



AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ
Ecole doctorale « Sciences juridiques et politiques » n°67
Faculté de Droit et de Science Politique
UMR ADÉS – 7268

Thèse pour l'obtention du grade de
DOCTEUR EN DROIT

Discipline : Droit public

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2019 par
Arthur DECOSTANZI

LE SERVICE PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE

Jury

Arnaud LAMI

Maître de conférences HDR, Aix-Marseille Université, directeur de recherche

Marie-Laure MOQUET-ANGER

Professeur de droit public, Université Rennes 1, rapporteur

Isabelle POIROT-MAZERES

Professeur de droit public, Université Toulouse 1 Capitole, rapporteur

Jean-Claude RICCI

Professeur émérite de droit public, Aix-Marseille Université

L'Université d'Aix-Marseille n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans la présente thèse.

Ces opinions doivent être considérées comme étant propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'UMR ADéS ainsi que du CDSA pour l'aide apportée au cours de la réalisation de ce travail de thèse.

Mes respectueux remerciements vont encore à au Conseil régional PACA ainsi qu'à l'ARS pour leur aide et les échanges réalisés dans la réalisation de ce travail.

J'adresse également de vifs remerciements à mon directeur de thèse, M. Arnaud Lami. Sans son soutien, les longs et nombreux échanges sur le sujet ainsi que ses précieux conseils ce travail n'aurait peut-être jamais vu le jour.

Enfin, je souhaite remercier Charlotte, ma compagne ainsi que ma famille et mes proches qui m'ont été d'un soutien indéfectible au cours de ces temps parfois difficiles.

TABLE DES ABREVIATIONS

AAI	Autorité administrative indépendante
AJDA	Actualité juridique Droit administratif
Al.	Alinéa
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
Art.	Article
B.O	Bulletin officiel
c.	Contre
CAIM	Contrat d'aide à l'installation des médecins
CE	Conseil d'État
CESP	Contrat d'engagement de service public
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLS	Contrat local de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP	Conseil national de pilotage
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination médecin
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CTS	Conseil territorial de santé
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DG	Directeur général
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPA	Etablissement public à caractère administratif
ESP	Equipe de soins primaires
FIR	Fonds d'intervention régional
Gaz. Pal.	Gazette du Palais
GCS	Groupement de coopération sanitaire

GCSMS	Groupement de coopération sanitaire et médico-sociale
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires (Loi)
Ibid.	Ibidem
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de
Médecine générale	
JORF	Journal officiel de la République française
LGDJ	Librairie générale de Droit et de Jurisprudence
LMSS	Loi de modernisation du système de santé
LPA	Les Petites Affiches
MWSAC	Medical workforce standing advisory committee
NHS	National health service
OMS	Organisation mondiale de la santé
Op. Cit.	Opere citato
p.	Page
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PIB	Produit intérieur brut
PRS	Projet régional de santé
RDS	Revue Droit & Santé
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
Rec.	Recueil
RFDA	Revue française de droit administratif
RGDM	Revue générale de droit médical
RTD Civ	Revue trimestrielle de droit civil
SNEMG	Syndicat national des enseignants de médecine générale
SNS	Stratégie nationale de santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRS	Schéma régional de santé
TA	Tribunal administratif
UE	Union européenne
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
Partie 1. L’ambiguïté de la notion de service public de santé de proximité	25
Titre 1. L’aspect positif : l’évidente nature de service public de la santé de proximité	27
Chapitre 1. La protection de la santé, une mission de service public par essence	29
Chapitre 2. La satisfaction par la santé de proximité des critères du service public.....	85
Titre 2. Le périmètre institutionnel du service public de santé de proximité	137
Chapitre 1. L’absence de cohérence dans l’attribution des compétences en matière sanitaire	139
Chapitre 2. L’organisation institutionnelle du service public de santé de proximité	193
CONCLUSION PARTIE 1.	241
Partie 2. Les moyens d’action du service public de santé de proximité, une construction	
hésitante.....	243
Titre 1. L’échec relatif des moyens purement incitatifs de régulation	245
Chapitre 1. L’inefficacité du mille-feuille incitatif introduit depuis la loi HPST.....	247
Chapitre 2. La rationalisation des outils contractuels de régulation de la médecine libérale au sein du	
service public de santé de proximité	299
Titre 2. Le pari d’une régulation active de la médecine libérale au sein du service public de	
santé de proximité	347
Chapitre 1. La légitime régulation active de l’exercice libéral au sein du service public de santé de	
proximité	349
Chapitre 2. L’application de politiques de régulation actives aux professionnels de santé : clé d’un	
accès aux soins renouvelé	397
CONCLUSION PARTIE 2.....	445
CONCLUSION GENERALE	447

INTRODUCTION

« Le territoire est une notion clé de toute organisation humaine. Peut-être même est-il lié, plus largement, aux formes de vie animale supérieure : les mammifères délimitent un territoire qu'ils défendent contre leurs congénères qui y pénètrent. À partir du moment où il a cessé d'être un nomade vivant de la cueillette et de la chasse et où il s'est sédentarisé, l'homme a cherché à fixer un territoire, condition de l'existence et de la perpétuation du groupe. À plus forte raison en a-t-il été ainsi lorsque les tribus se sont constituées en nations¹ ».

1. La santé, en ce qu'elle constitue « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité² », est un enjeu primordial au sein des sociétés contemporaines. Il n'est ainsi pas étonnant que la Nation garantisse « notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)»³. Preuve des intérêts en présence, le principe de protection de la santé a été élevé au rang constitutionnel⁴. Il existe par conséquent un lien indéfectible entre la protection de la santé des individus et la Nation qui doit garantir celle-ci, sur l'ensemble de son territoire.

2. Les liens entre Nation, santé et territoire ne sauraient occulter la grande diversité qui règne en la matière. Donnant lieu à des analyses philosophiques, sociologiques, économiques, géographiques ou encore juridiques très différentes, l'action sanitaire implique des modes d'action variables. À cet égard, envisager la politique sanitaire sous le prisme d'un territoire unique relève de l'utopie. Cela reviendrait à considérer que les citoyens, également répartis sur l'ensemble du territoire, connaissent des états de santé égaux ou *a minima* comparables. Au reste, une telle approche consisterait encore à imaginer que l'offre de soins est équitablement répartie sur l'ensemble du territoire de telle manière que l'ensemble des citoyens aient à disposition des ressources sanitaires comparables. Cette vision est malheureusement et relativement facilement écartée. Les citoyens et les professionnels de santé sont distribués sur le territoire de manière inégale. Les zones urbaines sont voisines des périurbaines, lesquelles laissent place aux zones rurales

¹ J.-M. Pontier, « Territorialisation et déterritorialisation de l'action publique », *AJDA*, 1997, n°10, pp. 723-730

² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New-York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946

³ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11

⁴ Sur la question de la constitutionnalité du principe de la protection de la santé, G. Drago, « Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif », *Revue juridique de l'Ouest*, 2015, n°spécial, pp. 17-34 ; J. Moreau, « Le droit à la santé », *AJDA*, 1998, n°HS, pp. 185-190 : « ce que les pouvoirs publics ont la charge d'assumer, ce n'est pas la santé – tâche évidemment impossible, même pour l'Etat-providence ! -, mais la protection de la santé (...) »

avec autant de variations intermédiaires. Ces territoires aux difficultés sanitaires spécifiques ne se limitent plus aux zones rurales, mais sont « *aussi de multiples confettis éparpillés sur le territoire, hameaux, vallées, quartiers parfois (...)*⁵ ». Chacun de ces sous-ensembles du territoire connaît des problématiques sanitaires particulières.

3. Tout au plus, le territoire comme entité singulière peut être entendu comme le périmètre au sein duquel la Nation doit garantir la protection de la santé. La présence sur ce territoire, offre à cet égard certains droits, les citoyens bénéficient sous condition de résidence stable et régulière d'une couverture maladie⁶, et ce, même s'ils se trouvent en situation irrégulière⁷.

Néanmoins, l'appréciation d'un territoire unique si elle permet d'énoncer certains droits se retrouve mise en échec quand il s'agit de les rendre effectifs. Cette vision d'une entité uniforme se heurte à la diversité des territoires et ne permet pas de satisfaire la protection de la santé dans l'ensemble de ses dimensions⁸. Ce principe doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne et il s'avère mis en échec dans divers domaines tels que l'accès aux soins qui représente pourtant « *l'élément essentiel*⁹ » de ce droit. Michel Bélanger note en ce sens que « *c'est l'accès à la santé qui est véritablement un droit. Le droit à la santé est alors « un programme, un objectif*¹⁰ ». On entrevoit différents freins dans l'accès aux soins lesquels sont d'ordre sociaux ou territoriaux. Souvent évoqués sous la dénomination de « *déserts médicaux* », l'expression ne reflète guère la totalité des territoires touchés par les difficultés d'accès aux soins ni la globalité des causes d'une rupture dans l'accès aux soins. Il est ainsi préféré le terme d'inégalités territoriales et sociales, lequel s'avère bien plus malléable face à la multiplication des situations de rupture dans l'accès aux soins. La majorité du temps, les inégalités dans l'accès aux soins sont d'ailleurs issues d'une hybridation entre différents facteurs.

4. Viser à la satisfaction de la protection de la santé nécessite donc d'œuvrer dans différentes directions suivant les difficultés éprouvées par les territoires et ne consiste pas, ou du moins plus,

⁵ I. Poirot-Mazères, « Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux », *Revue générale de droit médical*, n°58, 2016, pp. 77-100

⁶ Article L. 160-1 du Code de la sécurité sociale

⁷ Article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles

⁸ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »

⁹ B. Feuillet, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°4, pp. 713-731

¹⁰ M. Bélanger, « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, 1998, vol. 9, numéro 3, p. 59

à repeupler seulement médicalement les zones rurales. Une appréciation globale du territoire ne peut ambitionner de résoudre les problématiques rencontrées par le système de santé, il convient de raisonner par l'appréhension des territoires, dans leur grande diversité. Marie-Laure Moquet-Anger relève à cet égard que l'on « *peut aisément convenir qu'il existe au moins deux grandes catégories de territoires de santé : un territoire national relevant de la compétence du ministre de la Santé et des territoires infranationaux relevant des ARS*¹¹ ». Cette analyse met en avant, un territoire français au sein duquel la nation garantit la protection de la santé et des territoires infranationaux définis et relevant des ARS qui peuvent être des territoires d'analyse ou d'action.

5. Cette protection de la santé justifie l'intervention publique dont « *les formes et l'intensité (...) ont subi de nombreuses variations dans le temps*¹² » et nécessite l'action coordonnée des acteurs du système de santé dont « *chacun porte une part de responsabilité dans la mise en œuvre de ces principes*¹³ ». Le système de santé s'entend de l'ensemble des professionnels de santé, des établissements publics et privés, des réseaux de santé, des organismes d'assurance maladie ainsi que tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, des autorités sanitaires et des usagers¹⁴. L'action en faveur d'une protection de la santé constitue une action d'intérêt général¹⁵. Les acteurs du système de santé ont une responsabilité envers les usagers¹⁶ et la protection de leur santé, mais on ne saurait négliger la responsabilité économique qui résulte d'un engagement financier considérable¹⁷ et croissant¹⁸ en matière sanitaire.

Le système de santé est chargé de rendre effectifs les droits et objectifs de la politique de santé, l'ensemble de ses acteurs sont ainsi garants de l'accès aux soins aux côtés de l'Etat qui est en première ligne¹⁹. Malgré la responsabilité qui pèse sur les acteurs du système de santé envers les usagers, cette organisation apparaît frappée de cloisonnements qui ne permettent pas de rendre effective la protection de la santé. Ces cloisonnements sont *a minima* triples, ville/hôpital,

¹¹ M.-L. Moquet-Anger, *Droit hospitalier*, LGDJ, Manuel, 5^{ème} édition, 2018, p. 73

¹² J.-M. Auby, « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA*, 1995, n°9, pp. 588-591

¹³ L. Dubouis, « Propos introductifs sur l'accès aux soins », in I. Poirot-Mazères (Dir.), *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Actes de colloques de l'IFR, n°8, 2010, pp. 15-21

¹⁴ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique

¹⁵ Conseil constitutionnel, Décision n°90-283 DC du 8 janvier 1991, *Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*

¹⁶ Bien que le terme d'usager revête une coloration juridique particulière et devrait se limiter aux rapports entre un patient et un établissement du service public hospitalier (M.-L. Moquet-Anger, « Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? », *Revue générale de droit médical*, n°12, 2004, pp. 43-52), l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique retient que « (...) les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »

¹⁷ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, PUF, Thémis Droit, 3^{ème} édition, 2012, p. 1

¹⁸ DREES, « Les dépenses de santé depuis 1950 », *Etudes et résultats*, Juillet 2017, n°1017, 6 p.

¹⁹ X. Bioy, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental », in I. Poirot-Mazères (Dir.), *L'accès aux soins. Principes et réalité*, Actes de colloques de l'IFR, 2010, pp. 37-71

public/privé, sanitaire/médico-social. Néanmoins, le « *mur de verre*²⁰ » selon l'expression de Jean-Louis Romanens se situe principalement entre le service public hospitalier et l'exercice libéral de la médecine ce qui constitue un frein à l'unité indispensable²¹ au système de santé pour assurer une protection efficace de la santé des usagers.

6. La construction d'une identité libérale de la médecine trouve son fondement dans l'œuvre révolutionnaire laquelle rend l'exercice des professions médicales libre²². L'épisode révolutionnaire va encore permettre la naissance des officiers de santé²³, qui constituaient le premier grade de la profession médicale visant notamment « *à permettre de répondre, au moins temporairement, aux besoins médicaux des campagnes qui ne pouvaient être couverts par les docteurs en médecine, en nombre insuffisant*²⁴ ». Cette formule permet de constater que la problématique d'une couverture médicale du territoire rationnelle traverse les siècles bien que les facteurs participant à ces déséquilibres soient bien différents. La création des officiers de santé, ainsi que la crainte de la mise en œuvre d'une administration sanitaire va constituer le terreau sur lequel s'est développée l'identité libérale de la médecine. Il faudra plus de cent ans pour que soit aboli l'officiat de santé²⁵ que « *rien n'avait pu relever de sa déconsidération originelle*²⁶ ». Le développement des sociétés de secours mutuels au cours de la première moitié du XIXe siècle²⁷ et, plus tard, la mise en œuvre des assurances sociales viendront renforcer le développement de cet ADN libéral de la médecine qui se concrétise par la rédaction de la charte de la médecine de 1927²⁸ laquelle énonce les libertés médicales au profit des professionnels de santé. Ces événements ont participé à nourrir la complexité des relations qu'ils entretiennent avec l'assurance maladie et les pouvoirs publics²⁹ et contribuent à accentuer les difficultés rencontrées par le système de santé.

²⁰ J.-L. Romanens, « Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre », *Revue droit et santé*, 2016, n°2, pp. 72-83

²¹ J. Saison, « « Ma santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 25-34

²² Décret d'Allarde du 2 mars 1791 : « il sera libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon »

²³ Décret des 28 juin et 8 juillet 1793 relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents

²⁴ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », *Droit social*, 2009, n°4, pp. 383-393

²⁵ Loi du 30 novembre 1892 dite Loi Chevandier

²⁶ Dr Chevandier, « Lettre-Préface », in R. Roland, « Les médecins et la loi du 30 novembre 1892 », *Des lois nouvelles*, 1893, p. III

²⁷ J.-F. Chadelat, « Histoire des complémentaires maladie », *Regards*, 2016/1, n°49, pp. 35-44

²⁸ Charte médicale adoptée par le Congrès des syndicats médicaux le 30 novembre 1927

²⁹ P. Hassenteufel, « Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale », *Les tribunes de la santé*, 2019/1, n°59, pp. 21-33 ; P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, Coll. Académique, 1997, 397 p. ;

7. Forts de ces développements liminaires, la protection de la santé constitue le fondement de l'intervention publique. Les défis offerts relèvent tant de la capacité de pilotage du système de santé que dans la possibilité d'une structuration de l'offre sanitaire et médico-sociale au sein d'un véritable service public de santé susceptible de satisfaire les besoins de santé sur l'ensemble des territoires dans une logique de proximité. La protection de la santé s'est ainsi développée dans un double mouvement paradoxal d'appréhension territoriale de la santé (Section 1) et d'une tentative de structuration progressive de l'offre de soins sous la forme d'un service public national (Section 2).

Section 1. La relation entre la santé et les territoires

8. Confronté à des inégalités croissantes et au devoir d'une maîtrise des dépenses de santé, le système de santé a de manière de plus en plus fréquente lié santé et territoires, jusqu'à constituer aujourd'hui un couple indissociable. Le territoire apparaît ici équivoque, utilisé tantôt comme critère de délimitation d'une zone géographique d'action ou d'analyse, tantôt comme outil d'attribution de compétences sanitaires. Face à ces enjeux, les collectivités territoriales sont historiquement apparues comme susceptibles de satisfaire certaines compétences sanitaires allant jusqu'à laisser planer le spectre d'une décentralisation sanitaire (Paragraphe 1). L'État est par la suite intervenu dans une tentative de structuration du système de santé, les territoires en matière sanitaire ont eu tendance à se multiplier jusqu'à constituer un véritable puzzle sanitaire, lequel ne permet pas de rendre compte ni de lutter efficacement des problématiques rencontrées par les usagers (Paragraphe 2), l'ambition louable d'une action plus conforme et proche des problématiques rencontrées par les usagers, a poussé les pouvoirs publics à agir dans le sens d'une territorialisation de l'action sanitaire dont les effets apparaissent contrastés (Paragraphe 3).

Paragraphe 1. L'affirmation historique du territoire comme lieu d'exercice des compétences sanitaires

9. Les divisions territoriales classiques de l'État ont été, au cours des siècles, sujettes à une participation aux actions dans le domaine sanitaire. Jean-Michel Lemoyne De Forges retient ainsi que leur rôle est plus ancien que celui de l'État et, « *il a longtemps été considéré comme plus naturel, au nom d'un principe de subsidiarité implicite*³⁰ ». Le rôle historique des communes en matière sanitaire est en ce

³⁰ J.-M. Lemoyne De Forges, « Collectivités locales et protection de la santé publique », in J. Petit (Dir.), *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau*, Economica, 2002, pp. 253-261

sens incontestable. Après la Révolution, et « *l'affirmation par celle-ci des devoirs de l'État, avec des proclamations qui ne sont guère suivies d'effets, les communes interviennent de manière assez désordonnée*³¹ ». Dès 1790, la loi prévoit la compétence des corps municipaux dans le « *soin de prévenir par des précautions convenables, et celui de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux tels que les incendies, les épidémies, les épi-zooties (...)*³² ». Il s'agit ici plus de satisfaire à une préoccupation de police sanitaire protectrice de l'ordre public que d'organiser une réponse à un impératif sanitaire. Pour autant, ces actions marquent de manière précoce l'appréhension par les collectivités du territoire et de ses réalités en matière sanitaire.

10. La place des communes a par la suite été mise en avant par la loi du 16 vendémiaire an V, en matière hospitalière³³, cette loi prévoit que chaque administration municipale connaît de la surveillance des hospices civils établis dans son arrondissement, ce rôle sera renforcé par la suite par le positionnement du maire comme président de la commission de l'établissement, qui deviendra par la suite le conseil d'administration³⁴. Cette position du maire en tant que président du conseil d'administration sera d'ailleurs conservée jusqu'en 2009³⁵.

11. L'apparition du courant hygiéniste au cours du XIXe siècle³⁶ confirme cet attrait pour le territoire comme en atteste, la loi sur les logements insalubres qui consacre les compétences du maire en la matière³⁷. Cette prérogative exclusive et facultative du maire n'a d'ailleurs pas manqué d'être critiquée³⁸. Plus tard, la loi sur la protection de la santé publique de 1902³⁹ met une nouvelle fois le maire en avant, l'action de l'État étant limitée à une action préfectorale en cas de carence de la commune.

³¹ J.-M. Pontier, « La santé, entre centralisation et décentralisation », art. cit., pp. 669-680

³² Loi des 16 et 24 août 1790 relative à l'organisation judiciaire

³³ Loi du 16 Vendémiaire an V, 7 octobre 1796, Loi qui conserve les hospices civils dans la jouissance de leurs biens, et règle la manière dont ils seront administrés, n°753

³⁴ D. Stringre, *Le service public hospitalier*, PUF, Que sais-je ?, 2016, p. 57

³⁵ J. De Kervasdoué, « Réformes de l'hôpital : quo vadis ? », *Regards croisés sur l'économie*, 2009/1, n°5, pp. 171-177 note que cette loi scelle la mainmise de l'État sur les hôpitaux publics

³⁶ V.-P. Comiti, « Eléments d'histoire de la santé publique en France », in F. Bourdillon, G. Brücker, D. Tabuteau (Dir.), *Traité de santé publique*, Flammarion, Médecine – Sciences, 2007, p. 6 ; L. Chambaud, « De l'hygiène publique à la promotion de la santé », *Les cahiers de l'IAU idF*, n°170-171, 2014, p. 19

³⁷ Loi du 13 avril 1850 relative aux logements insalubres

³⁸ F. Sanlaville, « Les logements insalubres et la loi du 13 avril 1850 », *Revue générale d'administration*, 1897, p. 11 « La loi a essentiellement le caractère municipal. En effet, c'est le conseil municipal qui, seul, a le droit de provoquer la mise en pratique de la loi sur les logements insalubres de la commune. Cette très grande latitude a été reprochée avec raison, car, il faut le reconnaître, du moment où l'application d'une législation n'est que facultative, il arrive trop souvent qu'elle tombe en désuétude »

³⁹ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, JO du 19 février 1902

Les communes sont encore intervenues sous l'influence du socialisme municipal envers laquelle une partie de la doctrine s'est avérée très critique⁴⁰. Ces communes ont cherché à pallier les carences de l'initiative privée en matière sanitaire. Cet investissement des communes a été l'occasion pour le Conseil d'État de retenir que « *les conseils municipaux peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, intervenir, pour procurer des soins médicaux aux habitants qui en sont privés*⁴¹ », cette possibilité a par suite été reconnue en matière d'hygiène⁴², puis à nouveau concernant des besoins sanitaires⁴³. L'élaboration du socialisme municipal « *aboutit à la prise en charge par les collectivités locales dans la gestion d'une série de services de proximité*⁴⁴ ». Le développement des centres de santé⁴⁵ dont une grande partie est gérée par des municipalités tout autant que la participation des collectivités à différentes subventions visant à rétablir l'accès aux soins⁴⁶ entretient ce courant interventionniste qui démontre toute la complexité des pouvoirs publics à répondre aux difficultés en matière d'accès aux soins.

12. Bien que les collectivités aient, au travers le temps développé certaines compétences en matière sanitaire, l'action a le plus souvent consisté en une réaction à un problème ponctuel qu'à la mise en œuvre d'une véritable gestion sanitaire de proximité. Il est résulté de nombreux dispositifs disparates entre les différentes collectivités ce qui ne permet pas de répondre à l'intérêt général de protection de la santé. Pour autant, certains ont émis la possibilité d'une véritable décentralisation de l'action sanitaire aux mains des collectivités territoriales. Le commissariat général du Plan considérait en 1985 qu'une « *décentralisation du système de santé entendue au sens large comme un transfert de pouvoirs de l'État vers des acteurs locaux (collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, producteurs de soins), peut contribuer à améliorer le fonctionnement du système de santé*⁴⁷ ». Les arguments en faveur d'une telle décentralisation tiennent à la meilleure efficacité dans l'allocation des ressources par une meilleure prise en compte des besoins locaux, une plus grande conscience de la population sur les coûts, une meilleure efficacité productive, par la capacité d'émulation et la comparaison entre les territoires, les capacités d'innovation⁴⁸. Cependant, une décentralisation aux mains des collectivités

⁴⁰ P. Mimin, *Le socialisme municipal. Etude de droit administratif sur la jurisprudence du Conseil d'Etat*, Thèse de Droit public, Université de Paris, 1911, p. 136 : « le socialisme municipal, enrayé chez nous par le Conseil d'Etat, est une lèpre dont la contagion se répand ailleurs avec une rapidité effrayante »

⁴¹ Conseil d'Etat, 29 mars 1901, Casanova, n°94580

⁴² Conseil d'Etat, Ass., 12 juillet 1939, Chambre syndicale des maîtres-buandiers de Saint-Etienne, Rec. p. 478

⁴³ Conseil d'Etat, Sect., 20 novembre 1964, Ville de Nanterre, n°57435, Rec. p. 562

⁴⁴ J. Chevallier, « Le service public : regards sur une évolution », *AJDA*, 1997, n°HS, pp. 8-15

⁴⁵ Article L. 6323-1 du Code de la santé publique

⁴⁶ J.-M. Pastor, « L'implication des collectivités territoriales dans l'offre de soins », *AJDA*, 2007, p. 1961

⁴⁷ Commissariat général du Plan, *Une décentralisation du système de santé*, La documentation Française, 1985, p. 69

⁴⁸ D. Polton, « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage institutionnel », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004/4, pp. 267-299

laisse courir le risque d'une accentuation des inégalités entre les territoires⁴⁹. La difficulté à mettre en œuvre des mécanismes de péréquations financières propres à réduire les inégalités entre les collectivités dans leurs domaines de compétence confirme toute la complexité qui serait celle d'une véritable décentralisation du sanitaire.

13. Si le domaine sanitaire n'a pas été exclu du mouvement décentralisateur, les compétences qui ont été transférées aux collectivités territoriales dans le domaine sanitaire restent maigres. On retiendra par exemple qu'au terme de l'article 59 de la loi du 2 mars 1982, le conseil régional a « *compétence pour promouvoir le développement « économique, social, sanitaire, culturel et scientifique*⁵⁰ », malgré cette pétition de principe, la région n'exerce pas de compétences sanitaires propres⁵¹. Les départements apparaissent comme les principaux bénéficiaires des lois de décentralisation dont la compétence s'élargit notamment à la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, à la lutte contre les fléaux sociaux, au dépistage précoce des affections cancéreuses⁵².

14. Bien que d'apparition plus récente, la région, est devenue au cours des dernières décennies un territoire clé de l'action sanitaire⁵³. Toutefois, « *le consensus dissimule mal des désaccords importants sur les modalités précises de la régionalisation*⁵⁴ ». L'affirmation du territoire régional en matière sanitaire ne procède pas d'un phénomène de décentralisation, mais d'une déconcentration des pouvoirs d'État au niveau régional⁵⁵, la pertinence de ce territoire en matière d'action sanitaire aboutira à la création des agences régionales de l'hospitalisation en 1996⁵⁶ qui apparaissent pour certains comme un « *éclatement de l'État*⁵⁷ », puis des agences régionales de santé en 2009⁵⁸ qui préfiguraient dès 1993

⁴⁹ D. Polton, « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », *Bulletin d'information en économie de la santé*, Questions d'économie de la santé, n°72, Octobre 2003, p. 7

⁵⁰ Article 59 de la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, JO du 3 mars 1982, p. 740

⁵¹ T. de Berranger, « Les compétences des régions en matière de santé dans les quinze Etats membres de l'Union Européenne », *Revue de droit sanitaire et social*, 1996, n°2, pp. 249-274

⁵² J.-M. Pontier, « La santé, entre centralisation et décentralisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°4, pp. 669-680 ; D. Tabuteau, « La régionalisation du système de santé en questions », *Droit social*, 2002, n°7-8, pp. 745-747

⁵³ P. Ligneau, « Les régions, nouveaux acteurs dans le secteur social et la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 1996, n°3, pp. 485-502

⁵⁴ N. Martin-Papineau, « Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, n°2, pp. 253-265

⁵⁵ D. Tabuteau, « Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! », *Santé publique*, 2010/1, Vol. 22, pp. 78-90

⁵⁶ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996, p. 6324

⁵⁷ M. Ghebali-Bailly, « Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'Etat éclaté », *Revue de droit sanitaire et social*, 1997, n°3, pp. 571-588

⁵⁸ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184

dans le rapport de Raymond Soubie, « *Santé 2010*⁵⁹ ». La région en tant que collectivité territoriale ne s'inscrit ainsi qu'à la marge en matière sanitaire par le biais de compétences résiduelles ou d'association ce qui laisse l'impression d'une « *régionalisation sans la région*⁶⁰ ».

