et la personne malade ou ses proches dépasse de beaucoup les enjeux d'efficacité ou d'efficience du système. Les législations à venir ne devront pas oublier cette exigence de nature éthique.

De même, il ne fait aucun doute que la télémédecine, le télésoin, ou le numérique sont des nécessités qui vont rationaliser et améliorer la qualité des soins. Mais cela pose aussi des problèmes immenses de secret médical. Le Conseil d'État et la Cour de cassation ont organisé un colloque il y a quelques années sur ce thème¹⁷⁵, qui a montré à quel point les enjeux autour du secret médical sont aujourd'hui beaucoup plus intenses qu'ils ne l'étaient au cours des dernières décennies.

- Ma troisième et dernière remarque a trait au « dialogue des doutes » – pour reprendre la belle formule du professeur Truchet – entre le monde de la santé, les professions médicales, la connaissance médicale et le monde du droit, c'est-à-dire les professions juridiques, avec les incertitudes et les interrogations que les juristes ont sur un grand nombre de questions.

Je crois que ce colloque a montré à quel point ce « dialogue des doutes » était précieux, et que l'on pouvait y souscrire sans le redouter. La rencontre de juristes, d'universitaires, de professionnels de santé, mais également de responsables administratifs et de représentants des associations de patients est l'une des clés de la transformation réussie de notre système de santé. Comment pourrait-il en être autrement alors que le système de santé repose fondamentalement sur la confiance. Une confiance en la valeur morale, affective et professionnelle d'une autre personne.

Maintenir cette confiance, en faire l'élément déterminant de l'évolution du système de santé, de la construction des professions de santé, de leur rapport avec les patients et leurs associations, est crucial. C'est aussi l'honneur des professions de santé.

175 Conseil d'État et Cour de cassation, *Santé et justice : quelles responsabilités ?*, colloque des 20 et 21 octobre 2011 (table ronde n° 5 : l'information relative à la santé), éd. La documentation Française, Paris, 2013, coll. « Droits et Débats » n° 7.





Annexes





1. Première table ronde

1.1. 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 vus reconnaître la qualité de membres 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 I^{er} 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 I^{er} 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 paraclinique ;

c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen 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.

1.2. Éléments de jurisprudence

1.2.1. 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 autorisées 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 délaisser 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, (...)

1.2.2. 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 compéage, 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 « *pluriprofessionnelle* » 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 3^e 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.

(...)



1.3. Articles

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

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

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

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

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

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

Dr J.-D. Zeitoun et Pr P. Ravaud, « L'intelligence artificielle et le métier de médecin », *in Les tribunes de la santé*, 2019/2, n° 60, p. 31 à 35.



2. Deuxième table ronde

2.1. 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 nationale des caisses d'assurance maladie ; (...)

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 associés 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 associés 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 associés ;
- 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 associés ;
- 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

2.2. Éléments de jurisprudence

2.2.1. 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 figure 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 ; (...)

2.2.2. Jurisprudence 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'État, 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'État » ;



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 médecins libéraux 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, 1^{er} 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. 162110 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. 162112 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. 1621220 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 1^{er} 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. 162110 du code de la sécurité sociale précité mais, outre la valeur mensuelle des forfaits de rémunération que définit l'article 24 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 Fédération 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 1^{er} 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 Fédération 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 médicament (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. 8711 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 ordinales, 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 méconnaîtrait 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 différenciés 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 ordinales 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 ordinales 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.

2.3. Articles

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

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

R. Marié, « Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux », *in 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 », in *RDSS*, 2019, p. 1043.

2.4. 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).



3. Troisième table ronde

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 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. Jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne

CJUE, 4 mai 1997, aff. 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*, aff. C-48/15, 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 constitué par le déplacement de destinataires de services établis dans un autre État membre (voir, en ce sens, l'arrêt du 11 juin 2015, *Berlington Hungary e.a.*, aff. C-98/14, 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, les arrêts du 17 juillet 2008, *Corporación Dermaestética*, aff. C500/06, point 32 ; et du 22 janvier 2015, *Stanley International Betting et Stanleybet Malta*, aff. C463/13, point 45, ainsi que du 28 janvier 2016, *Laezza*, aff. C-375/14, 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, quoiqu'indistinctement applicables, affectent la libre circulation de services dans les autres États membres (arrêt du 12 septembre 2013, *Konstantinides*, aff. C-475/11, 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'elles 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*, aff. C-475/11, 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, les arrêts du 10 mars 2009, *Hartlauer*, aff. C169/07, point 46, et du 12 septembre 2013, *Konstantinides*, aff. C475/11, 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, les arrêts du 2 décembre 2010, *Ker-Optika*, aff. C-108/09, point 58, et du 12 novembre 2015, *Visnapuu*, aff. C-198/14, 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* (aff. C475/11), 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*, aff. 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, l'arrêt du 15 septembre 2016, *Mc Fadden*, aff. C484/14, 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. (...)