15. Le recours aux territoires tels que définis par les limites des collectivités territoriales ne renseigne aucunement sur la réalité d'une problématique sanitaire. La présence d'inégalités dans l'accès aux soins ne saurait se circonscrire à l'échelon d'une commune, d'un département ou d'une région. Les zones touchées sont disparates et ne se cantonnent que rarement au territoire d'une seule collectivité territoriale. L'impossibilité de faire coïncider les territoires où se manifestent de manière non uniforme des difficultés dans l'accès aux soins ou plus largement la protection de la santé avec les territoires des collectivités locales classiques nous incite au choix du terme de proximité. Isabelle Poirot-Mazères retient à cet égard que « *c'est par la proximité que l'on garantit l'accessibilité*⁶¹ ». Cette formule permet d'outre passer les découpages territoriaux traditionnels et de s'inscrire dans une logique de satisfaction des besoins des citoyens en matière de santé. Le service public de santé de proximité vise à établir un nouvel équilibre dans la participation des collectivités territoriales au système de santé. Ces dernières ont un rôle fondamental en tant qu'acteurs de proximité, une connaissance importante des territoires et leurs compétences propres sont susceptibles de s'inscrire en renfort des compétences sanitaires.

16. L'attribution de minces compétences de manière désordonnée aux collectivités territoriales n'a pas permis de développer une véritable décentralisation territoriale sanitaire. Au contraire, la question de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie a poussé l'État à renforcer sa présence en matière sanitaire et à devenir « *le principal acteur de la régulation du système*⁶² ».

Paragraphe 2. Le recours aux territoires, une logique d'action publique appliquée au domaine sanitaire

⁵⁹ Commissariat général du Plan, Groupe « Prospective du système de santé » présidé par R. Soubie, *Santé 2010*, La documentation Française, 1993, p. 79

⁶⁰ M.-L. Moquet-Anger, « La régionalisation du système de santé », in J. Petit (Dir.), *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau*, Economica, 2002, pp. 313-323

⁶¹ I. Poirot-Mazères, « Territorialisation et accessibilité des soins », in C. Castaing, *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude du 22 novembre 2011, Les études hospitalières, pp. 130-152

⁶² D. Tabuteau, « Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! », art. cit., pp. 78-90

17. Les territoires en matière sanitaire ont eu tendance à se multiplier. Il est d'abord le lieu sur lequel l'autorité souveraine de l'État s'exerce sur une population, mais il est aussi porteur de garanties, le droit à la protection de la santé est ainsi dû sur l'ensemble du territoire. Ce territoire national apparaît cependant fractionnable, « *en fonction d'impératifs politiques, économiques, administratifs ou sociaux extrêmement divers. C'est une opération qui ne comporte pas de limites, tout au moins pas de limites autres qu'une certaine rationalité (...). La richesse du vocabulaire est considérable et ne fait que traduire la variété des découpages territoriaux possibles. Chacune de ces portions de territoire est le siège de compétences exercées par l'État, par d'autres collectivités publiques ou par des organismes de statuts divers contrôlés par ces collectivités (...)* »⁶³. Ces découpages qui abondent n'ont pas manqué de faire réagir la doctrine, évoqués par certains comme étant des « *espaces d'action* »⁶⁴ permettant l'application de politiques sectorielles, tandis que d'autres se sont avérés plus critiques et voient dans ce phénomène une « *déterritorialisation* » qui risque de réduire l'importance des territoires classiques, voire même de les rendre inutiles⁶⁵.

18. Le domaine de la santé, tout comme celui de l'urbanisme ou encore de l'aménagement du territoire n'a pas fait l'économie du recours aux territoires. En puisant dans le champ lexical du territoire, il a fait émerger des strates, zones, bassins de vie ou encore des secteurs.

L'utilisation des territoires en tant que circonscriptions d'analyses, de réflexions sur les problématiques sanitaires⁶⁶ s'avère relativement récente. La carte sanitaire introduite en 1970⁶⁷ constitue le premier⁶⁸ document de planification hospitalière permettant un maillage du territoire par un réseau hospitalier dense⁶⁹. Dès lors, les territoires et documents territoriaux relatifs au domaine sanitaire vont se multiplier. On voit successivement apparaître des schémas régionaux d'organisation sanitaire⁷⁰ ou encore des territoires de santé⁷¹. De manière plus contemporaine, une recherche par occurrence au sein du code de la santé publique nous permet d'apprécier

⁶³ Y. Madiot, « Vers une « territorialisation » du droit », *RFDA*, 1995, n°5, pp. 946-960

⁶⁴ J.-L. Marx, *Les territoires de l'Etat*, PUF, Que sais-je ?, 1997, p. 106

⁶⁵ J.-M. Pontier, « Territorialisation et déterritorialisation de l'action publique », *AJDA*, 1997, n°10, pp. 723-730

⁶⁶ D. Tabuteau, « Politiques de santé et territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 7-15, distingue le territoire comme aire géographique ou comme répartition des compétences d'action sanitaire. La notion de territoire définit une « circonscription pour l'analyse des « besoins de santé », concept flou et controversé, mais aussi de l'offre sanitaire (professionnels de santé, établissements, équipements, conditions d'accès...). Elle caractérise également un niveau de pilotage des politiques de santé »

⁶⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971 p. 65

⁶⁸ A. Lami, V. Vioujas, *Droit hospitalier*, Bruylant, Coll. Paradigme, 2018, p. 102, les auteurs relèvent l'existence d'un plan d'équipement hospitalier par région envisagé par décret du 17 avril 1943 mais le système est alors caractérisé par une relative anarchie et de fortes disparités

⁶⁹ D. Tabuteau, « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2, n°109, pp. 6-15

⁷⁰ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991 p. 10255

⁷¹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

l'importance du territoire qui est entendu de manière variable. Il peut s'agir du territoire français⁷², des groupements hospitaliers de territoire⁷³, des territoires et conseils territoriaux de santé⁷⁴, des communautés professionnelles territoriales de santé⁷⁵. La multiplication de ces territoires aux échelles différentes nous démontre que celui-ci apparaît en matière sanitaire vaste et insaisissable et participe de l'illisibilité du système de santé. Pour réutiliser les mots de Claude Evin, le foisonnement des périmètres territoriaux, des contrats territoriaux et des diverses organisations territoriales suivant les offreurs constitue un véritable « *mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence*⁷⁶ ». Il arrive que des territoires d'action ou d'analyse se superposent avec les territoires des collectivités territoriales, c'est le cas des schémas régionaux de santé. Mais ils peuvent aussi s'inscrire sur des échelons inférieurs ou supérieurs aux collectivités territoriales classiques, les territoires de démocratie sanitaire sont définis à l'échelle infrarégionale, de manière à ce que leur cumul couvre l'intégralité du territoire régional⁷⁷. Au reste, l'usage de la notion de territoire dans le domaine sanitaire échappe à la stricte logique territoriale envisagée en matière de collectivités territoriales.

19. Cette appétence du législateur pour le territoire en matière sanitaire s'est accentuée en 2009 avec la bien nommée loi « *Hôpital, patients, santé, territoires* »⁷⁸. Les territoires apparaissent ici, « *au cœur de la réforme*⁷⁹ » laquelle introduit les Agences régionales de santé chargées de « *renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé*⁸⁰ ». Il s'agit désormais de décliner la politique nationale au niveau territorial dans un phénomène dit de territorialisation⁸¹ censé permettre une appréciation territoriale différenciée au service de l'accès aux soins.

Paragraphe 3. L'insaisissable notion de territorialisation

20. Le processus de territorialisation sanitaire en France est le fruit d'une longue maturation idéologique qui relève plus largement d'une appréhension de la région comme « *cheval de Troie du*

⁷² Article L. 4051-1 du Code de la santé publique sur l'accompagnement des délégations sportives étrangères sur le territoire français

⁷³ Articles L. 6132-1 à L. 6132-7 du Code de la santé publique

⁷⁴ Articles L. 1434-9 à L. 1434-11 du Code de la santé publique

⁷⁵ Articles L. 1434-12 à L. 1434-13 du Code de la santé publique

⁷⁶ C. Evin, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°1, pp. 107-118

⁷⁷ Article L. 1434-9 du Code de la santé publique

⁷⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 p. 12184

⁷⁹ E. Vignerot, « Les territoires au cœur de la réforme », *Revue droit et santé*, 2008, n°26, pp. 688-694

⁸⁰ Exposé des motifs 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, article 26

⁸¹ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Mémentos, 9^{ème} édition, 2016, p. 74

*pouvoir d'État*⁸² ». Cette évolution comprend trois phases principales que sont l'apparition des schémas régionaux d'organisation des soins⁸³, la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation⁸⁴ sous la forme de groupements d'intérêt public⁸⁵, et enfin l'apparition des agences régionales de santé⁸⁶. L'idée de territorialisation correspond à une « *approche des politiques publiques qui met en valeur les spécificités et les ressources de chaque territoire*⁸⁷ ».

21. La territorialisation en santé, bien qu'elle comporte de nombreuses ambiguïtés et zones d'ombre⁸⁸, peut s'observer dans deux mouvements distincts relevés par la doctrine⁸⁹. Le premier est la mise en œuvre d'une différenciation territoriale des politiques de santé laquelle est justifiée par l'existence de situations disparates sur l'ensemble du territoire qui justifient une application différenciée. Il s'agit en ce sens d'une réponse locale à des questions nationales qui « *s'inscrit dans un phénomène plus large de régionalisation*⁹⁰ ». La multiplicité des problématiques sur les territoires implique nécessairement une action différenciée pour satisfaire au droit à la protection de la santé. Ce premier mouvement essentiel à la satisfaction de l'intérêt général en implique nécessairement un second relatif à la mise en marche de l'action publique en vue de cette territorialisation. On est alors amenés à se questionner sur le mode d'intervention induit par une telle territorialisation qui se manifeste en France par l'introduction des agences régionales de santé. La densité de la production doctrinale sur le sujet atteste de la difficulté à saisir l'application de cette notion au domaine sanitaire.

22. À cette approche primaire de la territorialisation, ainsi que par le statut d'établissement public de l'ARS, on pourrait penser qu'elle revête la forme d'une décentralisation comme « *écran naturel*⁹¹ ». Or, l'étude de cette dernière dans le domaine sanitaire nous amène à penser que la

⁸² D. Tabuteau, « Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! », art. cit., pp. 78-90

⁸³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF, n°179 du 2 août 1991

⁸⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF, n°98 du 25 avril 1996, p. 6324

⁸⁵ A. Desportes-Davonneau, « Le statut des ARH : des GIP », *Actualité et dossier en santé publique*, n°37, 2001, p. 23

⁸⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184

⁸⁷ C. Castaing, « Propos introductifs », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Les études hospitalières, 2012, Actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011 par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'Etat de l'université Montesquieu-Bordeaux IV, p. 11,

⁸⁸ J. Moreau, « Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 16-27 ; J.-F. Brisson, « Les finances publiques : quelle place pour demain ? », *Revue Française des Finances Publiques*, n°129, 2015, pp. 3-14

⁸⁹ J.-B. Auby, « Territorialisation : le cas de la santé », *Droit administratif*, 2012, n°1, repère 1 ; I. Muller-Quoy, « Les articulations entre territorialisation et proximité », in P.-Y. Chicot, *Décentralisation et proximité*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2013, pp. 17-28 distingue la territorialisation des services de la territorialisation des politiques publiques

⁹⁰ C. Castaing, « Propos introductifs », art. cit., pp. 9-16

⁹¹ I. Muller-Quoy, « Les articulations entre territorialisation et proximité », art. cit., pp. 17-28

territorialisation relève d'une évolution des processus classiques, tantôt considérée comme une recentralisation par l'utilisation de relais locaux⁹², on peut encore retenir qu'elle constitue une déterritorialisation en ce qu'elle sert uniquement à limiter le cadre d'une activité, à assurer la cohérence d'une intervention⁹³, ou d'une hybridation entre décentralisation fonctionnelle et déconcentration⁹⁴. Le système malgré les intentions dissimule mal « *un outil d'affirmation de l'autorité de l'État*⁹⁵ » dans un « *aménagement de la déconcentration*⁹⁶ ». Poussant l'idée encore plus loin, Jean-François Brisson décèle dans certaines formes de territorialisation un « *contexte de compression des finances publiques et servent à justifier la rationalisation de coûts et la limitation de l'offre de services publics au nom d'une gestion efficace de la dépense publique*⁹⁷ », les ARS n'apparaissant alors non pas pour valoriser une quelconque dimension de proximité susceptible d'être un facteur d'amélioration de la protection de la santé, mais pour redéployer autrement la dimension nationale. La territorialisation agit du haut par le biais de l'Etat, vers le territoire qui est un support et non pas du bas, du territoire objet, vers le haut⁹⁸.

23. Il s'agit dès lors de prendre acte des difficultés éprouvées au niveau des échelons de proximité afin de mettre en œuvre une véritable politique différenciée. Pour autant, pour « *assurer l'égalité de tous en matière de soins, particulièrement la qualité et la sécurité des prestations, il importe de définir des exigences nationales et d'en assurer le contrôle par la mise en œuvre de procédures identiques sur l'ensemble du territoire national*⁹⁹ ». Par le biais du service public de santé de proximité, il importe de redéfinir les équilibres entre le pouvoir central et les agences régionales de santé. Ce rééquilibrage doit permettre d'agir selon les problématiques de proximité dans un cadre global défini nationalement et non seulement d'opérer comme relais d'une politique nationale.

⁹² J. Le-Menn, A. Milon, *Rapport d'information sur les agences régionales de santé*, Rapport du Sénat, 26 février 2014, n°400, p. 21

⁹³ J.-M. Pontier, « Territorialisation et déterritorialisation de l'action publique », art. cit., pp. 723-731 ; I. Muller-Quoy, « Les articulations entre territorialisation et proximité », art. cit., pp. 17-28 ;

⁹⁴ J.-M. Pontier, « La santé, entre centralisation et décentralisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°4, pp. 669-680

⁹⁵ C. Castaing, « Propos introductifs », art. cit., pp. 9-16

⁹⁶ M.-L. Moquet-Anger, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », *JCP A*, n°39, 2009, 2224

⁹⁷ J.-F. Brisson, « Les finances publiques : quelle place pour demain ? », *Revue Française des Finances Publiques*, n°129, 2015, pp. 3-14

⁹⁸ P. Combeau, « Territorialisation de la politique de santé en France », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, LEH Edition, 2012, Actes et séminaires, pp. 35-44a

⁹⁹ M.-L. Moquet-Anger, « Territoires de santé et égalité des citoyens », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 116

24. En outre, l'efficacité du système de santé nécessite une restructuration de l'offre de soins sur le territoire qui passe par la réalisation d'un véritable service public unifié au service de la protection de la santé des usagers.

Section 2. La relation entre la santé et le service public

25. L'apparition progressive des assurances sociales, la nécessité d'une maîtrise de la planification hospitalière et, par la suite l'apparition de crises sanitaires vont participer à légitimer l'intervention progressive de l'État en matière sanitaire qui devient l'acteur principal de la régulation du service public de santé (Paragraphe 1). L'intervention de l'État s'est avérée incapable de contenir l'éclatement des services publics sanitaires ce qui cause de nombreuses problématiques en matière d'accès et de continuité des soins (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. L'émergence du service public en matière sanitaire

26. Bien que le service public de santé ne soit nommé directement par les textes, la volonté de structuration du système de santé par l'État dans un but de protection de la santé laisse à penser que l'on assiste en toile de fond à l'apparition d'un tel service public sanitaire. L'administration est fondée à créer un service public, et ce, même dans le silence des textes¹⁰⁰. La notion de service public est forte de sens en ce qu'elle porte une activité d'intérêt général au service des usagers. Cet intérêt général « regardé à bon droit comme la pierre angulaire de l'action publique dont il détermine la finalité et fonde la légitimité¹⁰¹ » se transcrit en matière sanitaire. La protection de la santé, garantie par le Préambule de la Constitution de 1946 fonde de manière irréversible la nécessité d'une intervention publique afin de satisfaire à l'intérêt général. Néanmoins, le couple formé entre la santé et le service public ou du moins d'un intérêt collectif à la protection de celle-ci s'avère plus ancien. La constitution de 1791 émet les prémices d'un devoir d'assistance par la création d'un établissement général de secours publics¹⁰². Par suite, comme Michel Borgetto note que les débuts de la 3^e République ont consacré l'obligation de la société en matière d'assistance notamment la loi du 15

¹⁰⁰ N. Foulquier, « Le service public », in P. Gonod, F. Melleray, P. Yolka (Dir.), *Traité de droit administratif*, T. 2, Dalloz, Traité Dalloz, 2011, p. 53

¹⁰¹ Conseil d'État, *L'intérêt général*, Rapport public 1999, Etudes et documents, n°50, 1999, La documentation Française, p. 245

¹⁰² Constitution du 3 septembre 1791

juillet 1893¹⁰³ qui organise « *un service public d'assistance médicale gratuite et obligatoire au profit des plus démunis*¹⁰⁴ ».

27. On relève la trace d'un service public en matière sanitaire dans la jurisprudence du Conseil d'État dès 1957¹⁰⁵, par les affaires Chilloux et Isaad Slimane¹⁰⁶, avant que le Tribunal des conflits mette en avant la mission de service public accomplie par les centres de lutte contre le cancer¹⁰⁷. Cette reconnaissance balbutiante d'un service public trouve un écho positif dans la mise en œuvre progressive des assurances sociales dès 1928 et la création de la sécurité sociale en 1945 laquelle revêt un caractère de service public, même si comme le remarque à juste titre Didier Tabuteau l'expression de service public de la sécurité sociale reste rare dans les textes¹⁰⁸.

28. Cette époque voit émerger les débuts de la planification sanitaire dès 1958¹⁰⁹ qui donnent au ministre de la Santé publique compétence pour assurer la coordination de l'ensemble des établissements de soins portant hospitalisation, et ce, quel que soit leur statut. L'ordonnance impose en outre, une obligation de déclaration pour toute création d'établissement privé¹¹⁰. Par suite, dans un dessein de réponse optimale, juste et égalitaire à la demande de soins¹¹¹ le législateur a érigé l'activité hospitalière en véritable service public hospitalier¹¹².

29. Si l'activité des établissements de santé est fortement régulée par les pouvoirs publics, la situation est toute autre concernant la médecine de proximité ce qui apparaît paradoxal pour une médecine censée constituer le point de contact entre le patient et le système de santé. Le lien entre les professionnels libéraux et le service public est ici bien plus distendu. Bien que ces professionnels assurent une activité de soins en vue de garantir la protection de la santé des citoyens, leur

¹⁰³ Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, JORF du 18 juillet 1893

¹⁰⁴ M. Borgetto, « Service public et santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 3-4

¹⁰⁵ J.-M. Pontier, « La santé, entre centralisation et décentralisation », art. cit., pp. 669-680

¹⁰⁶ Tribunal des Conflits, 25 mars 1957, Chilloux et Isaad Slimane, Rec. p. 710

¹⁰⁷ Tribunal des Conflits, 20 novembre 1961, Centre de lutte contre le cancer « Eugène Marquis »

¹⁰⁸ D. Tabuteau, « Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 5-20, l'expression de service public de la sécurité sociale n'est relevée qu'une fois au sein du code de la sécurité sociale à l'article L. 114-23 issu de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale

¹⁰⁹ Ordonnance n°58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation, JO du 12 novembre 1958, p. 11170

¹¹⁰ R. Holcman, « La planification hospitalière », in R. Holcman (Dir.), *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, 2015, p. 56

¹¹¹ D. Stingre, *Le service public hospitalier*, PUF, Que sais-je ?, 2016, pp. 3-4, l'auteur compare les motivations de la loi de modernisation du système de santé de 2016 et l'introduction en 1970 du service public hospitalier pour conclure que ce sont des desseins quasi semblables liés à la nécessité d'une « réponse optimale, juste et égalitaire à la demande de soins par une adaptation, hiérarchisée dans ses interventions, de l'offre » qui ont motivé ces deux interventions

¹¹² Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

participation au système de santé, ne fait, du moins dans les textes pas l'objet d'un service public. Ce dernier se trouve ainsi dans une position paradoxale, il bénéficie d'un « *statut libéral, mais ses revenus sont assurés par l'ensemble de la collectivité, laquelle exerce un droit de regard sur ses revenus*¹¹³ ». Leur engagement envers le système de santé se limite au contenu des conventions médicales conclues entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs et dont l'approbation par arrêté ministériel leur confère une nature réglementaire¹¹⁴. La conclusion des conventions médicales nationales dès 1971¹¹⁵ permet le maintien d'une offre libérale et l'existence d'un service public de l'assurance maladie, dont les intérêts économiques divergent. Il s'agit d'établir un « *compromis voué à lier leurs intérêts respectifs, tout en garantissant un accès aux soins généralisé et équitable pour tous les assurés sociaux*¹¹⁶ ». Ces dernières définissent notamment les tarifs des honoraires ainsi que les engagements individuels et collectifs des professionnels¹¹⁷.

Le médecin généraliste libéral, participe pleinement au système de santé en assurant ses nombreuses missions que sont la contribution à l'offre de soins ambulatoires en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé, l'orientation des patients, la coordination des soins ou encore la participation à la mission de service public de permanence des soins¹¹⁸. Néanmoins, les obligations du médecin se trouvent limitées, il n'est pas tenu à garantir l'égalité dans l'accès aux soins, ce qui permet le maintien de la liberté d'installation des professionnels libéraux ainsi que d'un secteur à honoraires libres, ni non plus au caractère continu de la prise en charge des usagers dans la mesure où les médecins libéraux ne sont plus astreints à la permanence des soins laquelle résulte du volontariat¹¹⁹.

30. La loi HPST, en introduisant les missions de service public en lieu et place du service public hospitalier avait ouvert une brèche entre les deux secteurs en permettant aux maisons, centres et pôles de santé « *d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public*¹²⁰ ». Les délégataires des missions de

¹¹³ A.-L. Samson, « Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire », *Journal d'économie médicale*, 2011/5, Vol. 29, pp. 247-269

¹¹⁴ Cour de cassation, Soc., 18 mai 2000, Bull. Civ. V, n°191

¹¹⁵ Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux, JORF du 6 juillet 1971 p. 6569 ; La notion de conventions médicales est en réalité apparue dès 1918, les premières étant signées en 1945 au niveau départemental, G. Rebecq, « Médecins libéraux : les rapports avec les caisses de sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 45-64

¹¹⁶ G. Huteau, « Déclin ou renouveau des professions de santé dans l'élaboration de la norme de protection sociale », *Droit social*, 2016, n°2, pp. 121-125

¹¹⁷ Article L. 162-14-1 du Code de la sécurité sociale

¹¹⁸ Article L. 4130-1 du Code de la santé publique

¹¹⁹ Article R. 6315-4 du Code de santé publique

¹²⁰ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

service public devaient garantir à tout patient l'égal accès aux soins, la permanence des soins, la prise en charge du patient aux tarifs conventionnels¹²¹. Ces principes permettent de garantir « *les valeurs traditionnelles du service public et l'authenticité du label « service public » de ces missions*¹²² ».

31. Si le procédé d'association d'acteurs privés au service public est largement admis dans de nombreux domaines, les professionnels libéraux ont toujours souhaité s'émanciper d'une telle relation de service public. La miscibilité de l'exercice libéral et du service public ne constitue donc pas une chimère, Jean-Claude Ricci a pu noter à cet égard la prégnance de l'irruption des personnes privées dans la gestion des services publics¹²³. Pour fonctionner, cette relation doit s'appuyer sur des relations conventionnelles refondées, « *le respect de la convention liant contractuellement les médecins libéraux et la sécurité sociale est la condition pour l'intégration de la médecine libérale au service public de santé*¹²⁴ ». L'intérêt général poursuivi par un tel service public consiste en la satisfaction de la protection de la santé due aux citoyens. Cette vision était d'ailleurs mise en avant par le Rapport Devictor lequel envisageait la création d'un service public territorial de santé qui « *promeut les valeurs pour lesquelles les professionnels se mobilisent pour améliorer le service rendu et renvoie à un ensemble d'exigences consensuelles*¹²⁵ ». La proposition ambitieuse, a par la suite été modifiée pour perdre son label de service public et devenir un « *service territorial de santé au public*¹²⁶ » avant de disparaître au cours de son passage au Parlement ce qui atteste de la réticence de voir s'imposer au monde libéral des obligations de service public. L'absence d'un tel service public unitaire, à « *l'âge de la rationalisation de l'offre de soins et de la prise en charge sociale ou médico-sociale*¹²⁷ », seul apte à répondre à l'intérêt général de protection de la santé, apparaît comme un profond paradoxe. Le service public de santé de proximité vise à intégrer l'ensemble des professionnels dans une logique de service public au service de la protection de la santé des usagers dans une logique de responsabilité populationnelle de proximité.

32. L'expression de service public de santé n'apparaît donc en rien abusive, raisonnant autour des missions de service public de la loi de 2009, Didier Truchet retient que ces missions participent

¹²¹ Article L. 6112-3 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹²² D. Truchet, « Du service public hospitalier aux missions de service public en matière de santé », *Revue générale de droit médical*, n°33, 2009, pp. 59-67

¹²³ J.-C. Ricci, *Droit administratif général*, Hachette Livre, Droit, 2016, p. 113

¹²⁴ A. Grimaldi, D. Tabuteau, F. Bourdillon, F. Pierru, O. Lyon-Caen, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, 2011, p. 24

¹²⁵ B. Devictor, « Le service public territorial de santé (SPTS). Le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé, Rapport au ministre des affaires sociales et de la santé, mars 2014, p. 38

¹²⁶ Projet de loi relatif à la santé, Assemblée nationale, n°2302, Article 12

¹²⁷ J. Hardy, « Les systèmes de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°2, pp. 229-238

d'une part, à « *moderniser et à revitaliser le service public, d'autre part, de marquer sa place dans un système de santé qui menaçait de se substituer à lui*¹²⁸ ». Le service public de santé, est une réalité sous-jacente aux lois de santé qui se succèdent dans une « *incessante valse*¹²⁹ » signe de l'inconfort du législateur et de la perfectibilité du système. La loi HPST rappelle à titre introductif que le système de santé français est fondé sur le principe de solidarité et place « *l'accessibilité au premier rang de ses priorités*¹³⁰ », cet objectif figure encore dans la loi de 2016 qui prône une « *refondation nécessaire pour relever les grands enjeux auxquels la politique de santé est confrontée*¹³¹ ». Enfin la loi de santé de 2019, met en avant la « *structuration des soins de proximité et la construction d'un collectif de soins* ».

33. Ce service public repose sur des « *éléments d'interdépendances, indispensables à l'unité et à la cohérence du système et seuls susceptibles de garantir le principe constitutionnel de protection de la santé*¹³² ». Le service public de santé, notamment en ce qu'il garantit la protection de la santé et l'accès aux soins est d'ailleurs préoccupation importante des Français. Ce dernier est apparu à la première place des services publics qu'il est nécessaire de renforcer dans les territoires lors du grand débat national¹³³.

34. Le service public de santé apparaît en mutation permanente depuis de nombreuses décennies, incapable de satisfaire l'intérêt général de protection de la santé qui s'explique par une hétérogénéisation des services publics de santé, et l'incapacité à opérer une structuration globale de l'offre de soins.

Paragraphe 2. L'hétérogénéité des services publics sanitaires comme cause de leur inefficience

35. La notion de service public est ici plurielle, le domaine sanitaire n'est pas avare de recours à la notion, il existe un service public hospitalier¹³⁴, un service public de la sécurité sociale¹³⁵, un

¹²⁸ D. Truchet, « Du service public hospitalier aux missions de service public en matière de santé », art. cit., pp. 59-67

¹²⁹ D. Maillard Desgrées du Loû, « La santé publique, les établissements de santé et les collectivités territoriales : derniers développements », *AJDA*, 2006, n°8, pp. 406-409

¹³⁰ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹³¹ Exposé des motifs de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹³² J. Saison, « « Ma santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 25-35

¹³³ 30,4% des interrogés (contribution spontanée) considèrent que l'accès à la santé constitue un service public qu'il est nécessaire de renforcer, Traitement des données issues du grand débat national « L'organisation de l'Etat et des services publics », Avril 2019, Opinionway, p. 16

¹³⁴ Articles L. 6112-2 et s. du Code de la santé publique

¹³⁵ *supra*, 27

service public d'information en santé¹³⁶, un service public de lutte contre les maladies mentales ou encore une mission de service public de permanence des soins.

Toutes ces situations démontrent l'hétérogénéité d'acteurs et de missions de service public qui troublent son efficacité et sa capacité à satisfaire l'intérêt général de protection de la santé. L'ère du système de santé que Didier Truchet situe à partir de la fin du XXe siècle¹³⁷ implique une approche globale de la part des pouvoirs publics afin de satisfaire aux besoins de santé. Il n'est pas étonnant dans ce sens qu'une partie de la doctrine considère que le système de santé se confond avec service public de santé¹³⁸. Le service public de santé est ainsi à l'image du système de santé en quête d'une structuration permettant que « *chaque patient qui le nécessite puisse disposer, autour du médecin traitant, d'éléments d'infrastructure nécessaires à sa prise en charge à proximité de son domicile*¹³⁹ ». Cette absence de structuration pertinente du service public de santé perturbe la satisfaction aux valeurs du service public telles qu'énoncées par les lois de Rolland¹⁴⁰ : l'égalité et son prolongement, l'accessibilité¹⁴¹, le principe de continuité et le principe de mutabilité. Son efficacité et son efficience s'en trouvent par conséquent impactés.

36. Concernant l'égalité, il s'agit, en matière sanitaire de permettre l'égal accès aux soins à l'ensemble des usagers du système de santé, cet accès est malheureusement remis en question par des freins financiers et territoriaux. Bien que l'égal accès aux soins n'ait pas été expressément admis comme un droit constitutionnel par le Conseil constitutionnel, il n'apparaît pas impossible de le qualifier comme tel, « *en le distinguant du droit à la protection de la santé qui ne demeure qu'une obligation pesant sur l'État ou sur la collectivité*¹⁴² ». L'accès aux soins est employé ces dernières années dans son acception négative, à savoir au travers le prisme des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins lesquelles sont largement documentées¹⁴³ et, même les plus ardents défenseurs de libertés

¹³⁶ Article L. 1111-1-1 du Code de la santé publique créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF, n°0022 du 27 janvier 2016

¹³⁷ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Les mémentos Dalloz, 9^{ème} édition, 2016, p. 17

¹³⁸ J. Hardy, « Les systèmes de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°2, pp. 229-238 ; J. Saison, « « Ma santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 25-35

¹³⁹ P. Pribile, N. Nabet, *Repenser l'organisation territoriale des soins*, Stratégie de transformation du système de santé, 2018, p. 4

¹⁴⁰ L. Rolland, *Précis de droit administratif*, Dalloz, Paris, 1926, p. 12 et s.

¹⁴¹ G. Guglielmi, G. Koubi, M. Long, *Droit du service public*, LGDJ, Domat droit public, 4^{ème} édition, 2016, p. 220

¹⁴² M.-L. Moquet-Anger, « Territoires de santé et égalité des citoyens », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 116-128

¹⁴³ H. Maurey, Rapport sur la présente médicale sur l'ensemble du territoire, Rapport d'information du Sénat, 5 février 2013, n°335, pp. 8 et s. ; Haut conseil de la santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Rapport du HCSP, 2009, 101 p. ; P. Vigier, Rapport sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, Rapport de l'Assemblée nationale, 14 novembre 2012, n°401, pp. 14 et s. ; S. Haas, E. Vignerot, « Les inégalités territoriales de santé aujourd'hui en France. Comment corriger une forme méconnue de discrimination ? », *Revue droit et santé*, 2013, n°1, pp. 406-417 ; J. Lagarde, G. Arzel, « Assurance maladie, vieillissement et inégalités territoriales de santé », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 2011, n°4, pp. 596-604 ; P. Lombrail, J. Pascal, « Inégalités sociales

médicales se rangent derrière ce constat d'une déliquescence de l'offre sanitaire¹⁴⁴ même si ces derniers en attribuent le plus souvent la cause à un renouvellement générationnel ou à l'absence de « *solution globale*¹⁴⁵ ». L'amélioration de l'accès aux soins constitue donc plus souvent un objectif qu'un objet de satisfaction au sein du service public de santé.

37. En matière sanitaire, il convient de distinguer deux types de continuités. La continuité s'entend à la fois comme une continuité des soins qui représente une obligation des professionnels de santé¹⁴⁶ par laquelle ils doivent fournir des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science soit directement, soit en faisant appel à des tiers compétents ou en leur confiant¹⁴⁷. Elle s'entend encore comme continuité du service public laquelle reste spécifique des établissements assurant le service public hospitalier.

38. Afin de servir la continuité des soins et l'égal accès aux soins, de nombreux outils ont été développés notamment en matière de coopération des acteurs du système de santé¹⁴⁸ ainsi que différents moyens incitatifs lesquels n'ont jamais permis d'apporter une solution aux difficultés rencontrées par le système de santé, soit qu'ils fassent l'objet d'un rejet de la profession médicale, soit que les dispositifs manquent d'ambitions¹⁴⁹. Il résulte de ce constat des « *rigidités d'organisation*¹⁵⁰ » du système de santé qui se traduisent par un cloisonnement important entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

39. La mutabilité, troisième loi du service public peut prendre, en matière sanitaire diverses formes. Elle s'affirme individuellement par l'obligation faite au médecin de se former continuellement pour que son exercice soit conforme à l'état de l'art¹⁵¹. Dans une optique collective,

de santé et accès aux soins », *Les tribunes de la santé*, 2005/3, n°8, pp. 31-39 ; A. Trugeon, N. Thomas, B. Lémery, *Inégalités socio-sanitaires en France*, Elsevier Masson, 2010, 192 p. ; La revue *Santé publique* y a encore accordé un numéro entier, « Réduire les inégalités sociales de santé, des concepts à l'action », *Santé publique*, 2018/HS1, 174 p.

¹⁴⁴ Discours du Docteur J.-P. Ortiz, Président de la CSMF en ouverture de la 24^{ème} université d'été de la CSMF, 14 septembre 2018

¹⁴⁵ ISNAR-IMG, *Démographie médicale, propositions de l'ISNAR-IMG*, Validées en Conseil d'administration à Strasbourg les 12 et 13 janvier 2008, p. 3

¹⁴⁶ Article R. 4127-47 du Code de la santé publique

¹⁴⁷ M.-L. Moquet-Anger, « La continuité et l'accès aux services de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, pp. 21-30

¹⁴⁸ C'est le cas des groupements de coopération sanitaire, des communautés hospitalières de territoire, des groupements hospitaliers de territoire, des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé

¹⁴⁹ C. Keller, M. Louazel, M.-L. Moquet-Anger, « Les outils de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 687-699, les auteurs constatent que les mécanismes coopératifs mis en œuvre par la loi HPST s'avèrent à la fois leviers et freins, l'ambition coopérative interroge, par effet ricochet, la représentativité des usagers, la capacité des professionnels de santé à s'identifier à une structure, le management, la traçabilité des responsabilités...

¹⁵⁰ M. Borgetto, « Le plan « Ma santé 2022 » », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°1, pp. 3-5

¹⁵¹ Article L. 4133-1 du Code de la santé publique

il s'agit, pour les acteurs du service public de participer à l'amélioration continue du système de santé dans ses dimensions relatives à l'accès aux soins et à la réalisation de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins¹⁵². Il vise ainsi tant la satisfaction des usagers, que leur sécurité en ne négligeant pas la maîtrise des dépenses de santé. Jacques Hardy note que le principe d'adaptabilité « *perd en effectivité lorsque l'on cherche des résultats tangibles des politiques de rationalisation de l'offre de soins hospitaliers (...) ou de la régulation de l'installation des professionnels libéraux* »¹⁵³.

40. Dans cette volonté d'action, au service de la protection de la santé des usagers, la formule de service public de santé de proximité s'oppose au lointain¹⁵⁴, son étymologie latine, *proximitas* exprime le voisinage. La proximité représente, non pas, comme certains ont pu penser le déceler une nouvelle loi du service public¹⁵⁵, mais plutôt un approfondissement du principe de continuité, pris dans une dimension spatiale et non plus simplement temporelle¹⁵⁶. La proximité, conçue comme une adaptation du principe de continuité permet de contrecarrer les ardeurs du principe de mutabilité. Le principe de mutabilité est utilisé tant pour servir l'utilisateur que pour réaliser une rationalisation, des économies au sein de services publics et « *les pouvoirs publics semblent prendre conscience des effets négatifs liés au processus d'adaptation des services publics dans la mesure où cela a pu porter atteinte à la proximité* »¹⁵⁷. La proximité viendrait alors s'opposer à l'adaptabilité dans ce qu'elle aurait de destructeur dans l'atteinte portée à la cohérence sociale et territoriale¹⁵⁸. Sans pour autant offrir aux usagers un droit acquis au maintien du service¹⁵⁹, la proximité arme pour défendre un besoin incontestable, la protection de la santé. Léon Duguit notait en 1907¹⁶⁰ l'ambition sociale sous-jacente à la création des services publics, est-ce à dire, comme le propose José-Manuel Dauchy qu'il existe une obligation pour les pouvoirs publics d'essayer de les maintenir¹⁶¹ ? La question peut être posée en matière sanitaire. Une chose est certaine, la proximité peut limiter l'exode du service

¹⁵² Article L. 162-2-1 du Code de la sécurité sociale

¹⁵³ J. Hardy, « Les systèmes de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°2, pp. 229-238

¹⁵⁴ J.-M. Pontier, « L'État de proximité : quel rôle pour la déconcentration », in P.-Y. Chicot, *Décentralisation et proximité*, Dalloz, Coll. Thèmes et commentaires, 2013, pp. 28-43

¹⁵⁵ J.-L. Dreyfus, « Présence des services publics dans les territoires ruraux : l'émergence d'une « loi » de proximité », *AJDA*, 2005, n°23, pp. 1274-1277

¹⁵⁶ I. Muller-Quoy, « Les articulations entre territorialisation et proximité », art. cit., pp. 17-28

¹⁵⁷ V. Donier, « Les lois du service public : entre tradition et modernité », *RFDA*, 2006, n°6, pp. 1219-1235

¹⁵⁸ *Ibidem*

¹⁵⁹ Conseil d'Etat, Sect., 27 janvier 1961, Vannier, Rec. 1961, p. 60

¹⁶⁰ L. Duguit, *Droit constitutionnel*, 1907, p. 643

¹⁶¹ J.-M. Dauchy, « Mutabilité du service public et droit des usagers », *LPA*, 2003, n°251, pp. 8-16

public. Il n'existe pas ici de risque de « *pétrification intolérable des services publics*¹⁶² » nocive pour les deniers publics.

41. Le sentiment qui domine pour l'heure reste celui de l'insatisfaction¹⁶³ ainsi que de l'absence d'unité pourtant tant recherchée du système de santé. Les acteurs du système de santé appliquent inégalement et de manière parcellaire les valeurs du service public ce qui empêche de satisfaire à l'égalité d'accès aux soins, et, plus largement à une protection de la santé efficiente ainsi qu'à participer à une plus grande maîtrise des dépenses de santé.

42. Il existe donc un fort décalage entre les intentions en matière sanitaire et les dispositifs mis en œuvre pour satisfaire à l'objectif de protection de la santé. Les intentions relèvent de la mise en œuvre de politiques différenciées appréciant les disparités locales dans le respect d'un cadre national, une organisation territoriale entraînant une lutte contre les cloisonnements et la participation de l'ensemble des acteurs du système de santé afin d'assurer une protection de la santé et un accès aux soins aux usagers. La mise en œuvre s'avère pour sa part plus chaotique et peu protectrice des intérêts des usagers du service public de santé.



43. L'accès aux soins et plus largement la protection de la santé résident au carrefour d'intérêts multiples et parfois contradictoires. Le législateur a ainsi développé de manière extensive les mesures de santé publique notamment en matière de prévention et promotion de la santé¹⁶⁴, il met constamment en balance la protection de la santé et la maîtrise des dépenses de santé, et refuse de manière continue d'heurter les principes inhérents à la médecine libérale au premier rang desquels la liberté d'installation¹⁶⁵. Ce déploiement législatif disparate et fréquent, peut-être trop, marque toute la difficulté pour les gouvernants à concilier ces intérêts. Les formules de compromis se

¹⁶² G. Jèze, *Les principes généraux du droit administratif*, 3^{ème} édition, 1934, p. 222

¹⁶³ M.-L. Moquet-Anger, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », *JCP A*, n°39, 2009, 2224

¹⁶⁴ La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, Texte n°1, en est le parfait exemple

¹⁶⁵ Assemblée nationale, XV^{ème} législature, Session ordinaire 2018-2019, Compte rendu intégral de la deuxième séance du 20 mars 2019, Intervention d'Agnès Buzyn

multiplient et participent à brouiller le positionnement de l'Etat, des collectivités, des ARS et plus largement de l'ensemble des territoires.

44. Il résulte qu'au gré des législations, un constat renouvelé comme un leitmotiv, le système de santé est à bout de souffle. Comme Michel Borgetto, nous ne souscrivons pas à ces éléments de langage fatalistes, le système de santé français connaît de bons résultats sur de nombreux indicateurs¹⁶⁶, mais ils ne doivent pas occulter les nombreuses inégalités dans l'accès aux soins, tout autant que les importantes rigidités et cloisonnements entre les différents secteurs d'exercice lesquels ne sont bénéfiques ni pour les usagers, ni pour la maîtrise des dépenses de santé.

45. Oscar Wilde écrivait que « *le chemin des paradoxes est le chemin du vrai. Pour éprouver la réalité, il faut la voir sur la corde raide*¹⁶⁷ », la corde raide étant proche, ne serait-il pas venu le temps d'éprouver la réalité ?

46. L'intérêt de ce travail réside dans la constitution d'un service public de santé de proximité capable de mettre en mouvement l'ensemble des acteurs du système de santé par le biais d'une gouvernance et de moyens de régulation renouvelés. L'objectif d'intérêt général alloué à ce service public consiste en la garantie d'un accès aux soins égal et continu, à la fois spatialement, temporellement et socialement sur l'ensemble du territoire. Les moyens développés pour y parvenir s'écartent de manière importante des propositions du législateur qui s'avèrent pour l'heure relativement inefficaces.

47. Face à cette situation, on est amenés à se demander dans quelle mesure et par quels moyens la mise en œuvre d'un service public de santé de proximité permet-elle la satisfaction du principe constitutionnel de protection de la santé ?

48. La satisfaction de l'intérêt général questionne sur la capacité des pouvoirs publics à opérer une régulation et une structuration de l'offre de soins au service des citoyens, véritables usagers d'un service public de santé. Ce travail appelle à la redéfinition des compétences en matière sanitaire afin d'utiliser de manière efficace l'ensemble des ressources disponibles et rendre effectif le principe de protection de la santé. La mise en action d'un tel service public interroge en outre sur la capacité des offreurs à travailler de concert dans une véritable logique de parcours de soins au sein d'un

¹⁶⁶ M. Borgetto, « Le plan « Ma santé 2022 » », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 3-5

¹⁶⁷ O. Wilde, *Le portrait de Dorian Gray*, 1891

territoire de proximité bénéfique pour l'accès aux soins et la maîtrise des dépenses de santé. Plus encore, la redéfinition de la structuration de l'offre de soins autour d'un médecin généraliste véritable pivot du service public pose la question de la possible conciliation entre l'intérêt général et le maintien des libertés médicales telles qu'elles sont encore aujourd'hui défendues.

49. Cette étude nous permettra successivement d'éclaircir l'ambiguïté tenant à la notion de service public de santé de proximité dans un système de santé qui apparaît morcelé, tant du point de vue de ses acteurs que de son administration et de l'accès aux soins qui en découle (Partie 1). La légitimité d'un tel service public ayant été démontrée, il conviendra de détailler l'ensemble des moyens susceptibles d'être mis en œuvre par le service public de santé de proximité pour satisfaire à la protection de la santé des usagers (Partie 2).

Partie 1. L'ambiguïté de la notion de service public de santé de proximité

50. Ce n'est que de manière relativement récente que l'État est intervenu de façon plus prépondérante dans le système de santé pour tenter de faire émerger une organisation cohérente apte à répondre aux besoins des citoyens en matière de soins et à développer d'autres sphères de la santé publique au premier rang desquelles la prévention.

51. Le système de santé repose à l'heure actuelle sur de multiples acteurs que sont les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, les autorités sanitaires ainsi que les usagers¹⁶⁸. L'organisation du système de santé contribue à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires et à assurer la continuité et la meilleure sécurité sanitaire possible. Ces objectifs visent à permettre la protection de la santé au bénéfice de toute personne.

52. Le rythme incessant des réformes d'ampleur en matière de santé démontre, à lui seul, toute la difficulté qui est celle des pouvoirs publics à mettre en œuvre un système apte à protéger les usagers, tout en étant respectueux de la maîtrise des dépenses de santé. La loi HPST relevait ainsi la nécessité d'engager une « *indispensable modernisation de notre système de santé, en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités (...)*¹⁶⁹ ». À sa suite, la loi de modernisation de notre système de santé ambitionne une « *refondation nécessaire pour relever les grands enjeux auxquels la politique de santé est confrontée (...)*¹⁷⁰ ». Enfin, la récente loi relative à l'organisation du système de santé se propose de résoudre les tensions dans l'organisation des soins par une réforme structurelle¹⁷¹. Ces exposés sont pavés de bonnes intentions que le service public de santé de proximité cherche à mettre en musique.

¹⁶⁸ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique

¹⁶⁹ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁷⁰ Exposé des motifs de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁷¹ Exposé des motifs de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

53. L'ambiguïté actuelle qui entoure la notion de service public de santé de proximité s'explique par l'intérêt général de protection de la santé qui relève nécessairement d'un service public de proximité (Titre 1), lequel repose sur une administration sanitaire incertaine qui empêche toute avancée favorable en matière d'amélioration de la santé de proximité (Titre 2).

Titre 1. L'aspect positif : l'évidente nature de service public de la santé de proximité

54. Les défis qui s'offrent au système de santé sont multiples et méritent réflexion aux vues de la place croissante occupée par la santé dans les sociétés occidentales¹⁷². Les inégalités d'accès aux soins dans leur acception tant territoriale que sociale se développent et laissent planer le « *spectre d'une « santé à deux vitesses »*¹⁷³ ». Le vieillissement de la population ainsi que le développement des maladies chroniques entraîneront une consommation de soins plus importante¹⁷⁴ à l'avenir dont l'impact financier pourrait s'avérer irréversible.

55. La déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la santé énonce que les « *gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates*¹⁷⁵ », il s'agit de mettre en œuvre une action positive permettant de satisfaire l'intérêt général de protection de la santé dont l'accès aux soins constitue l'élément essentiel. S'il fut un temps « *où les questions de santé relevaient soit de la sphère privée, soit de la sphère d'ordres religieux*¹⁷⁶ », la santé est aujourd'hui un domaine d'intervention de l'État. Les difficultés rencontrées par le système de santé dans sa capacité à offrir à l'ensemble de la population un égal accès aux soins sont de nature à justifier une intervention sous forme de service public du fait d'une « *situation de carence de l'initiative privée qui, par le libre jeu des intérêts économiques et professionnels, dispense des prestations insuffisantes en ce qui concerne leur nature, leur qualité ou leur quantité*¹⁷⁷ ».

56. La mise en œuvre d'un système de santé organisé au niveau national n'a pas permis de résoudre les difficultés envisagées en matière d'inégalités dans l'accès aux soins et d'organisation entre les différents acteurs du système de santé. La protection de la santé qui constitue une mission de service public par essence reste, au moins partiellement, insatisfaite (Chapitre 1) ce qui incite à envisager l'introduction d'un service public de santé de proximité apte à remplir les critères du service public (Chapitre 2).

¹⁷² A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, PUF, Thémis Droit, 3^{ème} édition, p. 1

¹⁷³ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Les mémentos Dalloz, 9^{ème} édition, 2016, p. 7

¹⁷⁴ J. Grangier, « Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée », DREES, Etudes & Résultats, Septembre 2018, n°1077, 6 p.

¹⁷⁵ Article 5 de la Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé d'Alma-Ata sur les soins primaires, 12 septembre 1978

¹⁷⁶ J.-M. Pontier, « La santé, entre centralisation et décentralisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019 n°4, pp. 669-679

¹⁷⁷ J.-M. Auby, « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA*, 1995, n°9, pp. 588-591

Chapitre 1. La protection de la santé, une mission de service public par essence

« Par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale ; ce qui veut dire que l'on exerce en toute liberté (...). C'est cet affranchissement de toute entrave morale et matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui, avec la foi en sa science engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir¹⁷⁸ ».

57. La protection de la santé est garantie en France par le Préambule de la Constitution de 1946, ce dernier dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)*¹⁷⁹ ». La notion de protection de la santé n'y est pas directement définie, c'est le code de la santé publique qui apporte un éclairage sur celle-ci. Le texte rappelle que la protection de la santé constitue un droit fondamental qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Le périmètre de la protection est ensuite énoncé et comprend, le développement de la prévention, la garantie de l'égal accès aux soins nécessités par son état de santé, l'assurance d'une continuité dans les soins et la meilleure sécurité sanitaire possible¹⁸⁰. L'analyse du texte démontre un niveau d'intérêt et d'intervention différent des pouvoirs publics selon les objectifs. La prévention doit simplement être développée, tandis que l'accès aux soins doit être garanti et la continuité dans les soins assurée.

58. Bien qu'il n'en soit pas l'élément exclusif, l'accès aux soins est considéré comme « *l'élément essentiel de la protection de la santé*¹⁸¹ », il représente un droit pour les citoyens à voir naître une « *action positive des pouvoirs publics*¹⁸² ». Malgré cette pétition de principe, le constat que l'on porte aujourd'hui « *demeure celui d'une profonde inégalité : des catégories importantes sont défavorisées en ce qui concerne l'accès aux soins, au point, parfois, de devoir renoncer à ces derniers*¹⁸³ ». Ce constat est fréquemment partagé et questionne sur l'effectivité de la protection de la santé laquelle revêt un caractère d'intérêt général. L'accès aux soins, s'il est censé être garanti par la Nation, repose nécessairement sur la participation

¹⁷⁸ P. Hassenteufel, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les tribunes de la santé*, 2008/1, n°18, pp. 21-28, cite *Le médecin syndicaliste*, 1^{er} janvier 1928, pp. 37-39

¹⁷⁹ Alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

¹⁸⁰ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118

¹⁸¹ B. Feuillet, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°4, pp. 713-731

¹⁸² T. Gründler, « Le juge et le droit à la protection de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, n°5, pp. 835-846

¹⁸³ L. Dubouis, « Propos introductifs sur l'accès aux soins », in I. Poirot-Mazères, *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Actes de colloque de l'IFR, n°8, 2010, pp. 15-21

de l'ensemble des acteurs du système de santé. Le code de la santé publique implique ainsi les professionnels de santé, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, les autorités sanitaires et les usagers¹⁸⁴.

59. La garantie de l'accès aux soins requiert une action positive de la part des pouvoirs publics. Mettre en œuvre une telle action nécessite au préalable d'apprécier les contours de la notion d'accès aux soins qui peut revêtir différentes dimensions (Section 1), avant de mettre en lumière la nécessité d'une recomposition du paysage sanitaire autour du médecin généraliste qui constitue la porte d'entrée du système de santé et par conséquent le maître d'œuvre de la garantie d'un égal accès aux soins (Section 2).

Section 1. L'égal accès aux soins, un principe d'intérêt général à deux facettes

60. L'accès aux soins peut se définir simplement comme la faculté d'une personne à avoir accès aux services de santé que son état rend nécessaire. Le droit à l'accès aux soins et à la protection de la santé ne constitue pas un droit à être en bonne santé, à voir sa santé préservée, mais le fait de « *pouvoir être soigné de manière adaptée*¹⁸⁵ ».

61. Cette définition permet de comprendre l'intérêt de l'accès aux soins pour le citoyen, à savoir la protection de sa santé, mais elle ne permet pas de déceler les difficultés qui peuvent perturber cet accès. Deux types de barrières sont généralement constatées en matière d'accès aux soins. Les plus fréquemment évoquées sont les barrières territoriales à l'accès aux soins. L'insuffisance ou l'inorganisation de l'offre sanitaire est ici la cause de l'impossibilité d'accéder aux services de santé (Paragraphe 1). A ce premier élément, viennent s'ajouter les inégalités sociales dans l'accès aux soins qui constituent un facteur conséquent du renoncement aux soins (Paragraphe 2).

¹⁸⁴ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118

¹⁸⁵ X. Bioy, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Actes de colloque de l'IFR, n°8, 2010, pp. 37-71

Paragraphe 1. La politique de répartition de l'offre de soins comme vecteur d'un meilleur accès aux soins

62. L'accès aux soins doit être garanti, dans son premier sens par une juste répartition de l'offre de soins sur le territoire, à même de permettre aux citoyens d'accéder en tout point du territoire aux services que leur état nécessite. L'accès aux soins requiert en ce sens un maillage sanitaire cohérent défini en fonction des besoins sur un territoire donné.

Afin de permettre une répartition cohérente de l'offre sanitaire sur le territoire ainsi qu'une gestion des effectifs de professionnels de santé, il est indispensable de mettre en œuvre des mesures de planification. La France connaît aujourd'hui de fortes disparités en matière d'accès aux soins du fait de l'évolution de sa démographie médicale (A), ces inégalités sont aggravées par l'utilisation aléatoire de mesures de planification sanitaire permettant une juste répartition des ressources sur le territoire (B).

A. Le dérèglement programmé de la démographie médicale

63. La démographie médicale s'entend généralement de l'offre de soins disponible sur un territoire défini. Cette vision transversale comprenant l'ensemble de l'offre de soins ne permet pas de déceler les difficultés spécifiques à certaines spécialités médicales qui connaissent une véritable perte de vitesse. Appréhendée de manière globale, la démographie médicale française s'avère satisfaisante, mais en raisonnant par spécialité et par territoires infranationaux apparaissent de nombreuses limites susceptibles de troubler l'accès aux soins des citoyens (1). Ce dérèglement de la démographie médicale trouve sa cause dans la mise en œuvre d'un *numerus clausus* non programmatif (2).

1. Les maux de la démographie médicale

64. La démographie médicale doit s'apprécier au sens large c'est-à-dire non seulement celle des professionnels de santé exerçant à titre libéral, mais aussi les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. En effet, l'ensemble de ces structures concourent à l'obtention d'un tissu sanitaire permettant l'accès aux soins de tous. Il est souvent, en la matière utilisé le terme imagé de « *désertification médicale* » qui fait écho à l'idée d'une carence en médecins au sein des zones rurales. Cette notion s'avère toutefois très imprécise quant à la réalité et l'ampleur des inégalités territoriales et sociales raison pour laquelle elle ne sera pas utilisée au cours de cette étude.

65. L'attention des pouvoirs publics « a été attirée sur une possible pénurie de professionnels de santé dès le milieu des années quatre-vingt-dix. Cette prise de conscience est survenue brutalement, à l'issue d'une période où le discours dominant faisait état d'une abondance, voire d'un excès de médecins¹⁸⁶ ». De manière prémonitoire, la Révolution a fait apparaître les officiers de santé dans le but de « permettre de répondre, au moins temporairement, aux besoins médicaux des campagnes qui ne pouvaient être couverts par les docteurs en médecine, en nombre insuffisant¹⁸⁷ ».

Plus récemment, les inégalités régionales sont documentées dans les années 1970¹⁸⁸ et un rapport de 1989 sur la médecine générale dépeint « un malaise chez les généralistes comme dans d'autres secteurs de notre système de santé¹⁸⁹ ». Il attribue principalement cette crainte à l'évolution de la « démographie médicale, fruit d'une application trop tardive du numerus clausus¹⁹⁰ ».

66. Le dernier Atlas de la démographie médicale édité par le Conseil national de l'ordre des médecins fait état de 285 840 médecins inscrits au tableau de l'ordre au 1^{er} janvier 2016¹⁹¹ alors qu'ils n'étaient que 59.000 en 1968¹⁹². Plus encore, le rapport de proportionnalité entre accroissement de la population et augmentation du nombre de médecins a permis une évolution considérable de la densité médicale globale. En effet, « la densité en médecins (France métropolitaine) a ainsi crû, dans le même temps de 119 praticiens pour 100 000 habitants en 1968 à 306 en 1990, puis 330 en 2000 et, enfin, 335 en 2009¹⁹³ ». Les effectifs ont ainsi évolué de manière exponentielle en rapport à la population. Il existe donc un paradoxe à voir naître dans un contexte d'augmentation croissante de la population médicale des zones aux fortes tensions démographiques.

Une analyse plus fine nous amène à constater des disparités dans l'évolution démographique suivant les différentes spécialités. L'ensemble des spécialités médicales voient leurs effectifs augmenter à l'exception des médecins généralistes dont le nombre n'a augmenté que de 0,60% entre 1995 et 2009 contre 13% pour les spécialistes sur la période¹⁹⁴. Leur démographie a

¹⁸⁶ J.-M. Juilhard, *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?*, Rapport du Sénat, n°14, 4 octobre 2007, p. 9

¹⁸⁷ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », *Droit social*, 2009, n°4, pp. 383-393

¹⁸⁸ F. Veber, G. Nicolas, « Démographie médicale », Chapitre 82, in F. Bourdillon, G. Brücker, D. Tabuteau, (Dir.), *Traité de santé publique*, Flammarion, 2^{ème} édition, 2007, p. 626

¹⁸⁹ A. Lachaux, *Rapport sur la médecine générale*, Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale et au ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, La Documentation Française, mai 1989, p. 9

¹⁹⁰ *Ibidem*

¹⁹¹ Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, 2016, p. 4

¹⁹² Cour des comptes, *La sécurité sociale*, La documentation Française, 2011, p. 149

¹⁹³ *Ibidem*, p. 150

¹⁹⁴ M. Legmann, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, Mission confiée au Docteur Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, Rapport à la demande du Président de la République, avril 2010, p. 5

depuis chuté continuellement et « pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025¹⁹⁵ ». Les derniers chiffres parus en 2016 font état d'une baisse de la variation de la densité de médecins généralistes en activité régulière pour 94 départements sur 96¹⁹⁶.