3.2.3. *Jurisprudence 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 masseurskinésithérapeutes, 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 masseurskinésithérapeutes 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. 16212-2 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 e. a., 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 I^{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 télé observance 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 télé observés » 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 « surdotées », 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. 14344 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. 432156, 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 pédicure-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 pédicure-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 », *in 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 », in *JDSAM*, mars 2019, p. 28.-

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

G. Rousset, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan «Ma santé 2022» : entre innovation et timidité », in *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 », in *AJDA*, 2019, p. 2488.

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

3.4. Rapports

P. Bribile et N. Nabet : *Repenser l'organisation territoriale des soins*, rapport final remis à la ministre des solidarités et de la santé, septembre 2018.

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, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*, éd. La documentation Française, Paris, 2018.

3.5. Extraits des propositions de l'étude du Conseil d'État, *Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité* (éd. La documentation Française, Paris, 2018)

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. (...)





Comité de rédaction

Responsable de la publication :

Martine de Boisdeffre, présidente de la section du rapport et des études.

Conception et réalisation :

François Seners, président adjoint et rapporteur général de la section du rapport et des études.

Corinne Mathey, secrétaire de la section du rapport et des études.

Avec l'appui de Laure Marcus, premier conseiller de tribunal administratif et de cour administrative d'appel, chargée de mission auprès de la présidente de la section du rapport et des études.

La documentation juridique du colloque a été préparée par Pauline Berne et Damien Pons, maîtres des requêtes en service extraordinaire à la section sociale et la section du contentieux du Conseil d'État.

Secrétaire de rédaction

Frédéric Navas Alonso de Castaneda, chargé de mission à la section du rapport et des études.

Avec la participation de Marie-Christine Gallicher, secrétaire à la section du rapport et des études.

Coordination du colloque

Caroline Lafeuille, chargée de mission pour les relations extérieures.

Crédits photos, conseil graphique

Direction de la communication.

Retrouvez la vidéo du colloque à partir de www.conseil-etat.fr, rubrique « colloques ».





Publications du Conseil d'État chez le même éditeur

Collection « Les rapports du Conseil d'État » (ancienne collection « Études et documents du Conseil d'État », EDCE)

- Simplification et qualité du droit – étude annuelle 2016, n° 67.
- Puissance publique et plateformes numériques : accompagner l'«ubérisation» – étude annuelle 2017, n° 68.
- La citoyenneté - Être (un) citoyen aujourd'hui – étude annuelle 2018, n° 69.
- Le sport : quelle politique publique ? – étude annuelle 2019, n° 70.
- Faire de l'évaluation des politiques publiques un véritable outil de débat démocratique et de décision – étude annuelle 2020, n° 71.
- Les états d'urgence : la démocratie sous contraintes – étude annuelle 2021, n° 72.

Collection « Les études du Conseil d'État »

- L'application du nouveau principe « silence de l'administration vaut acceptation », 2014.
- Les commissaires du Gouvernement dans les entreprises, 2015.
- Directives européennes : anticiper pour mieux transposer, 2015.
- Le droit d'alerte : signaler, traiter, protéger, 2016.
- Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité, 2018.
- La prise en compte du risque dans la décision publique, 2018.
- Révision de la loi bioéthique : quelles options pour demain ?, 2018.
- Les expérimentations : comment innover dans la conduite des politiques publiques ?, 2019.

Collection « Droits et Débats »

- L'accord : mode de régulation du social, n° 20, 2016.
- Entretiens sur l'Europe - Tome 1, n° 21, 2017.
- Droit comparé et territorialité du droit - Tome 1, n° 22, 2017.
- Droit comparé et territorialité du droit - Tome 2, n° 23, 2017.
- Les entreprises publiques, n° 24, 2017.
- Le droit social et la norme internationale, n° 25, 2018.
- Entretiens sur l'Europe - Tome 2, n° 26, 2018.
- L'ordre public - Regards croisés du Conseil d'État et de la Cour de cassation, n° 27, 2018.
- Les grands investissements publics, n° 28, 2019.
- Santé et protection des données, n° 29, 2019.
- La fiscalité internationale à réinventer ?, n° 30, 2020.
- La régulation économique de la santé, n° 31, 2020.
- Vers un nouveau droit du travail ? Regards croisés du Conseil d'État et de la Cour de cassation, n° 32, 2021.
- Concessions et privatisations : quelle articulation ?, n° 33, 2021.
- Les professions de santé de demain, n° 34, 2021.
- Gouvernance et financement de la protection sociale, n° 35 (à paraître).

Collection « Histoire et mémoire »

- Conférences «Vincent Wright» - Volume 2, n° 4, 2015.
- Le Conseil d'État et la Grande Guerre, n° 5, 2017.
- Conférences «Vincent Wright» - Volume 3, n° 6, 2019.-

Collection « Jurisprudences »

- Jurisprudence du Conseil d'État 2018-2019, édition 2020.