67. L'évolution du nombre de médecins généralistes ne suit donc pas l'évolution de la densité globale de médecins. Plus encore, on constate que de nombreux généralistes ont des exercices divers. En effet, les médecins inscrits en qualité de médecin généraliste peuvent effectuer des formations dans une branche spécifique, on parle alors de médecine à exercice particulier. Si certains de ces exercices sont proches de l'exercice de la médecine générale¹⁹⁷, d'autres en sont beaucoup plus éloignées¹⁹⁸. Enfin, certaines activités sont qualifiées de non conventionnelles ou alternatives, ainsi, « *l'homéopathie et l'acupuncture sont reconnues par l'Ordre national des médecins comme des orientations médicales dont l'exercice est réservé aux seuls médecins*¹⁹⁹ ». Pour l'année 2014, plus de 25% des généralistes ont déclaré une formation complémentaire²⁰⁰. C'est donc une proportion importante des effectifs de médecins généralistes qui sont aujourd'hui susceptibles d'avoir un exercice mixte, voire même un exercice unique extérieur à la médecine générale traditionnelle ce qui réduit d'autant les effectifs d'omnipraticiens disponibles sur le territoire.

68. Malgré ce constat, nombreux sont les auteurs²⁰¹ comme Guillaume Rousset à soulever que « *la difficulté en cause n'est pas constituée par le nombre de professionnels de santé, lequel est globalement suffisant, mais par leur répartition sur le territoire*²⁰² ». Une première approche de ces disparités peut être observée entre les différentes régions. Le CNOM fait état de disparités régionales très importantes entre la région Centre qui connaît la densité la plus faible avec 232,7 et la région PACA, qui est la plus dotée avec 350 médecins pour 100 000 habitants²⁰³.

¹⁹⁵ Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, op. cit.*, p. 4

¹⁹⁶ *Ibidem*, p. 63

¹⁹⁷ Médecine du sport, aide médicale urgente, médecine de catastrophe, etc.

¹⁹⁸ Allergologie, nutrition, etc.

¹⁹⁹ S. Delcenserie, « Les médecines non conventionnelles en France : de l'ombre au clair-obscur », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°1, pp. 73-84

²⁰⁰ Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, op. cit.*, p. 145

²⁰¹ Ce constat d'une densité importante mais d'une inégale répartition de la population médicale est aussi fait par : Cour des comptes, *Sécurité sociale, op. cit.*, p. 149, Institut Montaigne, *Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale*, mai 2013, p. 4

²⁰² G. Rousset, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 450-456

²⁰³ Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, op. cit.*, p. 59

69. On ne peut que regretter que l'approche par des densités régionales est très éloignée des réalités concrètes des territoires. En effet, loin des clichés qui voudraient que le Sud et Paris soient dotés de manière importante et que les territoires ruraux soient désertés, « *il y a des zones sous-denses au Sud, par exemple avec une différence majeure entre la Côte d'Azur et l'arrière-pays Provençal, comme certaines zones périurbaines manquent terriblement de professionnels alors que ces territoires ne sont pas ruraux*²⁰⁴ ». L'ex-président de la confédération des syndicats médicaux Français juge pour sa part que le sujet le plus important en termes de géographie est celui des zones périurbaines. En effet, les densités médicales dans certaines couronnes et notamment la couronne parisienne sont dramatiques²⁰⁵. Les problèmes d'accès aux soins ne sont donc plus l'apanage des zones rurales, pour certains²⁰⁶, à l'expression de déserts ruraux succèdera peut-être celle de déserts péri-urbains, voire urbains. Si « le bilan n'est pas encore catastrophique, il est promis à le devenir²⁰⁷ ».

70. Il apparaît donc une problématique importante de démographie médicale pour l'avenir notamment en ce qui concerne le renouvellement des médecins généralistes²⁰⁸ et une plus juste répartition de l'ensemble des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Cette problématique est le fruit d'un numerus clausus qui n'a pas été conçu et utilisé comme outil de régulation programmatif.

2. Les dérèglements de la démographie médicale induits par un numerus clausus non programmatif

71. Le numerus clausus²⁰⁹ est apparu pour les études médicales à partir de 1971. Si la notion de numerus clausus n'est pas présente directement dans les codes, le code de l'éducation rappelle que « *ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés*²¹⁰ ». La définition textuelle montre une volonté de

²⁰⁴ G. Rousset, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins », art. cit., pp. 450-456

²⁰⁵ M. Chassang, « Brèves réflexions sur l'avenir de la médecine libérale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 12-13.

²⁰⁶ P.-L. Druais, *La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé*, Rapport à la demande de Madame la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Mars 2015, p. 9

²⁰⁷ I. Poirot-Mazères, « Territorialisation et accessibilité des soins », in C. Castaing, *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude du 22 novembre 2011, Les études hospitalières, pp. 130-152

²⁰⁸ Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, op. cit., p. 43, 27,3% des médecins ont aujourd'hui plus de 60 ans et pour l'exemple de la région PACA, une typologie du renouvellement des médecins généralistes montre qu'il y a 14% de médecins entrants pour 30% de sortants soit une différence de 16% en termes d'effectif

²⁰⁹ Le numerus clausus qui signifie en latin « nombre fermé » est donné chaque année depuis 1971, il détermine le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année de faculté de médecine

²¹⁰ Article L 631-1 du Code de l'éducation, modifié par la loi n°2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, JORF n°0156, 8 juillet 2009, p. 11472

planification pour remédier aux problèmes d'accès aux soins, mais celui est en réalité apparu dans un contexte de protection de la profession.

72. La crise de 1968 passée, les populations universitaires évoluent et ne sont plus réservées aux bourgeois, elles voient donc leurs effectifs croître de manière importante. Daniel Wallach résume admirablement l'idée sous-jacente à l'introduction du numerus clausus, « *alors qu'en 1969 on n'avait décerné, dans toute la France, qu'environ 3 000 diplômés de docteur en médecine, alors qu'il y a en 1971, 62 000 médecins, dont 38 000 médecins généralistes, voici qu'on compte environ 25 000 étudiants par promotion dans les premières années. Si l'on n'y prend garde, commencent à dire les professionnels qui s'en préoccupent, nous aurons 25 000 diplômés par an dans quatre ou cinq ans*²¹¹ ». Il s'agit donc de mettre en place une régulation permettant la protection du monopole acquis par les médecins. Le chiffre retenu en 1971 pour fixer le premier numerus clausus est de 8588, toutefois, rapidement les syndicats médicaux, principaux interlocuteurs du gouvernement vont faire valoir la nécessité d'abaisser le numerus clausus afin de protéger la profession. Un deuxième argument viendra appuyer la nécessité d'une diminution du numerus clausus : la baisse des dépenses de santé.

Ainsi, « *en 1977, les effets négatifs de l'augmentation du nombre de médecins au plan économique sont soulignés par les autorités et notamment par Mme Veil, qui considère que la France est plutôt trop abondamment pourvue*²¹² ». Va alors se développer l'idée que la maîtrise des dépenses de santé passe nécessairement par la maîtrise de l'offre de soins ce qui explique la politique d'abaissement du numerus clausus entre 1971 et 1993 passant de plus de 8500 à 3500²¹³. Cette politique consistait ainsi à « *réduire l'offre afin de limiter la demande*²¹⁴ ».

Une prise de conscience en faveur de l'accès aux soins semble avoir été opérée au début des années 2000 et notamment avec le rapport Berland²¹⁵ de 2002. Ce rapport, comme le rappelle Antoine Leca « *préconisait de relever progressivement le numerus clausus pour le porter à 8000 places en 2007*²¹⁶ ». Malgré cette réaction, « *jusqu'en 2020, le nombre de médecins devrait baisser en France. Il en résultera des*

²¹¹ D. Wallach, *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, Springer, 2011, p. 19

²¹² *Ibidem*, p. 39

²¹³ D. Tabuteau, A. Morelle, *La santé publique*, Que sais-je ?, 2017, p. 71

²¹⁴ M.-L. Moquet-Anger, « Médecines libérales et concurrence », *Revue générale de droit médical*, n°HS, Services de santé et concurrence, 2005, pp. 65-74

²¹⁵ Rapport n°2002135, présenté par Y. Berland, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 114 p.

²¹⁶ A. Leca, « Le numerus clausus médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes », *Revue générale de droit médical*, n°51, 2014, pp. 187-194

*phénomènes de pénurie, déjà amorcés, dans certaines zones géographiques et pour certaines spécialités*²¹⁷ » et des phénomènes tels que le contournement du *numerus clausus* français²¹⁸.

73. Le *numerus clausus* dans sa version actuelle est donc incapable d'entraîner une régulation cohérente du nombre de professionnels de santé sur le territoire. Romain Marié constate que « *si la modulation à la baisse ou à la hausse du numerus clausus apporte une réponse globale à la question du nombre de médecins, elle ne permet pas de lutter efficacement contre les inégalités territoriales*²¹⁹ », l'auteur ajoute même qu'il peut entraîner certains dysfonctionnements en fixant des seuils supérieurs aux capacités d'accueil des universités, mais aussi au potentiel de formation.

74. Face à la complexité des effets du *numerus clausus*, l'Institut Montaigne propose la suppression de ce dernier relevant qu'il est « *trop souvent fixé dans une logique de court terme (alors qu'il détermine le nombre de médecins qui seront en activité à un horizon de 10 à 15 ans), il n'a pas permis de véritable planification*²²⁰ ». Néanmoins, la suppression pure et simple du *numerus clausus* n'apparaît pas aujourd'hui comme un gage d'efficacité. En effet, l'esprit du concours permet une émulation importante, et les capacités d'accueil des universités ne pourront pas être extensives. C'est pourtant le choix de la suppression qui a été retenu par les pouvoirs publics dans la loi de 2019, nous aurons l'occasion de revenir sur l'opportunité de ce choix plus en avant²²¹.

75. La médecine générale connaît indubitablement une lente baisse de ses effectifs qui sera renforcée les nombreux départs à la retraite dans les années à venir. À côté de cet aspect quantitatif global de la démographie médicale, il est important de tenir compte des disparités territoriales des effectifs médicaux qui entraînent une véritable fracture territoriale en matière d'accès aux soins. La difficulté du problème que nous évoquons résulte des difficultés d'évaluation des besoins sanitaires des territoires. À ce titre les chiffres, de la désertification, bien que révélateurs, ne permettent pas toujours d'acter des besoins réels des populations. Il y a deux choses à distinguer : d'un côté les territoires les moins peuplés, et d'un autre côté, et parmi, ceux-ci les territoires qui ont réellement des besoins identifiés. Ainsi, il n'est pas anormal que certains territoires qui ne comptent, pas ou peu d'habitants, ne soient pas dotés en médecins. Il est par contre plus inquiétant que des territoires

²¹⁷ D. Tabuteau, Aquilino Morelle, *La santé publique, op. cit.*, p. 71

²¹⁸ A. Leca, « Le *numerus clausus* médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes », art. cit., pp. 187-194

²¹⁹ R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *Droit social*, 2012, pp. 404-411

²²⁰ Institut Montaigne, *Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale, op. cit.*, p. 65

²²¹ *infra*, 1024 et s.

suffisamment peuplés en soient dépourvus. Les chapitres relatifs à la mise en œuvre du service public de santé de proximité seront l'occasion de proposer un système permettant une évaluation des inégalités territoriales par le biais d'un outil développé par l'IRDES : l'accessibilité potentielle localisée²²².

76. Une fois ce portrait initial des inégalités territoriales brossé, il convient d'analyser les politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics pour tenter de réguler l'installation des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé sur le territoire.

B. Un recours aléatoire aux mesures de planification en matière de répartition de l'offre de soins impropre à satisfaire l'objectif de protection de la santé

77. L'organisation des soins connaît en France un double visage qui se caractérise par des régimes de répartition différents selon qu'il s'agit d'un établissement de santé ou de professionnels libéraux (1.) ce qui empêche une juste répartition sur le territoire de l'offre sanitaire et par conséquent la l'insatisfaction du droit à la protection de la santé (2.).

1. L'ambivalence de la politique de répartition des établissements de santé et des professionnels de santé sur le territoire

78. L'implantation de l'offre de soins est une question capitale tant elle conditionne l'accès aux soins de tous. Il est à cet égard surprenant de constater qu'il existe une opposition entre les régimes d'autorisation des établissements de santé (a.) et la liberté d'installation des professionnels libéraux (b.).

a. L'évolution du régime d'autorisation des établissements de santé

79. Les établissements de santé ont été rapidement soumis à un régime de déclaration préalable à leur implantation. Ce sont tout d'abord les établissements privés²²³ qui ont eu à connaître un régime de déclaration préalable auprès du ministre de la santé pour toute création ou extension

²²² M. Barlet, M. Coldefy, C. Collin, V. Lucas-Gabrielli, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°174, Mars 2012 ; Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, JORF, n°0266 du 15 novembre 2017

²²³ Ordonnance n°59-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation, JORF n°0290 du 12 décembre 1958, p. 11170

d'un établissement²²⁴. Toutefois, « *ce mécanisme révélera rapidement ses limites du fait, notamment, de l'absence d'une rationalisation d'ensemble de l'offre de soins hospitaliers*²²⁵ ». Les décisions du ministre en la matière se prenaient au coup par coup, sans vue d'ensemble sur le système de santé et sans réelle volonté de planification²²⁶.

80. Le système a évolué en 1967²²⁷ vers un régime d'autorisation administrative préalable délivrée par le ministre de la santé pour les établissements privés de santé. Malgré cela, la démarche de planification ne peut être considérée comme effective qu'à partir de la loi de 1970 et la naissance de la carte sanitaire laquelle « *permet de définir, au sein de zones bien délimitées, des indices de besoins en santé*²²⁸ ». Il est conservé un régime d'autorisation pour les établissements privés de santé tandis que les établissements publics sont soumis à une approbation²²⁹ qui « *est devenue en pratique une véritable autorisation*²³⁰ ».

81. C'est seulement par une loi de 1991²³¹ qu'une unification des régimes est envisagée pour la création des établissements publics et privés de santé vers un régime d'autorisation. Selon Didier Truchet, cette uniformisation vient pallier les critiques faites au contrôle qui existait auparavant qui « *fonctionnait mal (...), et dans des conditions d'opacité très critiquables*²³² ». La loi de 1991 conditionne l'octroi par le préfet après avis du comité régional d'organisation sanitaire²³³ de l'autorisation²³⁴ à trois conditions cumulatives : la satisfaction dans la zone considérée des besoins de la population

²²⁴ L'article 734-3 du Code de la santé issu de l'ordonnance n°59-1199 prévoyait que le ministre de la santé disposait d'un délai de quatre mois pour s'opposer à la réalisation du projet

²²⁵ B. Apollis, *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, Thèse, Bordeaux, LEH éditions, 2008, p. 85

²²⁶ D. De Bellescize, « L'évolution du régime de création, d'extension ou de transformation des établissements de soins privés », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 1977, p. 469

²²⁷ Ordonnance n°67-82 du 23 septembre 1967 relative à la coordination des établissements publics et privés de soins comportant hospitalisation et à la fixation des tarifs des établissements privés de cure et de prévention

²²⁸ B. Apollis, *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, op.cit., p. 86. D. Truchet, « La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière (JO 2 août 1991, p. 10255) », *AJDA*, 1992, pp. 130-143 : « la carte sanitaire, associée à un inventaire, déterminait la nature, l'importance et l'implantation des installations ».

²²⁹ Art. 48 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971, p. 65

²³⁰ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Mémentos Dalloz, 8^{ème} édition, 2012, p. 135

²³¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, p. 10255

²³² D. Truchet, « La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière (JO 2 août 1991, p. 10255) », art. cit., pp. 130-143

²³³ Art. L. 712-16 du Code de la santé publique issu de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991

²³⁴ Il ne convient pas ici de faire l'étude approfondie de ce régime d'autorisation, toutefois, le champ de cette autorisation ne se limitait pas à l'ouverture d'établissements de santé en tant que tels mais : 1) la création, l'extension ou la transformation des installations, équipements lourds et structures de soins alternatives à l'hospitalisation, 2) le regroupement ou la conversion des établissements, 3) la mise en œuvre et l'extension d'activités de soins (Art. 712-8 et R. 712-2 du Code de la santé publique issu de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991

définis par la carte sanitaire, la compatibilité avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire et le respect des conditions techniques de fonctionnement²³⁵.

82. Avec les ordonnances Juppé de 1996, la situation s'inverse, « *avant l'ouverture de chaque période réglementaire de dépôt des dossiers, l'autorité compétente (ministre ou directeur de l'ARH (...)) doit publier un bilan de la carte sanitaire faisant apparaître les besoins non satisfaits dans la zone considérée*²³⁶ ». Cette inversion marque l'idée d'une véritable programmation contraignante²³⁷ envisagée vis-à-vis de besoins sur un territoire pour l'ensemble des établissements. Néanmoins, si l'effet est programmatif, l'ambition première de ce plan réside dans la maîtrise des coûts²³⁸. Les ordonnances Juppé introduisent les agences régionales de l'hospitalisation²³⁹. Ces dernières ont une vision qui diffère par rapport à celle des préfets lesquels ne réagissaient pas dans une logique de système, mais de problématique de circonscription²⁴⁰ ce qui permet d'envisager un maillage plus cohérent du tissu des établissements de santé sur le territoire grâce à une collaboration entre les différentes agences régionales de l'hospitalisation. Une nouvelle ordonnance parue en 2003²⁴¹ fait du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation un véritable « *recteur sanitaire*²⁴² » qui dispose d'une compétence de droit commun en matière hospitalière. À ce titre, l'autorisation sanitaire délivrée normalement octroyée pour une durée qui ne peut être inférieure à cinq ans peut, en réalité être révisée ou retirée à tout moment dans le cas où les objectifs quantifiés d'activités seraient insuffisamment atteints²⁴³.

83. La loi HPST²⁴⁴ adapte le régime des autorisations sanitaires à la création des agences régionales de santé sans en modifier la substance. L'ARS publie avant la période de dépôt des

²³⁵ Art. L. 712-9 du Code de la santé publique issu de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991

²³⁶ J.-M. Lemoyne de Forges, « Réforme hospitalière. Carte sanitaire. Procédure d'autorisations hospitalières », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 1997, p. 319

²³⁷ L'article L. 712-15 du code de la santé publique issu de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée dispose que « (...) Les demandes tendant à obtenir une autorisation de création, d'extension d'un établissement de santé ou d'une installation au sens de l'article L. 712-2 ou de mise en œuvre ou extension d'une activité de soins ne sont recevables, pour la période considérée, que pour des projets intéressant ces zones sanitaires (...) ».

²³⁸ B. Apollis, *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, op. cit., p. 94

²³⁹ Qui reprennent les attributions dévolues en la matière aux préfets de région et de département, aux DDAS et aux DRASS

²⁴⁰ J. Moreau, D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 6^{ème} éd, 2004, p. 72 note que les ARH « ont une attitude plus technique, plus financière et au total plus stricte que les préfets de régions »

²⁴¹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n°206, 6 septembre 2003, p. 15391

²⁴² J.-M. Lemoyne de Forges, M. Cormier, « La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 2004, pp. 110-131

²⁴³ *Ibidem*

²⁴⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184

demandes un bilan quantifié de l'offre de soins qui fait apparaître les zones dans lesquelles l'offre est insuffisante au regard du SROS, les demandes hors ces zones ne pourront être acceptées qu'en cas de « *besoins exceptionnels*²⁴⁵ ». La demande d'autorisation doit répondre à trois conditions : la réponse aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas régionaux, la compatibilité du projet avec les objectifs du schéma et la satisfaction à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement²⁴⁶. Des dérogations ont été prévues à titre exceptionnel, et ce « *dans l'intérêt de la santé publique après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire*²⁴⁷ ».

L'autorisation relève donc d'un pouvoir discrétionnaire du directeur de l'agence régionale de santé qui peut se retrouver dans une position délicate en cas de dossiers multiples privés et publics sur un territoire. Comme le note Didier Truchet, « *le principe d'égalité impose bien sûr au directeur général de l'ARS d'appliquer les mêmes règles aux demandes de même nature. Il doit arbitrer parmi celles qui répondent aux conditions d'octroi des autorisations en tenant compte de leurs qualités propres et de la manière dont elles répondent aux objectifs du schéma d'organisation des soins*²⁴⁸ ».

84. La mainmise de plus en plus importante de l'État, au travers les agences sur l'implantation des établissements de santé a donné lieu à de la jurisprudence communautaire du fait d'une possible atteinte à la liberté d'établissement. La Cour considère que le contrôle préalable constitue une entrave à la liberté d'établissement, toutefois, en cas de raisons impérieuses d'intérêt général liées à la protection de la santé publique et, en particulier, le maintien d'un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous et la prévention d'un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale, il peut être maintenu un régime d'autorisation préalable²⁴⁹. Cet arrêt, outre le fait de valider le système d'autorisation préalable soutient le fait que la planification par ce biais constitue une raison impérieuse d'intérêt général de protection de la santé publique par l'organisation d'un accès aux soins ambulatoires et pour éviter la création de doublons, de sorte que soit assurée une prise en charge médicale qui s'adapte aux besoins de la population²⁵⁰.

²⁴⁵ Art. L. 6122-9 du Code de la santé publique issu 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

²⁴⁶ Art. L. 6122-2 du Code de la santé publique issu 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

²⁴⁷ *Ibidem*

²⁴⁸ D. Truchet, *Droit de la santé publique, op. cit.*, 2012, p. 139

²⁴⁹ CJCE, 10 mars 2009, Hartlauer Handelsgesellschaft, C-169/07

²⁵⁰ E. Broussy, F. Donnat, C. Lambert, « Chronique de jurisprudence communautaire », *AJDA*, 2009, pp. 980-990

85. La loi de modernisation du système de santé²⁵¹ a permis une modernisation et une simplification du régime des autorisations des activités de soins. Celle-ci est intervenue via une ordonnance du 3 janvier 2018²⁵². Le délai de validité des autorisations est prolongé de 5 à 7 ans minimum²⁵³ pour permettre plus de visibilité pour les établissements de santé notamment en matière d'investissements. De plus, le directeur de l'agence régionale de santé pourra, dès le 1^{er} janvier 2019 tenir compte, lors de sa décision des conclusions de certification de la haute autorité de santé²⁵⁴, cette démarche constitue un approfondissement sur la question de la sécurité et de la qualité des soins.

86. L'histoire de la planification en matière hospitalière depuis 1970 est allée crescendo vers un contrôle approfondi de l'état via les ARH puis les ARS dans un objectif large de protection de la santé, et ce, tant dans son versant concernant l'accessibilité aux soins, que sur celui de la sécurité et de la qualité des soins. Il convient à présent d'étudier le régime de liberté d'installation relatif aux médecins libéraux pour voir s'il permet une planification comparable à celle des établissements de santé.

b. La liberté d'installation des professionnels libéraux, fruit d'une longue maturation idéologique autour de la défense d'intérêts corporatistes

87. Les rapports entre les professionnels médicaux libéraux et les pouvoirs publics se sont développés dans une crainte continue de perte d'indépendance et de pouvoir des médecins. Or, *« cette opposition latente (...), explique largement et sous-entend l'organisation actuelle du système de soins ; elle pourrait être un obstacle majeur à son adaptation pour faire face aux défis des 20 prochaines années²⁵⁵ »*. Force est de constater que la sonnette d'alarme déclenchée il y a près de 10 ans n'a pas suscité de réaction de la part des pouvoirs publics, ce qui a pour conséquence un creusement des inégalités d'accès aux soins des citoyens.

²⁵¹ Art. 204 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016

²⁵² Ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, JORF n°0002 du 4 janvier 2018

²⁵³ Art. L. 6122-8 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, JORF n°0002 du 4 janvier 2018

²⁵⁴ L'article L. 6122-2 al 1 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, JORF n°0002 du 4 janvier 2018 dispose que « l'autorisation est accordée, en tenant compte des éléments des rapports de certification émis par la Haute autorité de santé qui concernent le projet pour lequel elle est sollicitée et qui sont pertinents à la date de la décision (...) »

²⁵⁵ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », art. cit., pp. 383-392

88. Ce qui frappe dans le système de santé français et plus particulièrement dans le syndicalisme médical c'est « *la prégnance de la défense des principes de la médecine libérale*²⁵⁶ ». Une définition de l'exercice libéral de la médecine est effectuée par Jean-Marie Auby qui rappelle que « *le médecin dispose dans son activité professionnelle d'une complète indépendance (et pas seulement l'indépendance technique qui lui est reconnue dans l'exercice salarié ou en qualité d'agent public). Plus exactement, la discipline qu'il peut accepter (par exemple dans le cadre d'un cabinet de groupe) n'a rien de comparable avec la subordination que suppose le salariat ou la qualité d'agent public*²⁵⁷ ».

89. Les causes de cette volonté d'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics et des patients sont multiples. La première étape remonte à la Révolution française par le biais de la suppression des corporations²⁵⁸. Par suite, un décret de 1793²⁵⁹ mit en place une obligation de visiter ces citoyens dans leurs maladies, et ce, par un « *officier de santé chargé du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation (...)* ». Ce texte d'après Didier Tabuteau marque « *la volonté de mettre en place une médecine sociale et de proximité et posait ainsi les jalons d'un service de santé d'État*²⁶⁰ ». Cette volonté d'augmenter le nombre de médecins afin de satisfaire les besoins de la population a été marquée par le développement d'un double cursus médical à la difficulté et reconnaissance différente²⁶¹. Il faudra alors 100 ans pour qu'une loi vienne poser le principe de la nécessité de l'obtention d'un diplôme de docteur en médecine pour l'exercice de celle-ci²⁶² et mette ainsi fin à l'existence des officiers de santé et par la même occasion à la dualité du corps médical. Cette loi Chevandier est le point d'orgue de la construction du système libéral et de son opposition aux pouvoirs publics qui sera exacerbé par la possibilité de former des syndicats de médecins²⁶³ pour la défense de leurs intérêts professionnels chose qui était jusqu'alors refusée par la Cour de cassation²⁶⁴.

²⁵⁶ P. Hassenteufel, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », art. cit., p. 21

²⁵⁷ J.-M. Auby, *Le droit de la santé*, Thémis Droit, Presses universitaires de France, 1981, p. 117

²⁵⁸ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », art. cit., pp. 383-392, F. Vidal, « Les 'Petites écoles' de médecine au XIXe siècle », in *Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire*, 1995, pp. 22-25

²⁵⁹ Décret du 28 juin et 8 juillet 1793 relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents

²⁶⁰ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », art. cit., pp. 383-392

²⁶¹ *Ibidem*, « une première voie, prestigieuse, onéreuse et exigeante conduisait au doctorat en médecine », alors que pour devenir officier de santé « fallait réussir un examen départemental à l'issue de trois ans d'études ou de cinq ans de pratique dans un hôpital, ou encore après six ans d'apprentissage auprès d'un docteur »

²⁶² Article 1 de la loi Chevandier du 30 novembre 1892 « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'Etat ».

²⁶³ Article 13 de la loi Chevandier du 30 novembre 1892 « les médecins ont le droit de former des syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels ».

²⁶⁴ P. Hassenteufel, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », art. cit., p. 21 : « la reconnaissance légale est refusée à ces syndicats médicaux par un arrêt de la Cour de cassation en 1885. La Cour expliqua alors que la loi de 1884 instituant le syndicalisme pour la défense des « intérêts économiques » ne concernait pas les médecins car leurs « intérêts » sont d'une autre nature »

90. Le second épisode de rupture entre les médecins et les pouvoirs publics se développe au cours de « *la discussion sur les assurances sociales dans l'entre-deux-guerres, qui amena les médecins à réaffirmer ou tout simplement à affirmer un certain nombre de principes*²⁶⁵ » par crainte de voir émerger une médecine sociale²⁶⁶. Joël Moret Bailly note en ce sens un développement de la déontologie médicale entre 1925 et 1936 afin de lutter contre le système d'assurances sociales²⁶⁷ alors que les libertés médicales sont jusqu'alors absentes des principales lois sur l'exercice de la médecine²⁶⁸. Cette nécessité d'une lutte contre la mise en place d'un système d'assurances sociales²⁶⁹ s'est formalisée en 1926 par l'élaboration d'une Charte par la Fédération nationale des syndicats de médecins de France laquelle fait « *du libre choix du médecin par le malade et de l'entente directe entre le médecin et le malade pour les honoraires l'alpha et l'oméga de l'exercice professionnel*²⁷⁰ ». Les idées de la fédération ont été adoptées dans la Charte médicale votée le 30 novembre 1927 par le Congrès des syndicats médicaux français qui énonce les libertés médicales. Les libertés médicales issues de la Charte de 1927 sont au nombre de cinq : la liberté de choix, le respect du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct, la liberté thérapeutique.

91. Le débat constitutionnel de 1946 marque une nouvelle étape dans le clivage entre les pouvoirs publics et la médecine libérale, en effet, le premier projet de constitution établi le 19 avril 1946²⁷¹ contenait une déclaration de libertés et de droits sociaux et économiques. Comme le rapporte Michel Borgetto, cette déclaration « *comportait non pas un, mais plusieurs articles renvoyant de près ou de loin, à l'état de santé de l'individu, ainsi que, subséquentement à la nécessaire protection qui lui était due en la matière*²⁷² ». Des amendements furent déposés contre ces articles justifiés par leurs auteurs par le fait que cette déclaration « *entraînerait nécessairement la fin de la médecine libérale et, d'autre part,*

²⁶⁵ A. Leca, *Droit de l'exercice médical en clientèle privée*, LEH, 2014, 4^{ème} édition, p. 97.

²⁶⁶ A.-C. Hardy, « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 631-638

²⁶⁷ J. Moret-Bailly, « La déontologie médicale, de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale) », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°6, pp. 1074-1083

²⁶⁸ D. Truchet, « L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine », *Etudes de droit et d'économie de la santé*, Economica, 1981, pp. 43-54

²⁶⁹ Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales

²⁷⁰ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », art. cit., pp. 383-392

²⁷¹ La loi constitutionnelle de 1945 permit à une première assemblée constituante de rédiger un projet de constitution associé à une déclaration de droits le 19 avril 1946, ce projet est rejeté par référendum le 5 mai 1946 par près de 53% des votants. Une nouvelle assemblée constituante est alors élue et rédige ce qui deviendra le Préambule de la Constitution de 1946

²⁷² M. Borgetto, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013, pp. 9-31

déboucherait sur des dépenses considérables puisque toute la population, affirmaient-ils, aurait vocation à être soignée gratuitement²⁷³ ».

92. Pour réaffirmer leur défense, les principes d'exercice de la médecine libérale ont été introduits dans le Code de déontologie médicale de 1947²⁷⁴ et confirmés dans celui de 1955²⁷⁵. Pour Didier Truchet, de nombreux éléments laissent à penser qu'il s'agit d'une « *réaffirmation non absolue des principes libéraux*²⁷⁶ » en ce sens qu'ils sont affirmés ici par voie décrétole et qu'ils doivent supporter des atteintes au profit de prescriptions législatives. Une nouvelle étape est franchie en 1971, les pouvoirs publics, soucieux de voir les syndicats médicaux accepter l'idée d'un conventionnement national ont une nouvelle fois joué sur l'ambivalence des lois introduites. On trouve une illustration de cette duplicité dans les propos de Jean Marie Auby, lequel fait état d'une déclaration du Conseil des ministres²⁷⁷ qui souhaite « *sauvegarder l'exercice libéral, d'en assurer le développement harmonieux et d'affirmer son attachement aux principes fondamentaux qui sont notamment les libertés de choix et de prescription, le secret et le paiement à l'acte*²⁷⁸ ». Ainsi, on affirme dans des lois qui démembreront le système libéral, les principes de la médecine libérale²⁷⁹ pour mieux qu'elles soient acceptées par les médecins²⁸⁰.

93. Avec ce texte apparaît légalement le principe de liberté d'installation, qui, bien qu'absent de la Charte médicale de 1927 est aujourd'hui un principe affirmé comme un droit essentiel des médecins, opposable aux organismes de sécurité sociale²⁸¹. La liberté d'installation est alors restée intacte jusqu'à ce jour se jouant des difficultés d'accès aux soins.

Ce principe voit sa valeur régulièrement réaffirmée et apparaît en contradiction avec les missions octroyées aux agences régionales de santé en matière de planification de l'offre sanitaire.

²⁷³ *Ibidem*

²⁷⁴ Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF du 28 juin 1947, p. 5993

²⁷⁵ Décret n°55-1591 du 18 novembre 1955 portant Code de déontologie médicale, JORF du 6 décembre 1955, page 11856

²⁷⁶ D. Truchet, « L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine », art. cit., pp. 43-54

²⁷⁷ Déclaration du Conseil des ministres 4 mai 1971

²⁷⁸ J.-M. Auby, *Le droit de la santé, op. cit.*, p. 118

²⁷⁹ Article L. 257 du code de la sécurité sociale issu 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 : « 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 (...) »

²⁸⁰ D. Truchet, « L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine », art. cit., pp. 43-54, « Pour apaiser un corps médical très inquiet de la réforme hospitalière et de l'extension nouvelle de la politique conventionnelle, le législateur, selon une technique que l'on a déjà rencontrée, introduit dans chacun d'elles des dispositions destinées à protéger les principes même qu'elles menacent ».

²⁸¹ M. Badel, « La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°3, pp. 520-531

C'est le cas du schéma régional de santé²⁸² qui indique les besoins en professionnels de santé sans qu'il ne soit opposable aux professionnels libéraux²⁸³. Cette pétition de principe sur les inégalités territoriales d'accès aux soins est intéressante, toutefois, la loi de modernisation du système de santé et ses ordonnances ont, une nouvelle fois enterré l'espoir d'une action significative de régulation de l'installation des professionnels de santé libéraux. Simple oubli ou tentative politique, l'avant-projet avait supprimé l'inopposabilité aux médecins libéraux²⁸⁴, impair qui sera corrigé lors de la première lecture devant l'Assemblée nationale.

94. Ainsi, les régimes de répartition des professionnels de santé et des établissements de santé sur le territoire apparaissent divergents. L'un permet une planification de l'offre en matière d'établissements de santé tandis que l'autre livre aux médecins le territoire en protégeant leur liberté d'installation ce qui apparaît en contradiction avec l'intérêt général et notamment le droit à un égal accès aux soins.

2. L'accès aux soins, un objectif d'intérêt général

95. La liberté d'installation offerte aux médecins libéraux se retrouve ici en conflit avec le principe de protection de la santé et notamment l'une de ses composantes, l'accès aux soins. La question de la santé et de sa protection par les pouvoirs publics en France n'est pas récente, toutefois, comme le souligne Michel Borgetto depuis la révolution, « *mis à part le préambule de 1946 qui évoque la protection de la santé que la nation est censée garantir à tous, on ne trouve en effet nulle trace, dans les textes constitutionnels en cause, de dispositions renvoyant explicitement à la santé*²⁸⁵ ». De manière plus précise, c'est par le biais de dispositions sur la solidarité vis-à-vis des populations défavorisées que la question a été introduite « *l'aide aux malades indigents ayant été posée à plusieurs reprises par le constituant comme une conséquence directe du droit à l'assistance*²⁸⁶ ». La concrétisation textuelle n'aboutira qu'en 1946.

Le premier projet constitutionnel de 1946 comprenait une déclaration dont de nombreux articles avaient traité aux questions sanitaires²⁸⁷ et notamment l'article 23 qui garantissait « *la protection*

²⁸² Art. L. 1434-2 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

²⁸³ Art. L. 1434-3 du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

²⁸⁴ Projet de loi relatif à la santé, 2014, Art. L. 1434-3

²⁸⁵ M. Borgetto, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », art. cit., pp. 9-31

²⁸⁶ *Ibidem*

²⁸⁷ Article 22 du projet constitutionnel du 19 avril 1946 : « tout être humain possède, à l'égard de la société, les droits qui garantissent, dans l'intégrité et la dignité de sa personne, son plein développement physique, intellectuel et moral », Article 27 : « la durée et les conditions de travail ne doivent porter atteinte ni à la santé, ni à la dignité, ni à la vie

de la santé dès la conception, le bénéfice de toutes les mesures d'hygiène et de tous les soins que permet la science sont garantis à tous et assurés par la Nation » et son article 33 garantissait l'institution d'organismes publics de sécurité sociale²⁸⁸. Ce projet a par suite été rejeté par référendum le 5 mai 1946 par crainte d'une mise en place d'un système de santé totalement nationalisé.

C'est dans le second projet, au sein du préambule de la Constitution de 1946, plus précisément à l'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946²⁸⁹ que le principe de protection de la santé est défini. Bien que l'impact soit moins important que dans les mesures envisagées par le premier projet, « la protection de la santé de tous devient sans ambiguïté un devoir de l'État²⁹⁰ ». Cette vision finalement large par l'introduction d'un principe très général laisse une marge d'interprétation plus importante au texte qui apparaît « plus prudent et consensuel²⁹¹ ». Pierre Egéa note à cet effet que « la percée du droit constitutionnel s'est faite tardivement et, il faut bien le reconnaître, de façon très limitée, dans le cadre étroit d'un texte fort allusif et vaguement programmatique²⁹² ». Ce droit à la protection de la santé est par ailleurs rappelé par le code de la santé publique²⁹³ qui fait de l'égal accès aux soins une composante essentielle de ce droit.

96. Il ne s'agit pas pour autant pour l'État de protéger la santé²⁹⁴ au sens d'un « droit à » qui constituerait un droit subjectif²⁹⁵. Jacques Moreau relevait ainsi en 1998 que, « ce que les pouvoirs publics ont pour charge d'assumer, ce n'est pas la santé – tâche évidemment impossible, même pour l'État-providence ! -, mais la protection de la santé – objectif déjà fort ambitieux²⁹⁶ ». Chaque individu possède un capital santé à

familiale du travailleur. Les adolescents ne doivent pas être astreints à un travail qui compromette leur développement physique, intellectuel ou moral. Ils ont droit à une formation professionnelle ».

²⁸⁸ Article 33 du projet constitutionnel du 19 avril 1946 : « 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. La garantie de ce droit est assurée par l'institution d'organismes publics de sécurité sociale »

²⁸⁹ Alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946 : « Elle 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 »

²⁹⁰ C. Byk, « La place du droit à la santé au regard du droit constitutionnel », *Gazette du Palais*, 27/11/2001, n°331, pp. 3-9

²⁹¹ M. Borgetto, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », art. cit., pp. 9-31

²⁹² P. Egéa, « Les formes constitutionnelles de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013, pp. 31-44

²⁹³ Article L1110-1 du Code de la santé publique « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

²⁹⁴ L. Caseaux-Labrunée, « Le droit à la santé », in R. Cabrillac (Dir.), *Libertés et droits fondamentaux*, Dalloz, 20^{ème} édition, 2014, p. 921 : « les Constitutions des Etats voisins font preuve de la même sagesse en garantissant seulement la protection de la santé. Le « droit à la santé » n'existe donc pas... »

²⁹⁵ P. Egéa, « Les formes constitutionnelles de la santé », art. cit., pp. 31-44

²⁹⁶ J. Moreau, « Le droit à la santé », *AJDA*, 1998, n°HS, pp. 185-190, dans le même sens, on peut relever A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, op. cit., p. 4 « Il convient de ce point de vue de distinguer les droits subjectifs,

sa naissance et celui-ci évolue de manière distincte pour tous, on ne peut garantir la santé de tous, on peut cependant participer à sa conservation, à sa protection, c'est en ce sens que s'est développé le droit à la protection de la santé en France²⁹⁷.

97. Le sens de la protection de la santé saisi, il convient de s'interroger sur sa valeur juridique. Comme nous l'avons mentionné, celui-ci est issu classiquement du préambule de la Constitution de 1946. La Constitution du 5 octobre 1958 renvoie à ce préambule, mais ne lui accorde pas pour autant valeur constitutionnelle, c'est le Conseil constitutionnel qui en 1971 a élevé le Préambule de la constitution de 1946 au rang constitutionnel²⁹⁸ en l'intégrant au bloc de constitutionnalité²⁹⁹.

98. Il faut attendre 1975 pour que le Conseil constitutionnel se prononce directement sur la constitutionnalité de la protection de la santé au sujet de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse assurant³⁰⁰. Cette décision a ainsi formellement consacré la valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé³⁰¹ qui confère au législateur un « *titre de compétence pour régler (et limiter) certaines libertés*³⁰² », c'est le cas notamment des droits des patients³⁰³. D'autres tempéraments aux libertés médicales ont par ailleurs été admis³⁰⁴ ce qui nous amènera à nous poser plus en avant la question de la conciliation entre la liberté d'installation qualifiée par certains de « *principe périmé,*

c'est-à-dire ceux dont un individu dispose et dont il peut faire valoir le respect devant un juge et les objectifs constitutionnels qui ne font que faire peser des obligations sur l'Etat ou sur les collectivités publiques »

²⁹⁷ En ce sens, N. Lenoir, « Constitutions et santé, Rapport de Synthèse », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013 : « La droit à la protection de la santé n'est pas le droit à la santé. Hélas, le droit – pas plus que la médecine – n'est en mesure d'assurer aux individus qu'ils resteront en bonne santé toute leur vie, et a fortiori qu'ils seront immortels ».

²⁹⁸ Conseil constitutionnel, Décision n°71-44 DC du 16 juillet 1971 relative à la liberté d'association

²⁹⁹ C. Byk, « La place du droit à la santé au regard du droit constitutionnel », art. cit., pp. 3-9

³⁰⁰ Conseil constitutionnel, Décision n°74-54 DC du 15 janvier 1975, Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse (Considérant 10), confirmé par Conseil constitutionnel, Décision n°77-92 DC du 18 janvier 1978, Loi relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle (contre-visite médicale)

³⁰¹ J.-M. Auby, *Le droit de la santé*, Thémis Droit, Presses universitaires de France, 1981, p. 21

³⁰² P. Egéa, « Les formes constitutionnelles de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013, pp. 31-44

³⁰³ Conseil constitutionnel, Décision n°2004-504 DC du 12 août 2004, Loi relative à l'assurance maladie. La loi sur l'assurance maladie mettait en place un dossier médical contenant les données personnelles des patients tout en conditionnant le taux de remboursement des actes et prestations à l'autorisation donnée par le patient de laisser ce dossier à disposition des professionnels de santé. Il s'agissait donc d'opérer une conciliation entre d'une part, le droit à la protection de la santé et, d'autre part, le droit au respect de la vie privée. Il rappelle que le droit à la protection de la santé est une exigence de valeur constitutionnelle qui implique la coordination des soins et la prévention des prescriptions inutiles mais aussi l'équilibre de la sécurité sociale. Il estime en premier lieu que le dossier médical partagé est introduit pour favoriser cette coordination et ajoute que ce dossier est établi dans le respect du secret médical, avec le consentement des personnes concernées. Le conseil conclut « qu'eu égard aux finalités des dispositions contestées, qui sont, d'une part, d'améliorer la qualité des soins, d'autre part, de réduire le déséquilibre financier de l'assurance maladie, et compte tenu de l'ensemble des garanties qui viennent d'être rappelées, le législateur a opéré, entre les exigences constitutionnelles en cause, une conciliation qui n'apparaît pas manifestement déséquilibrée ».

³⁰⁴ P. Vigier, *Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire*, Rapport de l'Assemblée Nationale, n°401, 14 novembre 2012, 132 p. : « la liberté de choix du médecin par le patient a été encadrée par le dispositif du médecin traitant, la liberté de prescription du médecin n'a pas empêché les caisses d'assurance maladie de mener des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de médicaments tandis que le paiement direct des honoraires par le malade a été aménagé avec le recours au tiers-payant »

*mais politiquement intouchable*³⁰⁵ » et la protection de la santé³⁰⁶ et plus largement de la compatibilité des libertés médicales avec la satisfaction de l'intérêt général.

99. La valeur absolue du principe semblait ainsi inscrite dans le marbre toutefois au début des années 1990 le Conseil constitutionnel, va opérer une évolution et qualifier ce dernier « *d'objectif défini par le préambule*³⁰⁷ ». Cette évolution sémantique a, pour certains « *la signification d'un affaiblissement du contrôle. Le caractère constitutionnel de la protection de la santé est réaffirmé, mais le législateur est libre de déterminer une politique soucieuse de respecter cet énoncé très général dans la seule limite de ne pas aller délibérément à l'encontre de l'objectif que la Constitution lui a fixé*³⁰⁸ ». Les évolutions dans la terminologie employée par le Conseil constitutionnel qui apparaissent comme autant d'hésitations ne peuvent qu'être la conséquence d'un droit insuffisamment défini au sein du préambule de 1946, et ce dans le but de limiter la responsabilité de l'État en la matière.

100. La loi relative à la lutte contre les exclusions a été l'occasion d'activer le droit à la protection de la santé en disposant que « *la présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice (...)*³⁰⁹ », l'on passe donc d'une garantie de la protection de la santé à un accès effectif à la protection de la santé³¹⁰.

101. Les politiques menées en matière d'accessibilité territoriale d'accès aux soins connaissent donc une ambivalence entre deux secteurs historiquement cloisonnés et dont les modes de régulation diffèrent. L'un soumis à un régime restrictif d'implantation tandis que le second est libre de toute entrave. Cette différence apparaît dommageable dans la mesure où les deux tendent à assurer un objectif d'intérêt général : la protection de la santé de la population et l'accès aux soins de tous. Ce problème d'absence de programmation quant à la répartition des professionnels de

³⁰⁵ A. Leca, C. Berland-Benhaïm, J.-P. Agresti, « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », in C. Berland-Benhaïm et U. Ngampio-Obélé-Bélé (Dir.), *Les déserts médicaux*, Les études hospitalières, Les cahiers du droit de la santé, n°19, 2014, p. 35

³⁰⁶ *infra*, 926 et s.

³⁰⁷ Conseil constitutionnel, Décision n°89-260 DC du 22 janvier 1990, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé, Considérant 26 : « Considérant qu'il incombe au législateur comme à l'autorité réglementaire, selon leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par le onzième alinéa du Préambule, leurs modalités concrètes d'application ; qu'il leur appartient en particulier de fixer des règles appropriées tendant à la réalisation de l'objectif défini par le Préambule (...) ».

³⁰⁸ P. Egéa, « Les formes constitutionnelles de la santé », art. cit., pp. 31-44

³⁰⁹ Article 1, Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

³¹⁰ L. Caseaux-Labrunée, « Le droit à la santé », in R. Cabrillac (Dir.), *Libertés et droits fondamentaux*, Dalloz, 20^{ème} édition, 2014, p. 933

santé sur le territoire est doublé par l'existence d'inégalités sociales d'accès aux soins qui constituent autant d'entraves à la protection de la santé.

Paragraphe 2. La lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins, une action d'intérêt général

102. Les inégalités territoriales d'accès aux soins constituent souvent l'essentiel de la préoccupation médiatique et politique qui s'explique largement par la surexposition médiatique sur le sujet au détriment des inégalité sociales d'accès aux soins qui se développent en parallèle et constituent autant de freins à la protection de la santé des citoyens.

103. Les inégalités sociales d'accès aux soins se fondent sur différents déterminants et peuvent être classées en deux catégories selon leur origine. Les plus classiquement évoquées sont les inégalités liées à des déterminants économiques entraînant le renoncement aux soins (B), mais nous verrons au préalable que de telles inégalités sociales trouvent encore leur cause dans le gradient social de la population (A).

A. L'existence d'inégalités sociales dans l'accès aux soins issues du gradient social de la population

104. Les inégalités sociales trouvent pour partie leur source dans des causes sociales ou comportementales dues au gradient social (1), face à ces phénomènes de déterminants sociaux, les pouvoirs publics ont tenté de réagir par différentes mesures visant à la protection de la santé de l'ensemble des citoyens (2).

1. Le gradient social comme frein à une protection de la santé uniforme

105. Les inégalités sociales de santé peuvent être entendues comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques (...) qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé*³¹¹ ».

³¹¹ L. Potvin, M.-J. Moquet, C.-M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, Coll. santé en action, 2010, p. 38

106. L'existence d'un gradient social a pour la première fois été mise en exergue par un rapport anglais de 1980³¹². Selon ce rapport, ceux qui sont en haut de l'échelle sociale connaissent un état de santé meilleur que ceux qui se situent en dessous. Les nombreuses études qui ont suivi ont permis de confirmer que « *la relation entre l'état de santé et la position sociale n'est pas limitée aux groupes les plus défavorisés, mais qu'il existe un gradient entre les différentes mesures de la position sociale et l'état de santé*³¹³ » ce qui explique l'utilisation de l'expression gradient social. Pour cette raison, les indicateurs généraux de santé peuvent parfois être trompeurs, une augmentation générale de l'espérance de vie par exemple, ne signifie pas que celle-ci touche de manière égale l'ensemble de la population. Plus encore, les inégalités sociales ont tendance à s'accroître. Pour preuve, en classe de CM2, la proportion d'enfants obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres en 2008, contre quatre fois en 2002³¹⁴. De telles inégalités en fonction du gradient social sont donc existantes et plus encore, se creusent.

107. Si une explication fondée sur des préoccupations monétaires apparaît séduisante, celle-ci n'est pas l'unique facteur de l'existence d'un gradient social en matière de santé et sera étudiée dans un second temps³¹⁵. Selon l'IGAS, il existe cinq grandes catégories de facteurs qui participent à produire des différences sociales de santé d'un individu à l'autre. Le premier facteur a trait aux déterminants biologiques constitués pour l'essentiel de l'état de santé de la personne lié à son âge, son sexe, son patrimoine génétique, il est donc indépendant de sa position sociale. Le deuxième facteur implique les déterminants comportementaux lesquels sont liés au contexte social, et associés pour certains comportements à des risques précis pour la santé tels que le tabac ou l'alcool. Vient ensuite l'entourage de la personne dont le rôle apparaît fondamental. Le quatrième facteur est relatif à l'environnement et les conditions de vie et de travail. Enfin, le cinquième point considère les conditions socioéconomiques d'ensemble de la société : richesse nationale, état du marché du travail et de l'économie, facteurs culturels et leur distribution dans la population³¹⁶.

Il est d'ailleurs souvent cumulé plusieurs facteurs entraînant un état de santé dégradé, « *ce sont souvent les mêmes populations, les moins favorisées (faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, dans l'environnement professionnel (exposition au travail*

³¹² United Kingdom Department of Health and Social Security, *Report of the working group on inequalities in health*, 1980

³¹³ L. Potvin, M.-J. Moquet, C.-M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, *op. cit.*, p. 38

³¹⁴ M. Moleux, F. Schaetzel, C. Scotton, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS, mai 2011, p. 3, le rapport relève d'autres exemples, l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier est inférieure de 5 ans à celle d'un cadre, les hommes sans diplômes ont 2,5 fois plus de risques de décéder avant 65 ans que les hommes ayant effectué des études supérieures...

³¹⁵ Selon le rapport M. Moleux, F. Schaetzel, C. Scotton, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, *op. cit.*, « l'accès au système de soins et la prise en charge des pathologies ne compterait que pour 20% dans les inégalités sociales de santé ».

³¹⁶ M. Moleux, F. Schaetzel, C. Scotton, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, *op. cit.*, p. 11

physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou familial (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont aussi celles dont les comportements (alimentaires, d'activité physique, de prévention, etc.) sont les moins favorables à la santé³¹⁷ ». L'ensemble de ces déterminants créent un véritable effet domino pour les populations qui cumulent plusieurs de ces facteurs. Ces déterminants influent donc directement sur l'état de protection de la santé des citoyens. Dans le même sens, le Haut Comité de la Santé Publique relevait en 1998 que la santé est le fruit d'un processus cumulatif qui débute dès la gestation et se poursuit au cours de l'enfance et de l'adolescence, plus cette période de vie bénéficie de conditions favorables à son développement, meilleur sera l'état de santé à l'âge adulte³¹⁸.

108. Bien que ces facteurs aient une importance particulière, ils n'expriment pas un lien de causalité direct et automatique avec un état de santé dégradé ce qui explique pourquoi les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé restent difficiles à évaluer. Il apparaît essentiel de développer des politiques capables de réduire ces déterminants sociaux et par conséquent leur impact sur l'état de santé des personnes. Ces mesures constituent une nécessité dans l'objectif de protection de la santé des citoyens et d'égal accès aux soins hors de toute considération économique.

2. Les politiques publiques d'intégration des citoyens au système de santé

109. Lutter contre les inégalités d'accès aux soins c'est nécessairement permettre une meilleure intégration du citoyen dans le système de santé, lui donner une chance, hors de toute considération financière d'accéder aux soins les plus adéquats à son état et d'acquérir un comportement favorisant un bon état de santé.

110. La politique visant au développement de l'éducation pour la santé apparaît ici capitale. Cette notion est légalement définie en 2002 comme une composante de la politique de santé ayant pour « *but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladies et d'accidents*³¹⁹ ». L'OMS a aussi défini l'éducation sanitaire en ajoutant une dimension

³¹⁷ DREES, *L'état de santé de la population en France*, DREES/Santé publique France, Rapport 2017, p. 23

³¹⁸ J.-D. Rainhorn, F. Gremy, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Haut comité de la santé publique, Février 1998, p. 10

³¹⁹ Article L. 1417-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé abrogé par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

relative à la nécessité d'apprendre à mettre à profit judicieusement les services sanitaires à disposition des citoyens³²⁰. Le renoncement aux soins peut-être le fait d'une méconnaissance du système de santé ou de protection sociale³²¹ et des possibilités offertes pour protéger la santé des individus. Cette politique éducative peut aussi être un levier d'action quant aux comportements à risques, délétères pour la santé des individus. L'éducation à la santé constitue donc un levier tant en amont qu'en aval de la maladie dont l'intérêt dans la protection de la santé est primordial³²².

111. Il est important que cette politique intervienne le plus tôt possible, car les mauvais comportements sanitaires acquis par les enfants sont souvent la cause de problèmes de santé futurs. Une circulaire de 2016 atteste de cette nécessité en rappelant que la promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie³²³. L'organisation du parcours éducatif de santé pour tous les élèves vise à faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant la prise en charge de sa propre santé, mais aussi à mettre en œuvre des projets de prévention centrés sur des thématiques de santé liées à l'âge des enfants et aux problématiques susceptibles d'avoir un effet sur la scolarité³²⁴.

Il s'agit, a minima de donner la possibilité à chacun de développer une conscience citoyenne, son autonomie et la responsabilité envers autrui³²⁵. Cet investissement éducatif est le point de départ de la lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins.

112. En parallèle du système éducatif, il est essentiel que se développent des mécanismes de promotion de la santé diversifiés auprès des populations les plus sensibles. Cette éducation pour la

³²⁰ OMS, *Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire*, Série de rapports techniques de l'OMS, n°409, 1969, p. 8 : « vise à leur faire acquérir et conserver de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à profit les services sanitaires qui sont à leur disposition, et à les conduire à prendre eux-mêmes, isolément et collectivement, les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent »

³²¹ Une étude l'IRDES a ainsi montré que seuls 22% des personnes éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ont fait valoir leur droit à celle-ci, S. Guthmuller, F. Jusot, J. Wittwer, « Comment expliquer le non-recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°195, février 2014, p. 1

³²² M.-L. Moquet-Anger, « Rapport introductif », in M.-L. Moquet-Anger, *L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, Colloque pluridisciplinaire des 24 et 25 septembre 1998, Faculté de droit et de science politique de Rennes, pp. 15-23

³²³ Circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016 relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves, NOR : MENE1601852C

³²⁴ Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'éducation à la santé est inscrite dans le socle commun des connaissances depuis le Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences, JO du 12 juillet 2006. L'article L. 121-4-1 du Code de l'éducation précise le champ de la mission de promotion de la santé

³²⁵ En ce sens, F. Bourdillon, G. Brûcker, D. Tabuteau, *Traité de santé publique*, 2^{ème} édition, Flammarion, Coll. Médecine – Sciences, 2007, p. 205 relèvent que « Ainsi, l'éducation pour la santé n'aurait-elle plus pour objectif de changer des comportements, mais d'accompagner des individus considérés comme auteur et acteur de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent ».

santé constitue une évolution fondamentale dont les professionnels de santé doivent constituer des acteurs privilégiés par l'élargissement de leurs missions. Ce rôle de guide est aussi joué par les missions locales pour l'insertion professionnelle chez les jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans³²⁶ ou encore par les permanences d'accès aux soins de santé qui permettent l'orientation dans le système de santé pour les personnes qui n'ont pas de couverture sociale ou qui sont désocialisées³²⁷. Néanmoins, ces permanences ne sont qu'une solution transitoire en vue de réintégrer le patient dans le système de soin régulier et ne doivent en aucun cas devenir un lieu de soin quotidien pour les patients.

113. La Nation « *tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales (...)*³²⁸ » pour cela, le législateur a largement développé le champ de la prévention et de la promotion de la santé³²⁹. Ces politiques font l'objet de campagnes de prévention visant à réduire les comportements à risques ou encore à éveiller les consciences sur la nécessité de pratiquer certains dépistages ou actes de soins. Bien que nécessaires, il serait intéressant de s'interroger sur l'impact des campagnes nationales de prévention sur les comportements³³⁰ et notamment chez les personnes les plus sensibles. Le rôle des professionnels de santé est ici fondamental. Ces derniers sont les plus à même à détecter des populations exposées à des risques et comportements pouvant avoir une influence négative sur leur état de santé.

114. De fait, l'action la plus pertinente du fait de son ancrage local est réalisée par l'ARS, chargée de définir et de financer des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie. À ce titre, elle doit veiller à la répartition territoriale de l'offre de prévention et de promotion de la santé

³²⁶ Alinéa 4 de l'article L. 5314-2 du Code du travail modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé : « les missions locales sont reconnues comme participant au repérage des situations qui nécessitent un accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins, et comme mettant ainsi en œuvre les actions et orientant les jeunes vers des services compétents qui permettent la prise en charge du jeune concerné par le système de santé de droit commun et la prise en compte par le jeune lui-même de son capital santé »

³²⁷ Circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), NOR : AFSH1315745C

³²⁸ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique

³²⁹ Lutte contre les maladies transmissibles (Articles L. 3111-1 et s. du Code de la santé publique), lutte contre les maladies mentales (Articles L. 3211-1 et s. du Code de la santé publique), lutte contre l'alcoolisme (Articles L. 3311-1 et s. du Code de la santé publique) (...)

³³⁰ Ce thème a fait l'objet d'un colloque : INPES, *Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?*, INPES, Comptendu du Colloque du 9 décembre 2011, Paris, 67 p. lequel concluait : « Ce colloque a permis de constater que dans tous les pays chacun a son idée à propos des campagnes de prévention. Certains pensent qu'elles sont trop simplistes, coûteuses, mal pensées, mal ciblées..., d'autres qu'elles coûtent trop cher (...) »

notamment³³¹ en finançant ces actions par le fonds d'intervention régional³³². En région PACA, un nombre important d'actions ont été entreprises soit en faveur de populations ciblées : enfants³³³, adolescents, jeunes, personnes en situation de précarité³³⁴, femmes enceintes, parents³³⁵, petite enfance, personnes vieillissantes, personnes en situation de handicap, soit à destination de la population générale³³⁶.

115. Les associations de représentants d'utilisateurs du système de santé sont aussi une voie intéressante pour l'information et l'orientation des populations les plus précaires au sein du système de santé. Cette action semble pour l'heure illusoire tant les associations de représentation des utilisateurs du système de santé peinent à regrouper des bénévoles pour remplir les nombreux mandats de représentation qui leur incombent.

116. En sus de ces inégalités issues des déterminants de santé, il convient d'évoquer le renoncement aux soins pour cause économique et d'analyser les politiques mises en œuvre pour tenter de résoudre cette problématique.

B. Les inégalités économiques dans l'accès aux soins

117. Malgré l'existence d'un système de protection sociale ainsi que le développement de politiques spécifiques propres à faciliter l'accès économique aux soins (1), le système de santé français n'est pas exempt d'inégalités en la matière qui constituent autant des freins dans l'accès aux soins et la protection de la santé des individus (2).

1. Les politiques de réduction des inégalités économiques d'accès aux soins

³³¹ Article L. 1431-2 du Code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2010

³³² Article L. 1435-8 du Code de la santé publique « Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant : 1° A la promotion de la santé et à la prévention des maladies (...) ». Pour l'année 2016, le budget alloué à la prévention et la promotion de la santé est de 18.742.900 euros.

³³³ Action « Ratatouille et Cabrioles » organisée dans quatre départements : Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Var, Vaucluse qui prévoit des ateliers et expérimentations ludiques autour des aliments avec les enfants mais aussi des temps d'échanges avec les parents.

³³⁴ Programme sur l'équilibre nutritionnel accessible aux personnes bénéficiaires de l'aide alimentaire

³³⁵ Programme de prévention des accidents de la vie courante chez et de formation aux gestes de premiers secours

³³⁶ Le détail des actions de prévention et de promotion de la santé menées par l'Agence régionale de la santé PACA est détaillé au sein d'un guide : ARS PACA, *Prévention et promotion de la santé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur*, 2017

118. Face à la difficulté de certains de faire face aux restes à charge après l'intervention par le remboursement de l'assurance maladie ou l'impossibilité d'avancer certains frais, différents dispositifs sont intervenus pour faciliter l'accès économique aux soins.

119. Le premier dispositif à être apparu en 1999 est la couverture maladie universelle qui permet aux résidents français « *une couverture universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles un droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance des frais*³³⁷ ». La CMU offre donc un régime de protection sociale aux personnes ne bénéficiant d'aucun autre régime d'assurance maladie et qui résident en France de manière régulière depuis trois mois³³⁸. Cette dernière a été remplacée par la protection universelle maladie³³⁹ laquelle vise à universaliser la prise en charge des frais de santé. Dès lors, toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité, réside en France de façon stable et régulière dispose d'un droit à la prise en charge de ses frais de santé³⁴⁰. Cette mesure a été mise en place afin de lutter contre les ruptures dans les droits des personnes suite à des changements de situation. La CMU puis la PUMA sont donc des mesures qui permettent l'universalité de la couverture pour les personnes résidant de manière régulière en France.

120. En complément du régime de base d'assurance maladie et face au reste à charge³⁴¹ laissé aux assurés sociaux, les complémentaires de santé sont devenues indispensables pour bénéficier d'une prise en charge globale du prix des soins. Le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur la légalité de ces restes à charges et retient qu'il est « *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*³⁴² ».

121. En ce sens, la loi de 1999 instaurant la CMU a aussi permis la mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire qui ouvre une protection complémentaire santé pour les

³³⁷ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°0172 du 28 juillet 1999, p. 11229

³³⁸ Article L. 380-1 du Code de la sécurité sociale créé par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 et abrogé par la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

³³⁹ Article 59 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JORF n°0296 du 22 décembre 2015, p. 23635, Texte n°1

³⁴⁰ Article L. 160-1 alinéa 1 du Code de la sécurité sociale

³⁴¹ Le reste à charge est constitué par les sommes qui restent à payer par la personne après le remboursement de la part d'assurance maladie notamment le ticket modérateur, la participation forfaitaire sur les séjours hospitaliers lourds ou encore les franchises sur les actes ambulatoires. On peut aussi y inclure les dépassements d'honoraires.

³⁴² Cons. 18, Décision du Conseil Constitutionnel, n°2004-504 du 12 août 2004 sur la loi relative à l'assurance maladie

personnes dont les revenus sont inférieurs à un plafond³⁴³. Ce régime ouvre droit à la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier sans limitation de durée, de la participation à l'euro forfaitaire, des franchises médicales sur les médicaments et les transports sanitaires et introduit différents forfaits sur les soins dentaires, de lunette ou de prothèse auditive³⁴⁴. Il faut encore noter qu'un bénéficiaire qui consulte un praticien pratiquant des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnés ne peut se voir opposer ces derniers, sauf en cas d'exigence particulière de celui-ci³⁴⁵. Enfin, les bénéficiaires de la CMU-C sont depuis la création du régime exonérés d'avance des frais de santé dans leur part de régime de base et complémentaire.

122. Toute la difficulté d'un tel régime est qu'il crée nécessairement des effets de seuil délétères pour ceux qui se trouvent justes au-dessus des seuils définis et ont pour choix, soit de renoncer à la souscription d'une complémentaire, soit d'en assumer la charge financière totale. C'est dans cette optique que le dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été introduit³⁴⁶ il est constitué par une aide financière versée lors de la souscription d'un contrat de complémentaire ou le financement d'un contrat en cours. Sont éligibles les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%³⁴⁷, le montant dépendant de l'âge du bénéficiaire³⁴⁸. Cette mesure visant à briser l'effet de seuil est encourageante d'autant plus que le plafond a été relevé à plusieurs reprises. Toutefois, celui-ci reste relativement bas³⁴⁹ et laisse de nombreuses personnes n'ayant pas pour autant des revenus élevés dans le besoin face à des restes à charge parfois conséquents³⁵⁰.

³⁴³ Le dernier plafond annuel publié est issu du décret n°2017-447 du 30 mars 2017 relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, il s'élève à 8723 euros pour une personne seule

³⁴⁴ Arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé

³⁴⁵ F. Kessler, *Droit de la protection sociale*, Dalloz, 6^{ème} éd, Coll. Cours, Août 2017, pp. 801-802

³⁴⁶ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

³⁴⁷ Dans sa version initiale issue de la loi n°2004-810 du 13 août 2004, l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale prévoyait l'éligibilité pour les personnes dont les revenus se situaient entre le plafond maximum de la CMU-C et celui-ci majoré de 15%, il a progressivement été élevé jusqu'à 35% par la loi n°2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

³⁴⁸ Fonds CMU, *Rapport d'activité 2016*, 2016, p. 24 précise qu'en 2016, près d'1,5 million de personnes ont reçu une attestation de l'ACS, le montant est de 100 euros pour les personnes de moins de 16 ans, 200 euros pour les personnes de 16 à 49 ans, 350 euros pour les personnes de 50 à 59 ans et enfin de 550 euros pour les personnes de 60 ans et plus

³⁴⁹ Le plafond de bénéfice de l'ACS pour une personne seule est situé à 11.776 euros soit un salaire mensuel de 981 euros

³⁵⁰ B. Dormont, « La couverture des soins par les assurances-maladie obligatoire et complémentaires : quels enjeux pour le système de soins ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 806-819 « pour les soins de ville, 1% des assurés ont un reste à charge moyen de 4026 euros »

123. Les pouvoirs publics agissent aussi sur la régulation de la tarification des activités médicales, à cet égard, « *les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins*³⁵¹ ». Ainsi, les tarifs sont déterminés par les conventions nationales qui constituent une « *mécanique tarifaire*³⁵² ». Les prix fixés par les conventions sont dits tarifs conventionnels et serviront de base de remboursement pour l'assurance maladie.

Les médecins libéraux peuvent exercer en secteur 1, dit secteur à honoraires opposables c'est-à-dire qu'ils pratiquent les tarifs fixés par la convention et permettent un remboursement maximal de leurs patients ou, sous conditions³⁵³, en secteur 2. Dans ce secteur, les médecins ont la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires qui constituent autant de frais résiduels une fois le remboursement de l'assurance maladie effectué. La part de médecins exerçant en secteur 2 est relativement contenue chez les médecins généralistes avec 9,5% des effectifs, mais elle est beaucoup plus significative chez les spécialistes avec près de 43% d'entre eux³⁵⁴. Les honoraires doivent toutefois être « *déterminés avec tact et mesure* » ce qui a donné lieu à des précisions de la part de la jurisprudence³⁵⁵.

Les professionnels exerçant en secteur 2 sont tenus de pratiquer les tarifs opposables de la sécurité sociale quand ils soignent des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, la convention médicale rappelle encore que les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents « *fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit*³⁵⁶ » ce qui fait écho à la formule d'honoraires fixés avec tact et mesure du code de la santé publique³⁵⁷. Toutefois, la jurisprudence ordinale n'est pas rare concernant des médecins

³⁵¹ Article L. 162-2-1 du Code de la sécurité sociale créé par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

³⁵² F. Kessler, *Droit de la protection sociale, op. cit.*, p. 269

³⁵³ L'article 38.1.1 de l'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 prévoit les conditions d'accès au secteur 2. Peuvent ainsi demander à pratiquer des honoraires différents, les médecins qui s'installent pour la première fois en exercice libéral et titulaires de l'un des titres suivant : ancien chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux, ancien chef de clinique des universités de médecine générale, ancien assistant des hôpitaux, médecin des armées, praticien hospitalier nommé à titre permanent, praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions

³⁵⁴ CISS, « Sécurité sociale. L'exercice libéral de la médecine. Honoraires médicaux et taux de prise en charge par l'assurance maladie », *Santé info droits pratique*, p. 1

³⁵⁵ Conseil d'Etat, 1^{ère} et 4^{ème} sous-sections réunies, 9 décembre 1994, n°114650, Le caractère systématique a ainsi été sanctionné chez un praticien qui facturait en moyenne le triple des tarifs conventionnels alors qu'il n'existait pas de circonstances exceptionnelles de temps, de lieu ou une autorité médicale accrue de nature à justifier de tels dépassements

³⁵⁶ Article 38.3 de l'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

³⁵⁷ Article R. 4127-53 du Code de la santé publique

demandant des dépassements d'honoraires alors que les patients bénéficiaires de ces aides en sont normalement exonérés³⁵⁸.

124. Depuis 2011, les partenaires conventionnels œuvrent dans le sens d'une maîtrise des dépassements d'honoraires dans un but d'accès aux soins. A ainsi émergé une option conventionnelle dite option pratique tarifaire maîtrisée par laquelle le médecin s'engage à ne pas dépasser le taux de dépassement moyen calculé à partir de ses trois dernières années d'exercice et le nombre de consultations réalisées à tarif opposable sur la même période en contrepartie de quoi les patients de ces professionnels bénéficient des remboursements du secteur 1 souvent plus intéressant. Les professionnels pour leur part « *perçoivent une rémunération supplémentaire calculée sur la base des honoraires à tarifs opposables assujettis à un taux variant du simple au triple en fonction des spécialités*³⁵⁹ ». L'adhésion à ces contrats reste cependant basée sur le volontariat ce qui permet de conserver un secteur 2 dont les limites en matière d'accès aux soins ne sont pourtant plus à prouver³⁶⁰. Pour Romain Marié, l'évolution du nombre de praticiens exerçant en secteur 2 ainsi que les honoraires pratiqués participent d'une « *évolution, assimilable à une dérive faute d'être totalement justifiée par une augmentation dans des proportions équivalentes du montant des charges pesant sur les professionnels de santé*³⁶¹ » ce qui nuit grandement à l'accessibilité aux soins.

125. Bien que les pouvoirs publics agissent de manière positive sur la question du prix des soins et de l'accès à une complémentaire santé notamment, il persiste des inégalités entraînant un renoncement aux soins lié au facteur financier.

2. Le maintien de facteurs d'inégalités économiques entraînant un renoncement aux soins

³⁵⁸ Décision de la Chambre disciplinaire nationale du 17 mai 2016, n°12489 est considéré comme une méconnaissance de l'obligation de fixer avec tact et mesure ses honoraires, la demande d'un versement de 500 euros de dépassements d'honoraire pour une personne bénéficiaire de la CMU ; Décision de la chambre disciplinaire du 15 février 2016, n°12385 dans cette instance, un praticien a refusé la dispense d'avance de frais à trois bénéficiaires de l'AME pourtant en possession d'un titre valide au prétexte d'un litige l'opposant à la CPAM sur des honoraires impayés

³⁵⁹ R. Marié, « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », *Droit social*, 2017, n°1, pp. 71-78

³⁶⁰ D. Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances maladies », *Droit social*, 2010, n°1, pp. 85-92, « Dès 1980, le secteur 2, conçu par le gouvernement, a été introduit, malgré les réserves, pour ne pas dire l'hostilité, des syndicats médicaux, dans la convention médicale. Son succès n'a pas été immédiat. 7% seulement des médecins libéraux l'ont choisi en 1980. Mais au fil du temps son attractivité s'est accrue et en 1989, un an avant qu'il ne soit « gelé » par la convention de 1990, près d'un tiers des médecins exerçaient en secteur 2. Depuis, dès lors, malgré l'absence de droit d'option généralisé entre secteur 1 et secteur 2, la pratique de dépassements d'honoraires n'a cessé de progresser ».

³⁶¹ R. Marié, « Dépassements d'honoraires et accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, n°3, pp. 511-519

126. Malgré les aides mises en œuvre pour les personnes en situation économique difficile, il persiste des inégalités qui entraînent un renoncement aux soins. C'est le cas notamment lorsque les personnes n'ont pas accès à une mutuelle³⁶² ou une mutuelle dont les garanties ne permettent pas une prise en charge des surplus financiers ce qui est fréquemment le cas en matière d'affection de longue durée. Les restes à charge ont tendance à se multiplier³⁶³ ce qui acte un retrait progressif du champ de remboursement des assurés sociaux qui ne peuvent avoir accès à une complémentaire de qualité. Si le taux global de couverture par une complémentaire de 95% apparaît satisfaisant, ce sont les populations les plus précaires qui connaissent le plus fort taux d'absence de couverture (14% des individus aux revenus inférieurs à 650 euros)³⁶⁴ et ce, principalement pour un motif financier³⁶⁵.

127. Malgré le taux élevé de recours à une complémentaire en France, la qualité de cette couverture n'est pas homogène au sein de la population, « *les salariés bénéficiant d'un contrat proposé par leur employeur profitent, en général, d'une meilleure couverture. De même, et en particulier pour les plus âgés qui font face aux primes les plus élevées, les ressources financières des ménages conditionnent, en partie, leur accès à des contrats de qualité (...)*³⁶⁶ ». À l'origine, les complémentaires ont été instituées dans une idée de « *complément supplément* », devenu par la suite un « *complément-nécessaire* »³⁶⁷.

Cette inhomogénéité de la couverture complémentaire pourtant devenue une véritable « *condition d'accès aux soins*³⁶⁸ » entraîne, de fait, des différences dans les restes à charge des ménages et comme le souligne Didier Tabuteau, « *l'expansion du champ des assurances complémentaires peut bouleverser à terme les équilibres établis en matière de protection de la santé*³⁶⁹ ». Ceci s'explique d'une part par le prix d'acquisition d'une complémentaire santé et d'autre part, par la logique qui diffère entre les entreprises d'assurance complémentaire dont le prix est conditionné par le risque de réalisation et

³⁶² Selon M. Barlet, M. Befly et D. Raynaud, Les complémentaires santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties, *Panoramas de la DREES Santé*, éd 2016, p. 3 : « Avec 95% de personnes couvertes, la France est, parmi les principaux pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), celui où la couverture privée est la plus répandue ».

³⁶³ Ticket modérateur, forfaits, franchises, dépassements d'honoraires, dépassements des tarifs de référence des dispositifs médicaux...

³⁶⁴ M. Barlet, M. Befly et D. Raynaud, *Les complémentaires santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, Panoramas de la DREES Santé, éd 2016, p. 52

³⁶⁵ *Ibidem*, p. 53, le motif financier est évoqué dans 53% des cas d'absence de couverture par une complémentaire

³⁶⁶ *Ibidem*, p. 4

³⁶⁷ A.-S. Giron, « La déconnexion juridique des paniers de soins. Etude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 831-846

³⁶⁸ B. Dormont, « La couverture des soins par les assurances-maladie obligatoire et complémentaires : quels enjeux pour le système de soins ? », art. cit., pp. 806-819

³⁶⁹ D. Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances maladies », art. cit., pp. 85-92

l'assurance maladie obligatoire où la cotisation est indépendante du risque. La généralisation des mutuelles santé d'entreprise³⁷⁰ pour les salariés est l'exemple le plus récent de cette fuite en avant³⁷¹.

128. Les effets de seuils demeurent très importants malgré l'introduction de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et les populations se retrouvant en limite d'accès ont bien souvent des sommes à dépenser en inadéquation avec leurs capacités financières. Cette aide gagnerait à devenir plus progressive avec différents seuils pourrait permettre de gommer une partie de ces disparités. Si cette hypothèse peut permettre une couverture de l'ensemble de la population, elle ne garantit pas pour autant une couverture de qualité³⁷², raison pour laquelle il est essentiel d'opérer une démarche de contractualisation avec les offreurs en matière de complémentaire notamment autour d'obligations minimales des contrats. Sans mener une telle politique, le transfert de charge progressive de l'assurance maladie vers les complémentaires se soldera par un creusement des inégalités sociales d'accès aux soins.

129. De plus, il convient de limiter l'impact des restes à charge sur les personnes dont les pathologies entraînent des surcoûts insurmontables³⁷³. Différents pays ont ainsi introduit un plafond maximal annuel, ne pas limiter ces sommes « *contrevient au principe de solidarité censé inspirer notre système*³⁷⁴ ».

130. A côté de la politique visant à améliorer la couverture complémentaire, il est utile d'œuvrer en matière de contrôle des professionnels de santé. Le refus de soins pour cause économique constitue une discrimination dans l'accès aux soins³⁷⁵ qui peut donner lieu à une sanction ordinaire

³⁷⁰ Introduit par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

³⁷¹ D. Tabuteau, « Le « New deal » des assurances maladies obligatoires et complémentaires », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 791-805, entre 2000 et 2012, la prise en charge par l'assurance maladie a reculé de 1,2% alors que, dans le même temps, celle financée par les assurances complémentaires a augmenté de 1,3%

³⁷² C. Franc, « Le partage de la couverture maladie obligatoire et assurances complémentaires : les défauts d'un système mixte », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 820-830, cet article illustre les différentes classes de mutuelles et les remboursements alloués au travers plusieurs exemples. Ainsi pour une consultation chez un spécialiste exerçant en secteur 2, le reste à charge moyen constaté est de l'ordre de 45 euros, les contrats complémentaires de première classe remboursent 40 euros alors que ceux de la dernière classe ne remboursent que 7 euros. L'exemple est encore plus marquant en matière de prothèses auditives, le reste à charge moyen est de 2740 euros et l'échelle de remboursement suivant les classes de contrats vont de 1198 euros à 140 euros.

³⁷³ Pour rappel, 1% de la population connaît, du fait de ses pathologies un reste à charge proche de 5000 euros annuels.

³⁷⁴ B. Dormont, « La couverture des soins par les assurances-maladie obligatoire et complémentaires : quels enjeux pour le système de soins ? », art. cit., pp. 806-819

³⁷⁵ Article L. 1110-3 du Code de la santé publique étant toutefois précisé que l'Article R. 4127-27 du Code de la santé publique permet au médecin de refuser les soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité

s'ouvrant par une conciliation³⁷⁶, mais aussi pénale³⁷⁷ bien que ces hypothèses soient inexistantes ce qui s'explique notamment par le simple souhait d'être soigné. Ce phénomène a été mis en avant à de nombreuses reprises depuis les années 2000³⁷⁸. Les taux de refus affichés par les différentes enquêtes en la matière varient en fonction de la spécialité médicale, du secteur de conventionnement ou encore de la localisation du médecin. À titre d'exemple, une enquête a relevé pour l'exercice de la médecine générale une moyenne de 19,4% de refus pour les bénéficiaires de la CMU-C sur Paris³⁷⁹.

Face à cette réalité, le défenseur des droits a proposé le développement de conventions entre les caisses d'assurance maladie et les ordres professionnels pour mettre en place des testings³⁸⁰. Cette hypothèse a été mise en œuvre par la loi de modernisation du système de santé qui modifie les prérogatives du conseil de l'ordre des médecins et précise désormais que ce dernier « *évalue, en lien avec des associations de patients agréées (...) et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins (...). Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés*³⁸¹ ». Toutefois, l'on peut se demander si le Conseil de l'ordre aura le courage de mettre de l'ordre dans ses rangs par des mesures impopulaires telles que le testing³⁸², et ce malgré l'encourageant communiqué de presse du CNOM qui a manifesté sa volonté de porter plainte contre les médecins annonçant leur refus de prendre en charge les patients tributaires de la CMU-C et de l'AME³⁸³.

³⁷⁶ Article L. 1110-3 du Code de la santé publique alinéa 3 et 4 « Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Hors cas de récurrence, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte (...) ».

³⁷⁷ Article 225-1 du Code pénal

³⁷⁸ Médecins du monde, « *Je ne m'occupe pas de ces patients* » Dr X, Lyon, 2 février 2006 : *testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie Universelle ou de l'aide médicale d'Etat dans 10 villes de France*, Octobre 2006, 42 p., IRDES, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*, Rapport à la demande du Fonds CMU, 2009, 99 p., J.-F. Chadelat, *Le refus de soins des bénéficiaires de la CMU*, Rapport à la demande du Ministre de la santé et des solidarités, 2006, 32 p.

³⁷⁹ IRDES, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris ...*, *op. cit.*, p. 69

³⁸⁰ Défenseur des droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Rapport remis au Premier ministre, Mars 2014, p. 15

³⁸¹ Article L. 4122-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le décret n°2016-1009 du 21 juillet 2016 relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins institue auprès de chaque conseil national des ordres des professionnels de santé médicaux, une commission chargée d'évaluer les pratiques de refus et peuvent « notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients »

³⁸² M. Legmann, « *Edito* », *Médecins*, n°6, juillet – août 2009 relève que le testing « ne relève ni de notre culture, ni de notre pratique »

³⁸³ Communiqué de presse du Conseil national de l'ordre des médecins du 2 février 2017 intitulé : Refus de soins : l'Ordre va porter plainte contre les médecins annonçant leur refus de prendre en charge des patients tributaires de la CMU-C et de l'AME

131. Le paysage sanitaire apparaît complexe et inégalitaire. Ces inégalités ont été mises en lumière et concernent non seulement un aspect territorial, mais aussi social dans l'accès aux soins. Dans ce maquis sanitaire, le médecin généraliste est censé opérer une « véritable mission de régulation au sein du système de santé³⁸⁴ ». Force est de constater que son statut ainsi que ses effectifs sont aujourd'hui écornés de manière importante³⁸⁵. Cette diminution progressive des effectifs doit être endiguée par la revalorisation du statut du médecin généraliste afin d'en faire le véritable pivot du système de santé.

Section 2. La recomposition du paysage sanitaire autour du médecin généraliste

132. Le médecin généraliste, autrefois appelé médecin de famille du fait de la proximité entretenue avec ses patients est essentiel au système de santé en ce qu'il constitue le maillon primaire de l'accès aux soins. Il est la première oreille à laquelle se confie le patient, cette position particulière fait de lui un authentique garant de la protection de la santé. Malgré cette place fondamentale du généraliste, la profession peine à séduire de nouveaux médecins et ces derniers, une fois diplômés ne trouvent pas la place qui leur revient dans le système de santé.

133. Il est donc indispensable de participer à une revalorisation de la médecine générale vis-à-vis du monde universitaire et hospitalier (Paragraphe 1), et d'en modifier la pratique afin de la rendre conforme à l'intérêt général de protection de la santé et d'accès aux soins (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Les leviers de la lutte contre la dévalorisation de la médecine générale

134. La dévalorisation du métier de médecin généraliste ainsi que sa désaffection auprès des étudiants en médecine est symptomatique d'un système de formation tourné exclusivement autour des enseignements et de la pratique hospitalière, il convient ainsi de travailler sur une réforme de

³⁸⁴ N. Kerschen, P. Sopena, « Le grand tournant de la médecine générale », *Droit social*, 1997, pp. 471-475

³⁸⁵ Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, 2017, p. 51, le tableau de l'ordre recense 88.137 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) alors qu'elle en comptait 97.012 en 2007, les projections à 2025 font état d'une baisse aux alentours de 79.000 généralistes

la formation plus équilibrée (A) et de contribuer au développement de modes d'exercices susceptibles de répondre aux attentes des étudiants et médecins (B).

A. Le rééquilibrage de la formation médicale autour de la médecine générale

135. Longtemps, la médecine générale est demeurée un exercice non reconnu comme spécialisé, cet isolement ajouté à l'absence d'enseignements dispensés par des médecins généralistes et de terrains de stage a contribué à déséquilibrer les rapports entre les généralistes et les autres spécialistes. Le rééquilibrage des rapports entre ces derniers passe tout d'abord par la reconnaissance au niveau universitaire de la médecine générale (1) et par sa consécration pratique par le développement de terrains de stages obligatoires de médecine générale (2).

1. La lente reconnaissance universitaire de la médecine générale

136. L'attachement de la médecine à la pratique hospitalière remonte à la mise en place des centres hospitaliers universitaires en 1958³⁸⁶. Ce rapprochement a eu un effet de déconnexion entre les facultés et la pratique de la médecine générale. L'exercice et l'apprentissage hospitalo-universitaire ont participé à une technicisation et une hyperspécialisation de la médecine qui avait débuté par l'établissement en 1949 de listes de médecins spécialistes³⁸⁷, cette liste a été largement élargie par la suite pour compter aujourd'hui 44 spécialités médicales³⁸⁸. Longtemps, la médecine générale a été ignorée de ces spécialités et c'est seulement en 2004 qu'elle a été reconnue comme telle³⁸⁹. Jusqu'à cette date, l'étudiant se destinant à la médecine générale n'avait pas besoin de passer l'internat. De fait, la médecine générale a longtemps été assimilée à un échec à l'internat ou au souhait de ne pas s'y confronter. Le doyen Lévy évoque l'idée à l'époque d'une « *véritable perversion*

³⁸⁶ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, JORF n°0307 du 31 décembre 1958, p. 12070

³⁸⁷ Arrêté du 6 octobre 1949 relatif à l'établissement des listes de médecins spécialistes et de médecins compétents en application de l'art. 11 du code de déontologie médicale, JORF du 12 octobre 1949 page 10314 prévoit en son article 2 qu'est « considéré comme médecin spécialiste qualifié, tout docteur en médecine qui possède, dans une des disciplines médicales énumérées au présent article, des titres ou des connaissances particuliers dont la liste et la nature sont fixées par le CNOM avec l'approbation du ministre de la santé publique (...) ». Les disciplines médicales visées au présent article sont la chirurgie générale, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la stomatologie, la biologie médicale, la gynécologie obstétrique, la dermatovénérologie, la pneumo-physiologie, la neurologie et la psychiatrie (...).

³⁸⁸ Liste des 44 spécialités actuelles dans l'annexe 1 de l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine, JO n°0100 du 28 avril 2017, texte 29 sur 193

³⁸⁹ Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, JORF n°15 du 18 janvier 2004 page 1394

pédagogique », la place du médecin généraliste étant essentielle, alors que ce dernier « *est sélectionné par l'échec*³⁹⁰ ».

137. Par cette réforme, la médecine générale devient donc une spécialité ce qui implique que les médecins souhaitant devenir généralistes poursuivent un troisième cycle spécialisé dans ce domaine. L'utilisation du terme spécialisé a d'ailleurs participé à une confusion entretenue par les textes, jusqu'en 2016 le code de l'éducation retenait qu'après la « *validation du troisième cycle, un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la qualification obtenue, soit en médecine générale, soit en spécialité*³⁹¹ », ce dernier texte a évolué et la formule est aujourd'hui « *un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la spécialité dans laquelle il est qualifié*³⁹² ». Le code de la sécurité sociale pour sa part conserve la distinction et rappelle que « *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*³⁹³ ». Ces détails textuels ne manquent pas de maintenir un clivage entre les spécialistes de médecine générale et les autres.

138. La seconde clé de progression de cette universitarisation consiste en l'intégration des généralistes dans la formation des étudiants en tant qu'enseignants universitaires. La participation de généralistes au cursus des étudiants en médecine n'est intervenue qu'à partir de 1991³⁹⁴ par l'apparition du statut de professeur associé de médecine générale³⁹⁵. Bien que ce premier acte constitue une évolution, la différence de statuts entre les médecins hospitaliers et généralistes au sein du cursus souligne cette volonté de conserver un enseignement spécialisé, marqué par le monde hospitalier. C'est seulement avec l'introduction du DES de médecine générale que le statut universitaire des médecins généralistes a connu une évolution notable. La filière universitaire de médecine générale apparaît en 2008 composée de personnels titulaires : les professeurs des universités de médecine générale, les maîtres de conférences des universités de médecine générale,

³⁹⁰ G. Lévy, in F. Grémy (sous la direction de), *La réforme Debré un tiers de siècle après*, Actes du colloque de Caen, 9-10 décembre 1996, éd. de l'École nationale de santé publique, 1998, p. 58

³⁹¹ Article L. 632-4 du Code de l'éducation modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

³⁹² *Ibidem*

³⁹³ Article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale

³⁹⁴ Cette date correspond à la naissance statutaire de postes universitaires pour les médecins généralistes. Toutefois, on peut noter que des pionniers ont créé, dès 1983 le Collège national des généralistes enseignants. La CNGE a ainsi permis des expérimentations au sein des facultés qui leur permettaient d'enseignements de médecine générale.

³⁹⁵ Décret du 5 novembre 1991 portant nomination de professeurs associés de médecine générale (enseignements supérieurs, disciplines médicales), JORF n°263 du 10 novembre 1991. D'autres professeurs ont été nommés un an plus tard par un Décret du 15 juillet 1992 portant nomination de professeurs associés de médecine générale, JORF n°167 du 21 juillet 1992

et des personnels non titulaires : les chefs de cliniques des universités de médecine générale³⁹⁶. Ces statuts permettent de cumuler des activités d'enseignement, des fonctions de recherche et une activité de soins en médecine générale et ambulatoire. La loi HPST a prévu, en ce sens, la création a minima de vingt postes de professeurs des universités de médecine générale, trente pour les maîtres de conférences des universités de médecine générale et cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale³⁹⁷.

Aucune donnée concernant l'évolution du nombre d'enseignants en médecine générale par type de postes n'est publiée³⁹⁸, toutefois, le SNEMG déclare que l'on recense au 31 octobre 2017 187 enseignants équivalents temps plein en médecine générale pour encadrer les internes dont 85 titulaires et 204 enseignants associés³⁹⁹. Une illustration au niveau local émerge des chiffres fournis par l'université d'Aix-Marseille sur son site internet⁴⁰⁰, l'université recense 221 professeurs des universités, praticiens hospitaliers contre un professeur associé à mi-temps de médecine générale. Le même constat est fait pour les postes de maître de conférences des universités, ils sont 86 praticiens hospitaliers contre un pour la médecine générale. La présence d'enseignants issus de la médecine générale relève encore de l'exception alors que ce sont ces derniers qui devront être en première ligne face aux défis offerts par notre système de santé.

139. Un point positif permis par la loi de modernisation du système de santé nécessite d'être évoqué à ce stade. Il s'agit de la possibilité offerte aux centres de santé⁴⁰¹ ainsi qu'aux maisons de santé pluridisciplinaires⁴⁰² de devenir des composantes universitaires associées. Ces deux structures peuvent conclure avec l'agence régionale de santé et un établissement public à caractère

³⁹⁶ Article 1 du Décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale, NOR : ESRX0814933D

³⁹⁷ Article 47 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, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184

³⁹⁸ La seule indication précise trouvée est issue d'une question au gouvernement par un Sénateur, Question écrite n°02787 de M. Bruno Gilles, publiée dans le JO Sénat du 1/11/2012, p. 2447. Le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche évoque trente-huit enseignants titulaires (30 professeurs et 8 maîtres de conférences des universités de médecine générale)

³⁹⁹ CNGE, SNEMG, *Ratio enseignants/ étudiants de médecine générale. En progression mais toujours très inférieur aux autres disciplines médicales*, Communiqué de presse du 29 avril 2016

⁴⁰⁰ <https://medecine.univ-amu.fr/fr/personnel-enseignant>

⁴⁰¹ Article L. 6323-1 du Code de la santé publique « 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. (...) Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie (...) ».

⁴⁰² Article L. 6323-3 du Code de la santé publique « 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 (...) ».

scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins primaires⁴⁰³. La possibilité de mettre en œuvre de telles conventions est conditionnée par la présence d'une majorité de praticiens maîtres de stage des universités au sein de la structure, par l'accueil régulier d'au moins deux étudiants en 2^e cycle et 2 de 3^e cycle, par la réalisation de recherches en soins primaires et enfin par la présence au sein de la structure d'un enseignant titulaire universitaire de médecine générale ou un enseignant associé et un chef de clinique ou ancien chef de clinique. Cet arrêté permet ainsi le développement d'une structure de formation et de recherche en soins primaires hors des centres hospitaliers universitaires. Bien que cette initiative apparaisse comme intéressante, les conditions restrictives de mise en œuvre liées à la présence notamment d'un praticien universitaire titulaire ou associé ainsi que l'absence de financements dédiés pour les activités de recherche laissent présager que peu de ces structures entameront une démarche d'universitarisation, d'autant plus qu'elles sont souvent déjà débordées par leur activité de soins.

140. En parallèle de l'évolution universitaire formelle de la médecine générale, les études médicales doivent permettre une ouverture d'esprit des étudiants ce qui passe par le développement de terrains de stage hors les murs des établissements de santé.

2. Les lacunes du cursus médical en matière de stages de médecine générale

141. Longtemps, de nombreux étudiants ont pu réaliser l'ensemble de leur cursus médical sans réaliser de stage en médecine générale. Le premier pas en ce sens est l'introduction d'un stage obligatoire auprès d'un médecin généraliste au cours du deuxième cycle des études médicales par un arrêté de mars 1997⁴⁰⁴ dont un décret précise les formalités de réalisation, notamment la durée d'un semestre⁴⁰⁵. Ce stage doit obligatoirement être effectué auprès d'un professionnel agréé comme maître de stage et peut se dérouler au sein d'un « *cabinet libéral, un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers*⁴⁰⁶ ». L'objectif

⁴⁰³ Arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires, JORF n°0250 du 25 octobre 2017

⁴⁰⁴ Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JORF n°72 du 26 mars 1997, page 4684

⁴⁰⁵ Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés, JORF n°115, 18 mai 1997, p. 7538, Article 2

⁴⁰⁶ *Ibidem*, Article 1

affiché est donc de confronter les étudiants à une médecine différente de celle pratiquée au sein des services hospitaliers dans lesquels ils sont formés la majorité du temps.

142. Les praticiens de médecine générale qui souhaitent devenir praticiens agréés maîtres de stage des universités doivent répondre à divers critères définis par un arrêté de 2015⁴⁰⁷. Ils doivent justifier d'au moins une année d'exercice pour encadrer des stages de deuxième cycle des études médicales et sont agréés pour cinq ans par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'étudiant. Une charte, rédigée par le collège national des généralistes enseignants en 2012 précise d'autres conditions quant à l'obtention de l'agrément⁴⁰⁸. Le praticien doit encore exercer une activité de soins primaires régulière et principale, participer régulièrement à la formation médicale continue, justifier d'une formation initiale à la pédagogie. En contrepartie de l'accueil et l'accompagnement des étudiants en médecine, les professionnels reçoivent une rémunération supplémentaire fixée à 600 euros bruts par mois de stage et par étudiant⁴⁰⁹.

Ce stage a pour vertu essentielle de sortir les externes de l'hôpital et leur permettre de découvrir l'exercice de la médecine générale qui n'a rien de commun avec le soin au sein des centres hospitalo-universitaires. La maladie est souvent appréhendée à des stades précoces par les généralistes, les moyens directs à disposition sont aussi bien plus réduits ce qui mobilise des capacités de réflexion importantes et un travail intellectuel passionnant.

143. Cependant, la possibilité d'effectuer un stage est limitée par le nombre de médecins volontaires à devenir maîtres de stages des universités, mais aussi par l'absence de communication de la part des facultés. Le collège national des généralistes enseignants note ainsi qu'au 1^{er} janvier 2016, on décomptait 8550 maîtres de stages des universités soit une augmentation de 8,7% par rapport à l'année précédente, il relève ensuite qu'au total, 66,9% des étudiants en deuxième cycle ont pu bénéficier d'un stage en médecine générale⁴¹⁰. Ces chiffres bien qu'en augmentation démontrent la nécessité d'accentuer l'information auprès des professionnels susceptibles de devenir maîtres de stage. Différentes thèses de médecine ont été consacrées au sujet de l'appréhension par les professionnels à exercer la fonction de maître de stage⁴¹¹. De ces travaux transparaît un

⁴⁰⁷ Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine, JORF n°0269 du 20 novembre 2015, page 21613

⁴⁰⁸ SNEMG, CNGE, *Charte des maîtres de stage des universités*, 6 février 2012, 7 p.

⁴⁰⁹ Article 5 de l'arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine, JORF n°0269 du 20 novembre 2015, page 21613

⁴¹⁰ Communiqué du Collège national des généralistes enseignants, *Maître de stage des universités et stages de médecine générale : Poursuite de la progression de l'offre*, 17 mai 2016

⁴¹¹ C. Lanoote, *La maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire : points de vue de médecins n'ayant jamais reçu de stagiaire, analyse du manque d'attractivité de la fonction*, Faculté de Médecine Paris-Descartes, 2013, 81 p., M. Pelletier, *Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage*, Faculté de Médecine de Bordeaux, 2013, 156 p.

paradoxe, sur un panel de généralistes interrogés, « plus de 4/5^{ème} pensent que le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral⁴¹² » or, il ressort de la même étude que près de la moitié ne souhaitent pas le devenir. En effet, pour près de 80% d'entre eux, recevoir un étudiant en stage représenterait une perte de temps, pour 75%, la présence d'un stagiaire constituerait une gêne dans la relation médecin – malade. Enfin, la moitié des praticiens ont peur du regard critique susceptible d'être posé sur leur pratique par le stagiaire. Si la majorité exclut la question financière, une minorité exprime une prime trop faible versée aux médecins en contrepartie de l'investissement temporel que représente la réception d'un stagiaire⁴¹³.

144. Ce manque d'investissement de la part des professionnels installés est dommageable tant la pratique peut-être un élément important du choix futur d'exercice de l'étudiant. Toutefois, les pouvoirs publics ont une grande part de responsabilité. Le fait d'avoir institué un stage obligatoire sans s'assurer d'en permettre la réalisation, et ce, depuis 1997 constitue une abstention dommageable pour l'accès aux soins. La convention des médecins généraliste peut-être un levier intéressant pour engager plus de médecins généralistes dans la voie de la maîtrise de stage. Ces mesures de formation des étudiants en médecine participent à la revalorisation du métier de généraliste et par ricochet à la reconstitution d'un stock suffisant de praticiens généralistes.

145. L'enseignement au sein des facultés de médecine ainsi que l'exécution de stages au sein de structures de la médecine générale tiennent une place fondamentale dans la possibilité de revaloriser le statut des généralistes. La formation est un levier formidable pour pallier ces problématiques. Malgré tout, le constat est aujourd'hui encore celui d'une formation tournée vers la pratique hospitalière qui apparaît comme un paradoxe devant la volonté affichée de placer le médecin généraliste en pivot du système de santé. Il est donc nécessaire de rendre effectifs et d'accentuer les engagements de la loi HPST en matière de titularisation de médecins généralistes, de promouvoir la maîtrise de stage auprès des médecins afin de revaloriser la médecine générale auprès des étudiants en médecine.

146. Ces évolutions dans la formation des médecins doivent se doubler d'une rénovation de la pratique libérale conforme aux désirs professionnels.

⁴¹² M. Pelletier, *Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage*, Faculté de Médecine de Bordeaux, 2013, p. 56

⁴¹³ La nécessité de la revalorisation et la vitesse du paiement de cette contrepartie a été soulevée par plusieurs rapports comme un des freins à la maîtrise de stage. V. Delahaye-Guillocheau, A. Jeannet, M. Vernerez, F. Mallet, J.-P. Pittoors, *Création de la filière universitaire de médecine générale*, Rapport de l'IGAS et de l'IGAENR, Février 2007, p. 25

B. L'évolution des modes d'exercices de la médecine générale

147. La valorisation de la filière universitaire de médecine générale doit inévitablement s'accompagner de modifications dans l'exercice de la médecine générale. Ces modifications doivent apparaître conformes aux aspirations de jeunes médecins et étudiants en médecine (1) en s'orientant vers une diversification des modes d'exercices collectifs de la médecine (2).

1. L'évolution des aspirations des médecins et étudiants en médecine

148. Les chiffres concernant les modes d'exercices des médecins généralistes montrent un intérêt grandissant pour l'exercice salarié de la médecine générale qui représentent 17% des médecins généralistes inscrits à l'ordre en 2012. L'exercice libéral reste toutefois majoritaire avec 61% des praticiens tandis que l'exercice hospitalier rassemble 16% d'entre eux⁴¹⁴. Une enquête statistique réalisée auprès de jeunes médecins d'Île-de-France soulève l'essentiel des aspirations de ces derniers⁴¹⁵. Certains chiffres sont évocateurs quant au type d'activité que souhaitent pratiquer ces jeunes professionnels. Ils sont seulement 37% à souhaiter conserver une activité de nuit, le choix de leur spécialité et de leur mode d'exercice est guidé dans l'ordre par l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (86%), une ambiance de travail agréable (86%), l'intérêt de la pratique médicale (76%), le travail en équipe (74%). Plus loin, vient pour 61% d'entre eux, la conformité des revenus à leurs attentes, pour 56% les horaires de travail, pour 54% des rapports hiérarchiques simples, 55% la facilité à obtenir un poste ou de s'installer et enfin pour 50% des tâches administratives moins lourdes.

Ces chiffres marquent une volonté pour la plupart des jeunes médecins d'un exercice différent que celui de leurs aînés. Le rapport Bruguère constate un véritable « *effet générationnel* » avec des générations nouvelles qui désirent se consacrer davantage que leurs prédécesseurs à la vie familiale ou aux loisirs⁴¹⁶. Leur envie est aussi celle d'un travail collaboratif et coordonné pour lutter contre « *l'isolement intellectuel* »⁴¹⁷ qui guette souvent les professionnels travaillant individuellement, mais aussi pour permettre une organisation du travail plus efficace et notamment la possibilité de prendre des congés.

⁴¹⁴ Conseil national de l'ordre des médecins, *Etude sur la répartition des médecins généralistes*, Avril 2012, p. 29

⁴¹⁵ TNS Sofres, *Aspirations professionnelles des jeunes médecins d'IDF*, 2013, 75 p.

⁴¹⁶ M.-T. Bruguère, *Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre*, Rapport d'information du Sénat, n°600, 2011, p. 15

⁴¹⁷ *Ibidem*, p. 23

149. En outre, les médecins subissent d'importantes contraintes administratives, une étude menée auprès de l'ORS Aquitaine relève d'ailleurs que cette crainte est le premier frein à l'installation en libéral⁴¹⁸. Ces travaux annexes à l'activité de soin sont estimés à 20% du temps de travail global chez les médecins libéraux⁴¹⁹ ce qui produit un fort sentiment de bureaucratisation du métier⁴²⁰. Ce ressenti émane d'une part, des rapports, trop nombreux avec les caisses de sécurité sociale au goût des professionnels qui vivent ceux-ci comme un regard de contrôle permanent et, d'autre part, d'une grande partie de leur exercice qui se résume à une certification pour la participation à des activités ou l'obtention d'avantages sociaux. Ce dernier point s'il est intellectuellement compréhensible apparaît toutefois contestable. En effet, la réalisation de certificats médicaux doit être précédée d'un acte médical et ne constitue donc pas simplement un acte administratif dénué de tout sens médical.

150. Ces aspirations des jeunes professionnels et étudiants orientent nécessairement l'exercice de la médecine générale qui doit se réorganiser autour de structures collectives et pluridisciplinaires à l'instar des maisons de santé.

2. La maison de santé comme pilier de l'exercice collectif de la médecine générale

151. Face au sujet sans cesse rebattu d'une crise de la médecine générale libérale⁴²¹ et à la volonté de changement des jeunes professionnels et étudiants de nouveaux modes d'exercice libéraux ont été mis en avant. C'est le cas des maisons de santé dispositif apparu pour la première fois en 2008⁴²². Dans la définition actuelle, « *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 (...) et, le cas échéant, de second recours (...) et peuvent participer à des actions de santé publique,*

⁴¹⁸ ORS Aquitaine, *Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux*, Décembre 2011, p. 4.

⁴¹⁹ M.-T. Bruguière, *Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre*, op. cit., p. 16. Le rapport souligne notamment les tâches administratives (comptabilité, télétransmission des actes, gestion des bénéficiaires de la CMU...), la formation continue, la réception des visiteurs médicaux ou de l'assurance maladie, la rédaction de certificats médicaux...

⁴²⁰ M. Legmann, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, op. cit., p. 11

⁴²¹ M. Winkler, « La crise de la médecine générale », *Les tribunes de la santé*, 2009/1, n°22 ; C. Hache, « Les médecins généralistes, parents pauvres de la médecine ? », *L'express*, Article internet du 15/10/2014 ; L. Clavreul, « Pourquoi la médecine générale est en crise », *Le monde*, Article internet du 9/04/2010 ; P. Gallois, « Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir », *Médecine*, Vol 4, n°3, Mars 2008 ; D. Rosenweg, « Qui nous soignera demain ? », *Le parisien*, Article du 25 septembre 2017 ; S. Godeluck, « Comment soigner le manque de médecins libéraux », *Les échos*, Article du 19/01/2017 ...

⁴²² Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, JORF n°2096 du 21 décembre 2007, page 20603

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 (...)⁴²³ ».

152. Les premiers exercices collectifs de médecins libéraux sont apparus dans les années 1970 sous forme de regroupements, mais sans intérêts particuliers notamment en matière de coordination avec le système hospitalier. Si l'on souhaite réaliser une passerelle entre le médecin généraliste pivot du système de santé et les établissements de santé ainsi que les spécialistes, il est indispensable que ces derniers travaillent au sein de structures valorisantes et dont les moyens permettent un travail collaboratif. Le démarrage de ces structures a été fastidieux tant l'ancrage de la pratique ancienne basée sur la liberté et « *l'individualisme des acteurs, a eu pour conséquence de jeter le discrédit sur tous les dispositifs collectivement organisés, considérés soit comme de moins bonne qualité médicale et réservés aux plus nécessiteux, soit contraires à la Charte de la médecine libérale*⁴²⁴ ».

Afin de guider ces structures dans leur constitution et de développer un socle minimum commun, un cahier des charges a été élaboré par la direction générale de l'offre de soins⁴²⁵. Ce dernier fixe la composition initiale minimale de la maison qui comprend deux médecins et un paramédical, toutefois, elles peuvent être bien plus complètes selon les besoins locaux et le désir d'association des acteurs.

Les structures doivent ensuite développer un projet de santé conforme aux orientations données par les schémas régionaux⁴²⁶. Cet élément permet de différencier les maisons de santé des simples regroupements de professionnels tels que les cabinets de groupe, il ne s'agit pas d'un simple partage des murs⁴²⁷. Il doit encore témoigner d'une coordination des soins entre les professionnels présents au sein de la structure et d'une volonté de répondre à des problématiques de santé publique notamment en matière d'accès aux soins. Il contient encore un diagnostic sur les besoins du territoire en matière sanitaire, ces structures devant être promues de manière prioritaire sur les

⁴²³ Article L. 6323-3 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴²⁴ B. Garros, « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? », *Santé publique*, n°HS, 2009, pp. 7-16

⁴²⁵ Direction générale de l'offre de soins, Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier, 21/07/2010, DGOS/PF3/CdC/ MSP PF3 DSS RB

⁴²⁶ L'article L. 6323-3 du Code de la santé publique prévoit, à cet effet, que les maisons de santé doivent réaliser un « projet de santé élaboré dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé (...). Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux (...) ».

⁴²⁷ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, Rapport d'information du Sénat, n°686, Juillet 2017, p. 83

territoires où l'accès aux soins est limité. Ainsi, trois quarts des maisons de santé ouvertes en 2015 se situaient dans des bassins de vie à dominante rurale⁴²⁸.

153. En parallèle du diagnostic de territoire, le projet comprend un projet professionnel ainsi qu'un projet d'organisation de la prise en charge. Le premier a trait à l'organisation de la maison, la liste des professionnels y exerçant, la coordination entre ces derniers, le développement professionnel continu, la démarche qualité, et enfin les activités d'accueil de stagiaires ou encore de recherche au sein de la structure. Le projet d'organisation de la prise en charge énonce les mesures prises pour répondre aux problématiques d'accès aux soins des plus précaires ou encore des personnes en situation de handicap, il précise encore l'organisation en matière de continuité des soins, la coopération et la coordination avec les structures extérieures, les pratiques innovantes expérimentées au sein de la maison de santé notamment la télémédecine.

154. Au travers la rédaction et la mise en œuvre de ce projet de santé, on remarque la volonté de promouvoir un accès aux soins élargi ainsi qu'une pratique conforme aux attentes des médecins.

155. Ces structures connaissent aujourd'hui un grand succès⁴²⁹, ce sont plus de 3600 médecins généralistes soit 7% des effectifs de libéraux exclusifs qui exercent en leur sein⁴³⁰. Ces structures sont soutenues par les gouvernements successifs et Le Président Macron a fait la promesse d'un doublement du nombre de maisons de santé au cours de son mandat et émis le souhait que l'exercice isolé devienne l'exception à l'horizon de 2022⁴³¹.

Les études liées à l'impact de l'installation des médecins généralistes au sein des zones sous dotées par le biais des maisons de santé sont encore peu fréquentes. L'une des rares études sur le sujet relève que les « *résultats concluent à une évolution, même si non significative, de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec des maisons de santé, mais aussi de la dynamique d'évolution pour les types d'espaces les plus défavorisés en offre de soins*⁴³² ». Pour apprécier ces résultats, il est utile de rappeler que la médecine générale au niveau national connaît une baisse continue de ses effectifs. Le simple

⁴²⁸ G. Chevillard, J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, S. Rican, G. Salem, « Mesure d'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », *Revue d'économie régionale et urbaine*, 2015, n°4, pp. 657-694

⁴²⁹ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, *op. cit.*, p. 77 on dénombre 20 structures en 2008 et on en dénombre 910 ouvertes et 334 en projet en mars 2013

⁴³⁰ *Ibidem*, p. 78

⁴³¹ Ministère des solidarités et de la santé, *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?*, Dossier d'information, Ma santé 2022, 3 mai 2019, 28 p.

⁴³² G. Chevillard, J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, S. Rican, G. Salem, « Mesure d'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », *art. cit.*, pp. 657-694

maintien peut, de fait constituer une avancée notable à mettre au crédit des maisons de santé. Pour autant et malgré cet engouement, il serait utopique de voir dans les maisons de santé le sésame de résolution des problèmes de protection de la santé et d'accès aux soins.

156. La rénovation des modes d'exercice vers des structures plus conformes aux attentes des professionnels ainsi que la révision de la formation des médecins rééquilibrée vers la médecine générale constituent des enjeux majeurs pour lutter contre la désaffection de la profession. Ces mécanismes participent à rendre la profession plus séduisante aux yeux des étudiants. En parallèle, la pratique de la profession doit évoluer et se diversifier afin de répondre aux enjeux de santé publique et permettre la protection de la santé des usagers.

Paragraphe 2. Une évolution de la médecine générale tournée vers l'intérêt général

157. Le médecin généraliste apparaît comme la porte d'entrée dans le système de santé, sa mission est fondamentale tant elle conditionne l'accès aux soins des citoyens, la qualité de leur prise en charge, et la continuité assurée par la coordination avec les autres services de santé. Cette évolution dans la pratique de la médecine générale passe nécessairement par un rôle renforcé qui se traduit par une transition du tout curatif vers une prise en charge globale du patient (A), qui légitimera la restructuration du système de santé autour des médecins généralistes (B).

A. L'évolution des missions du médecin généraliste : une ouverture à la protection de la santé publique

158. L'évolution de la pratique médicale tient à développer le champ d'action du médecin initialement cantonné aux soins, il devient un acteur protecteur de la santé individuelle et collective (1). Pour cette raison il est indispensable de mettre en œuvre de nouveaux modes de rémunération qui soutiennent cette mutation de la pratique face à un système tourné jusqu'alors sur la rémunération du soin (2).

1. Le médecin comme acteur de la santé individuelle et collective

159. L'exercice de la médecine générale s'est longtemps axé uniquement sur le traitement d'une affection, l'obligation de donner des soins à son patient étant intrinsèque à l'activité médicale⁴³³. Il s'agissait alors de poser un diagnostic en fonction des symptômes du patient au moyen de divers outils exploratoires à disposition du praticien en vue de mettre en œuvre un traitement pour tenter de guérir le patient. Dans cette vision, le médecin apparaît comme une solution ponctuelle à une pathologie individuelle et non comme un véritable pivot qui s'inscrit au sein d'un système de santé susceptible par ses actions de participer à la protection de la santé publique. Le code de déontologie médicale est d'ailleurs empreint de cette vision. Dans la partie relative aux devoirs envers les patients, il n'est fait état que de l'acte de soin en ce qu'il a de diagnostic ou de thérapeutique. Ainsi, « *dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science (...)*⁴³⁴ ».

160. Face à ce constat et la volonté affichée de faire du médecin généraliste le point d'orgue du système de santé, il convenait de définir clairement l'ensemble des missions auxquelles il est susceptible de répondre pour assumer ce rôle. La WONCA a réalisé à cet effet, en 2002, un travail de définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle de médecin généraliste et une description des compétences fondamentales de ce dernier⁴³⁵. La définition arrêtée retient divers aspects fondamentaux liés à l'exercice de la médecine générale et comprend à la fois la dispensation des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent, la responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté et ajoute que leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative⁴³⁶.

Cette vision d'un médecin généraliste aux missions étendues est celle qui est actuellement développée en France. Si l'activité de soin reste la plupart du temps le point de contact entre le médecin et son patient, cette occasion permet au médecin généraliste de mettre en œuvre ses autres missions notamment en matière de santé publique. La loi HPST a dressé une liste non limitative des missions du médecin généraliste de premier recours⁴³⁷ qui comprend notamment la contribution à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission

⁴³³ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé, op. cit.*, p. 418

⁴³⁴ Article 32 du Code de déontologie médicale

⁴³⁵ WONCA, *La définition Européenne de la médecine générale – médecine de famille*, Wonca Europe, 202, 52 p.

⁴³⁶ *Ibidem*, p. 8

⁴³⁷ Article L. 4130-1 du Code de la santé publique issu 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

comprend à la fois l'acte de soin en ce qu'il relève de diagnostic, mais aussi une ouverture sur la protection élargie de l'individu et de son environnement.

161. La prévention et le dépistage sont tout à la fois des mesures permettant à l'individu de se prémunir d'une pathologie, mais aussi des moyens d'éviter la transmission d'épidémies ou maladies ou de comportements à risques. L'éducation pour la santé a pour but que « *chaque citoyen acquiert, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité*⁴³⁸ ». L'intérêt est ici individuel en ce qu'il participe à la protection de la personne et, collectif en ce qu'il permet de lutter pour réduire des indicateurs de mortalité prématurée tels que le tabac ou la consommation d'alcool.

162. Le médecin généraliste a aussi, un rôle d'orientation du patient dans le système de santé, il doit s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients. Cette mission est un vecteur important en matière d'accès aux soins et d'économies pour le système de santé⁴³⁹. Elle agit dans la continuité de la fonction de médecin traitant développée dès 2004⁴⁴⁰ dans le but d'une meilleure orientation et coordination du système de santé. Il doit encore « *veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels (...)*⁴⁴¹ ».

163. Le code précise ensuite que le médecin généraliste participe à la mission de service public de permanence des soins⁴⁴², le code de déontologie médicale précise pour sa part qu'il « *est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins*⁴⁴³ ». Cette participation est cependant basée sur le

⁴³⁸ Comité Français d'éducation pour la santé, Ministère délégué de la santé, *L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique*, 2001, p. 4

⁴³⁹ La question des économies réelles ou fictives liées au dispositif du médecin traitant a été étudiée par P.-L. Bras, « Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique », *Droit Social*, 2006, n°1, pp. 59-72. Il relève notamment le fait que les économies liées à une meilleure coordination sont compensées en partie par un forfait versé aux médecins traitants pour les personnes en affection longue durée qu'ils ont au sein de leur patientèle. Il affirme en parallèle que la mise en place d'un médecin traitant contrevient au mouvement de développement des droits du patient au sein du système de santé

⁴⁴⁰ Article L. 162-5-3 du Code de la santé publique issu de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci »

⁴⁴¹ Article L. 4130-1, 4° du Code de la santé publique

⁴⁴² Cette participation est précisée à deux reprises dans le code de la santé publique : Article L. 6314-1 et L. 4130-1 du Code de la santé publique

⁴⁴³ Article R. 4127-77 du Code de la santé publique

volontariat⁴⁴⁴ ce qui entraîne de larges disparités dans la permanence des soins comme nous aurons l'occasion de l'apprécier plus en avant⁴⁴⁵.

164. Le code de la santé publique prévoit des missions énoncées de manière non limitative quant à l'activité des médecins de premier recours, missions qui ne revêtent aucun caractère obligatoire. Il est pourtant curieux de voir que les missions dévolues aux médecins généralistes sont pour la plupart des missions qui avaient été reconnues comme étant de service public par la loi HPST pour les établissements de santé. Il s'agit notamment de la permanence des soins, de l'enseignement universitaire et postuniversitaire, des actions d'éducation et de prévention pour la santé, des actions de santé publique⁴⁴⁶. Cette analogie entre les missions des médecins généralistes et les anciennes missions de service public des établissements de santé permet de juger de leur valeur et l'ensemble de ces objectifs répondent à une logique d'intérêt général.

165. Face à cette évolution, il est rapidement apparu que le mode de rémunération à l'acte n'était pas compatible avec le développement des missions du médecin généraliste.

2. L'évolution des modes de rémunération en médecine générale

166. Longtemps, la rémunération des professionnels s'est basée sur l'entente directe⁴⁴⁷ ce qui signifie que le prix de l'acte médical doit être déterminé sans intermédiaire par le patient et le médecin « *en dehors de la logique de la protection sociale et de la socialisation de l'exercice de la médecine*⁴⁴⁸ ». Le premier code de déontologie médicale prescrit toutefois aux médecins de fixer leurs honoraires avec tact et mesure en tenant compte notamment de la situation du malade ou de la notoriété du

⁴⁴⁴ Article R. 6315-2 du Code de la santé publique : « Dans chaque secteur un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 6315-2 qui sont volontaires pour participer à cette permanence (...) ».

⁴⁴⁵ *Infra*, 1116 et s.

⁴⁴⁶ Missions de service public à la charge des établissements de santé listées par l'ancien Article L. 6112-1 du Code de la santé publique issu 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. Ces missions ont aujourd'hui disparu et la notion de service public hospitalier a été rétablie en lieu et place par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴⁴⁷ CSMF, Charte médicale du 30 novembre 1927

⁴⁴⁸ P. Hassenteufel, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », art. cit., pp. 21-28

médecin⁴⁴⁹. Cette première limitation d'ordre déontologique a été renforcée par des limites conventionnelles⁴⁵⁰ et l'instauration d'une nomenclature des actes médicaux⁴⁵¹.

167. Les honoraires médicaux sont passés d'une entente directe à une régulation organisée par le biais de conventions conclues entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels médicaux représentatifs. Les médecins précisent à cette occasion qu'une telle fixation de tarifs conventionnels « *n'est pas incompatible avec un exercice libéral de la médecine, à condition que la valeur des actes médicaux conserve son rang dans la hiérarchie des services*⁴⁵² ». Le principe de la régulation était acté seul capable « *de garantir à l'assuré un remboursement de ses frais d'honoraires*⁴⁵³ ». La sanction principale en cas non-respect pour un médecin conventionné des tarifs fixés par la convention est la mise hors convention du professionnel⁴⁵⁴.

168. L'évolution de l'exercice et des structures de prise en charge chamboule cette organisation basée sur le paiement à l'acte lequel « *ne couvre pas la totalité des actions à mener en plus des actes curatifs : coordination, prévention, éducation thérapeutique...*⁴⁵⁵ ». La diversification des modes de rémunération a été envisagée dès 2007⁴⁵⁶ afin d'en analyser l'impact sur l'exercice médical et le coût pour l'assurance maladie⁴⁵⁷. Il est introduit des rémunérations forfaitaires dépendant des caractéristiques de la structure, en termes de patientèle, d'organisation interne et de missions prises en charge, la deuxième à l'activité pour une partie des actes réalisés par les professionnels et la troisième d'une rémunération dépendante de l'atteinte de résultats de santé publique et médico-économique

⁴⁴⁹ Article 36 du décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF du 28 juin 1947, p. 05995

⁴⁵⁰ Arrêté du 29 octobre 1971 d'approbation de la convention nationale des médecins annexée au présent arrêté (soins, tarif des honoraires, commission médico-sociale paritaire départementale, commission médico-sociale paritaire nationale), JORF du 31 octobre 1971 page 10758

⁴⁵¹ La nomenclature des actes professionnels est mise en place par l'article 7 du décret n°60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux

⁴⁵² Préambule de l'arrêté du 29 octobre 1971 d'approbation de la convention nationale des médecins

⁴⁵³ *Ibidem*

⁴⁵⁴ Sur l'appréciation du critère de « tact et mesure » et la mise hors convention en cas de non-respect des tarifs conventionnels, M. Harichaux, « Réformes de l'assurance maladie et évolution des honoraires médicaux », *Revue de droit sanitaire et social*, 1997, n°3, pp. 545-557

⁴⁵⁵ D. Depinoy, *Maisons de santé, une urgence citoyenne*, Editions de santé, Balises, 2011, p. 106.

⁴⁵⁶ Article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, JORF n°0296 du 21 décembre 2007, page 20603, lequel dispose que « des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas sept ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent. (...) ».

⁴⁵⁷ Cahier des charges d'un appel à projets pour l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé exerçant de manière coordonnée, des centres de santé ou des maisons de santé, Ministère de la Santé, 2008

déterminés à partir d'indicateurs⁴⁵⁸. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a fait perdurer l'expérimentation en la basant sur le volontariat. L'engagement fait l'objet d'une convention entre les maisons de santé et l'agence régionale de santé et prévoit possibilité d'obtenir une rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés pouvant porter sur la prescription, 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 professionnels⁴⁵⁹.

169. La convention médicale du 26 juillet 2011 a permis d'obtenir l'aval des professionnels de santé qui s'accordent sur la nécessité de mettre en œuvre de nouveaux modes de rémunération complémentaires valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique⁴⁶⁰. Un règlement arbitral du 23 février 2015 vient rappeler que la structuration des équipes pluriprofessionnelles est une composante importante de la mise en place de parcours de soins efficaces. Face à ce constat, le règlement vient pérenniser le dispositif des nouveaux modes de rémunération entrepris depuis 2008 au sein des structures organisées d'exercice pluriprofessionnel⁴⁶¹. Cet arrêté concerne les maisons de santé pluriprofessionnelles mono et multisites et les centres de santé et permet l'obtention d'une rémunération fixe et variable fonction du nombre de critères remplis par la structure.

Trois axes ont été retenus comme base de définition des critères d'octroi de ces rémunérations : l'accès aux soins (plages horaires étendues, accès à des soins non programmés, fonction de coordination), le travail en équipe pluriprofessionnelle et l'existence d'un système d'information partagé conforme au cahier des charges de l'ASIP⁴⁶². À partir de ces axes, différents critères ont été définis permettant le versement de rémunérations complémentaires fixes ou variables⁴⁶³. Certains engagements sont dits socles⁴⁶⁴, c'est-à-dire nécessairement remplis par la

⁴⁵⁸ Le cahier des charges précise l'ensemble des conditions pour pouvoir expérimenter les nouveaux modes de rémunération : un

⁴⁵⁹ Article 53 de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, JORF n°0295 du 21 décembre 2010, page 22309

⁴⁶⁰ Convention médicale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 26 juillet 2011, approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.

⁴⁶¹ Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité, JORF du 27 février 2015, p. 3751, Article 1

⁴⁶² Agence des systèmes d'information partagés de santé, *Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents*, Décembre 2011, 90 p.

⁴⁶³ Pour voir l'ensemble des rémunérations fixes ou variables et les critères attenants, voir Tableau des rémunérations de l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité, JORF du 27 février 2015, p. 3751

⁴⁶⁴ Par exemple le maintien d'une amplitude horaire allant de 8h à 20h en semaine et le samedi matin

structure qui souhaite bénéficiaire de cette rémunération tandis que d'autres s'avèrent optionnels⁴⁶⁵ ce qui permet une transition progressive et évite l'écueil d'un cadre trop strict qui ne ferait que repousser les professionnels.

170. Le règlement arbitral a, par suite été remplacé par un accord conventionnel interprofessionnel en 2017⁴⁶⁶ visant à améliorer et pérenniser ces modes de rémunération et renforcer l'accompagnement de ces structures. Il entérine le principe d'une rémunération mixte, basée d'une part sur le paiement d'un acte réalisé et, d'autre part, par une rémunération forfaitaire axée sur la nécessité d'un meilleur accès aux soins, le travail de coordination interne aux structures, mais aussi avec l'ensemble du système de santé, la réalisation de missions de santé publique et la mise en place d'un système d'information partagé et sécurisé. Enfin, l'accord met en place une mesure d'accompagnement des structures nouvellement créées en leur garantissant une rémunération annuelle minimale de 20.000euros la première année. Cette mesure s'avère salubre face à des procédures souvent longues et complexes et un exercice nouveau pour les professionnels. Elle permet, de fait un temps d'adaptation à ce nouveau mode d'exercice.

171. Cette diversification des modes de rémunération est inévitable au regard des missions énumérées auparavant confiées au médecin de premier recours. Elles permettent d'inscrire le médecin de premier recours dans une démarche de santé à la fois individuelle et collective au service de la protection de la santé publique. Il est par conséquent indispensable de saisir les enjeux d'un tel recentrage du système de santé autour du médecin généraliste.

B. Les enjeux du recentrage du système de santé autour du médecin généraliste

172. La valorisation de la médecine générale pour attirer les étudiants et le remplacement de la profession comme véritable pivot du système de santé est un impératif. Cette action permettra d'envisager une réponse aux problèmes auxquels est confronté notre système de santé et de satisfaire à l'intérêt général de protection de la santé. Cette mesure apparaît donc à la fois profitable aux usagers (1), mais elle s'avère aussi bénéfique pour l'ensemble du système de santé (2).

⁴⁶⁵ C'est le cas notamment de l'organisation de consultations de second recours par des médecins spécialistes

⁴⁶⁶ Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, JORF n°182, 5 août 2017, Texte n°16

1. L'amélioration de la réponse aux besoins des usagers

173. La restructuration du système de santé s'envisage dans le sens d'une meilleure prise en charge des patients bénéficiaires de celui-ci. En effet, l'objectif premier d'une telle organisation réside dans l'accessibilité aux soins pour le patient. De fait, la valorisation de la profession de médecine générale permet d'espérer un attrait nouveau pour la profession propre à satisfaire de manière plus importante les besoins en professionnels sur le territoire. Cette valorisation ne sera toutefois pas suffisante pour rétablir l'accès aux soins dans les territoires les plus reculés. Il faudrait être inconscient pour attester une telle chose tant la prégnance des libertés médicales est forte.

174. L'exercice collectif, au sein notamment des maisons de santé qui connaissent actuellement un essor considérable est une plus-value certaine pour les usagers du système de santé ces dernières permettent d'assurer un accès aux soins amélioré par leurs lieux d'implantation, leurs horaires d'ouverture étendus ainsi qu'en intégrant des demandes de soins non programmées. Ces structures participent encore à la prise en charge ainsi qu'aux suivis de maladies chroniques et permettent de mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique⁴⁶⁷. L'accès aux soins via une maison de santé permet à l'utilisateur de s'adresser à une véritable communauté formée par une diversité professionnelle. Elle favorise en ce sens la coordination des soins entre différents intervenants installés au sein de la structure. Guillaume Rousset prend l'exemple de la kinésithérapie, cette activité fonctionne par le biais des prescriptions médicales, si les deux professionnels sont réunis au sein d'une même maison de santé on comprend aisément que la coordination des soins est facilitée⁴⁶⁸.

175. Si cette coordination interne des soins est indispensable entre les différents acteurs de la maison, nous verrons plus en avant qu'il est indispensable de développer une coopération avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire⁴⁶⁹. Il s'agira alors de décloisonner le système de santé entre les différents acteurs afin d'offrir une véritable coopération permettant d'organiser sur un territoire donné les soins en fonction des besoins du patient. Faire travailler les acteurs de santé d'un territoire en synergie permet d'induire la notion de responsabilité populationnelle selon laquelle, « *les professionnels assument conjointement la responsabilité de la réponse aux besoins de santé de la*

⁴⁶⁷ F. Baudier, M.-C. Clément, « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé », *Santé publique*, 2009/hs1, Vol. 21, pp. 103-108

⁴⁶⁸ G. Rousset, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », art. cit., pp. 450-457

⁴⁶⁹ *Infra*, 1128 et s.

*population du territoire*⁴⁷⁰ ». Cette responsabilité commence par l'organisation d'une répartition des professionnels et établissements permettant l'accès aux soins de tous⁴⁷¹.

176. Enfin, le développement de ces structures pluridisciplinaires ainsi que l'attribution de nouvelles missions aux médecins généralistes sont une avancée importante pour la santé publique. En ce sens, elle permet d'explorer des champs jusqu'alors trop souvent délaissés par les médecins généralistes tels que la prévention et l'éducation thérapeutique qui constituent pourtant des piliers de la protection de la santé des individus.

177. Outre l'attrait pour la satisfaction des besoins des usagers en matière de protection de la santé, la restructuration du système de santé autour du médecin généraliste ainsi que son exercice au sein de structures pluridisciplinaires constituent un bénéfice important pour les différents acteurs du système de santé.

2. Les bénéfices pour les acteurs du système de santé

178. Les médecins généralistes ainsi que les étudiants en médecine ont tout intérêt à saisir l'opportunité d'un véritable virage ambulatoire. En effet, les différents éléments que nous avons exposés jusqu'ici sont de nature à satisfaire les ambitions de professionnels tant dans leur sphère personnelle que professionnelle.

179. Concernant la sphère personnelle, l'exercice qui se développe au sein des maisons de santé et plus généralement au cours d'une activité pluridisciplinaire permet aux médecins un véritable aménagement de leur temps de travail et de repos suivant les aspirations des jeunes médecins à préserver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. L'exercice au sein de ces structures permet encore de faire peser sur une équipe de professionnels une responsabilité populationnelle entendue comme une réponse organisée à un besoin de santé sur un territoire. La sphère professionnelle du médecin généraliste se trouve aussi bouleversée par cet équilibre nouveau entre les multiples missions qui lui sont dévolues. Dans ce sens, la mise en place de modes de

⁴⁷⁰ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Rapport à la demande du ministère des affaires sociales et de la santé, Mars 2014, p. 19

⁴⁷¹ L'idée d'une corrélation entre la structuration du système de santé est relevée par l'ensemble des rapports préparatoires aux dernières lois de santé et notamment : J. Hubert et F. Martineau, *Mission Groupements hospitaliers de territoire*, Rapport à la demande du ministère des affaires sociales et de la santé, Mai 2015, p. 6 ou encore B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, op. cit., p. 19

rémunération multiples est indispensable. Elle permettra aux professionnels d'investir leurs missions avec une plus grande qualité ce qui participe à accroître la protection de la santé des usagers. Or, bien que souvent négligés, « la « non-qualité », de même que des complications et des réadmissions des malades qu'elle peut supposer⁴⁷² » entraînent un coût pour le système de santé. De fait, cette évolution des missions s'ouvrant sur le domaine de la santé publique permet de valoriser la profession de généraliste qui constitue dès lors un maillon de la protection de la santé, non seulement dans un aspect curatif, mais aussi dans le développement de la santé publique dans ses missions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

180. La prise en charge globale des patients dans les dimensions curatives tout autant que préventives est encore un atout dans le suivi des pathologies chroniques et complexes voire de polyopathologies qui se développent exponentiellement avec le vieillissement de la population. Or, les pathologies chroniques touchent près de 35% de la population et représentent près de 60% de la dépense⁴⁷³. Il est donc de l'intérêt de la maîtrise des dépenses de santé de développer ces missions de santé publique qui peuvent représenter des facteurs d'économies importantes pour le système de santé.



181. Les enjeux auxquels fait face le système de santé nécessitent que l'on y porte une attention particulière. Ce dernier est enclin à l'émergence de phénomènes qui contrarient la capacité à organiser la protection de la santé des usagers tels que le vieillissement de la population, accompagné de nombreuses maladies chroniques. Face à cela, les effectifs médicaux apparaissent instables, fruit d'une absence de planification. La désertion médicale de certains secteurs notamment en matière de médecine générale, à laquelle s'ajoute une répartition inégale des professionnels sur le territoire et des problèmes d'inégalités sociales constituent les leviers sur

⁴⁷² M. Aissou, J.-P. Danos, A. Jolivet, *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, LEH Édition, Coll. Décideur santé, Octobre 2017, p. 10, dans le même sens, Discours de Nicolas Revel, Directeur général de la CNAM à la rencontre annuelle des URPS, la Baule, 3 septembre 2018, estime le coût de la non-qualité à près de 40 milliards d'euros annuels

⁴⁷³ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'assurance maladie*, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2009, Juillet 2018, p. 14

lesquels il est indispensable d'œuvrer dans l'objectif d'offrir un meilleur accès aux soins et une protection de la santé accrue.

182. La protection de la santé et sa dimension d'accès aux soins constituent l'intérêt général à défendre pour les pouvoirs publics. En ce sens, l'intérêt général « *résulte d'un dépassement, d'une transcendance des intérêts particuliers ou collectifs sur lesquels il prime, de sorte qu'il justifie les sacrifices que chacun doit faire en contrepartie des avantages que procure l'appartenance à la communauté politique*⁴⁷⁴ ».

183. Cette action se traduit par une recomposition du paysage sanitaire autour du médecin généraliste. Comme le souligne Bernard Gay, les pouvoirs publics reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de santé, mais il faut maintenant « *passer de l'intention à l'action*⁴⁷⁵ ». Elle consiste à lutter contre la désaffection des étudiants de médecine envers cette profession et à la revaloriser professionnellement par la multiplication des missions du professionnel qui en font un acteur de premier plan tant en matière de santé individuelle que collective. Cette attraction professionnelle se base encore sur la réorganisation de l'exercice de la médecine générale autour de structures aptes à répondre aux aspirations des jeunes professionnels.

184. Le médecin généraliste apparaît ainsi en première ligne dans la réponse aux besoins de santé ainsi qu'à sa protection remplissant, de fait une mission au service de l'intérêt général. Si en matière sanitaire, le service public n'est aujourd'hui légalement qu'hospitalier, l'analyse de l'organisation du système de santé au service de la protection de la santé nous amène à raisonner sur l'existence d'un service public qui englobe l'ensemble de l'activité de soins « *dans une logique coopérative et au sein d'un territoire*⁴⁷⁶ » : le service public de santé de proximité.

⁴⁷⁴ B. Plessix, *Droit administratif général*, LexisNexis, 2017, p. 563

⁴⁷⁵ B. Gay, « Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale », *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, Vol. 61, 2013, n°3, pp. 193-198

⁴⁷⁶ C. Keller, M. Louazel, M.-L. Moquet-Anger, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 687-699

Chapitre 2. La satisfaction par la santé de proximité des critères du service public

« En période de crise économique, il y a encore plus de nécessité de restructurer le système de soins, autour du médecin de premier recours, de mieux partager ainsi la place entre médecine de ville et hôpital⁴⁷⁷ »

185. En matière sanitaire la notion de service public est largement entendue à propos du service public hospitalier introduit en 1970⁴⁷⁸, ce dernier a, depuis connu de multiples vicissitudes pour reprendre l'expression utilisée par Sabine Boussard⁴⁷⁹. Il a ainsi disparu des textes à l'occasion de la loi HPST de 2009⁴⁸⁰ avant de connaître une « résurrection⁴⁸¹ » par le biais de la loi de modernisation du système de santé de 2016⁴⁸². Cette simple remarque atteste du caractère changeant, fluctuant et incertain de la relation entre le service public et le système de santé. Les aléas liés à cette notion attestent à n'en pas douter des difficultés à la cerner et à l'appliquer. Bien que cette remarque puisse sembler banale, tant elle a été éprouvée dans de nombreux domaines où le service public s'est développé, il n'en reste pas moins que la particularité du service public hospitalier milite pour qu'une attention particulière lui soit portée.

186. Au titre des constatations générales et liminaires, le recours à la notion de service public hospitalier ainsi que sa mise en application n'ont, à ce jour pas permis d'endiguer les différentes problématiques sanitaires notamment en matière d'accessibilité aux soins. La consécration législative du service public hospitalier en 1970 dont le but était de se « substituer à la balkanisation actuelle un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins sanitaires du pays⁴⁸³ » n'a pas apporté les effets escomptés. Le service public hospitalier dont certains effets bénéfiques ne sont pas contestés n'a pas eu pour objectif ni pour finalité d'endiguer les problèmes de territorialisation

⁴⁷⁷ Interview de Didier Tabuteau réalisée par Eric Favereau titrée « Il faut faire revenir les patients à la médecine de ville », 22 décembre 2014, pour Libération

⁴⁷⁸ Article 2 issu de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière : « Le service public hospitalier assure les examens diagnostic, le traitement – notamment les soins d'urgence – des malades, des blessés et des femmes enceinte qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel (...) ».

⁴⁷⁹ S. Boussard, « Les vicissitudes du service public hospitalier », *Revue Française de droit administratif*, 2016, n°3, p. 565-576

⁴⁸⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires opte pour la possibilité pour les établissements de santé d'assurer, une ou des missions de service publiques définies par l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique. Il s'agit notamment de la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et post-universitaire, la recherche, etc.

⁴⁸¹ V. Vioujas, « La résurrection du service public hospitalier », *AJDA*, 2016, n°23, pp. 1272-1278

⁴⁸² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴⁸³ Annexe de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

de l'offre de soins. Son aspect incomplet -car concernant exclusivement certains établissements de santé- a entraîné l'exclusion du service public des structures privées⁴⁸⁴, de la médecine libérale et des établissements médico-sociaux. De fait, « *l'offre de santé s'est déployée de façon tentaculaire sans pourtant répondre aux besoins de santé de la population*⁴⁸⁵ ». L'incomplétude des liens existants entre le service public et la santé mérite que l'on y revienne. L'idée de repenser l'application de la notion de service public à une autre échelle semble, à notre sens, apporter des solutions qui pourraient permettre de résoudre nombre de difficultés actuelles.

187. En ce sens, le côté aléatoire de la relation entre le service public et le système de santé milite pour une évolution globale du schéma existant. Consacrer le lien entre le service public et les établissements publics de santé est réducteur. Il est nécessaire d'évoluer d'un système guidé par le service public hospitalier vers un service public de santé de proximité unifiant l'action des professionnels de santé au sein d'un territoire (Section 1). Cette nouvelle approche du service public de santé tout en affichant des réelles particularités s'insère pleinement dans les critères classiques du service public (Section 2).

Section 1. L'élargissement du spectre du service public sanitaire : du service public hospitalier au service public de santé de proximité

188. Le service public hospitalier a été initialement établi autour d'une conception fonctionnelle du service public impliquant « *une courte liste de missions « labellisées » par le législateur comme étant de service public, comportant des obligations et prérogatives*⁴⁸⁶ ». Ce système apparaît comme mixte en ce qu'il ne réserve pas à l'hôpital de monopole en la matière⁴⁸⁷ et laisse un champ important à l'activité des établissements privés ainsi qu'aux professionnels libéraux ces derniers ne faisant d'ailleurs l'objet d'aucune mention dans la loi instituant le service public hospitalier ce qui atteste de « *l'autarcie par rapport au reste du monde sanitaire*⁴⁸⁸ » du monde hospitalier. Il convient ici d'analyser ce qui peut s'apparenter à un inaboutissement du service public hospitalier vis-à-vis des objectifs qui lui incombent historiquement (Paragraphe 1), puis d'étudier la naissance et la maturation idéologiques

⁴⁸⁴ Sauf habilitations prévues par l'article L. 6112-3 du Code de la santé publique

⁴⁸⁵ J. Saison, « Service public hospitalier ou service public de santé ? A la recherche d'unité pour le système de santé... », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, 2017, pp. 634-643

⁴⁸⁶ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 9^{ème} édition, p. 224

⁴⁸⁷ E. Couty, M. Dupont, « Etablissements de santé », in F. Bourdillon, G. Brückner, D. Tabuteau (Dir.), *Traité de santé publique*, *op. cit.*, p. 657

⁴⁸⁸ A. Delas, « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement du sanitaire et rivalités stratégiques », *Hérodote*, 2011/4, n°143, pp. 89-119

de ce qui transparait comme un service public de santé englobant l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux au sein d'un territoire (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Le service public hospitalier : entre tumultes et inaboutissements

189. Près de 50 ans séparent l'apparition législative du service public hospitalier de ce travail, ce dernier a connu de nombreux remaniements qui l'ont enrichi, ou alourdi de missions nouvelles, ce qui a affecté sa cohérence et sa visibilité en se fondant de plus en plus au sein du système de santé. Pour autant, il résulte une sensibilité et un attachement particulier des citoyens au service public hospitalier⁴⁸⁹ qui peine à remplir les objectifs qui lui ont été alloués dès 1970 (A). Ces difficultés mettent en lumière un service aux carences multiples face à un système de santé en évolution permanente (B).

A. L'introduction du service public hospitalier comme outil de rationalisation de l'offre de soins

190. Le SPH a été conçu historiquement pour faire de l'hôpital le pivot du système de santé au service des citoyens (1), pour ce faire, il répond aux critères classiques des services publics nationaux (2).

1. Une volonté de recentrage du système de santé autour de l'Hôpital via le service public hospitalier

191. L'histoire des services publics et de la santé connaît ses premières interactions dès la Révolution, suite à laquelle « *l'aide apportée aux indigents nécessitant des soins devait être conçue comme une mission de l'État*⁴⁹⁰ », vient ensuite la loi sur l'enfermement des aliénés de 1838⁴⁹¹ laquelle confie à des établissements privés des missions de service public. Les hôpitaux ont, par suite été reconnus comme exerçant un service public par le Conseil d'État en 1936⁴⁹². Néanmoins, c'est la loi de

⁴⁸⁹ L. Cluzel-Metayer, A.-C. Gritton, « Prolégomènes à une réflexion sur le service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 595-606

⁴⁹⁰ *Ibidem*

⁴⁹¹ Loi n°7443 sur l'enfermement des aliénés du 30 juin 1838 dite loi Esquirol

⁴⁹² Conseil d'Etat, Sect., 21 février 1936, *SA Les Armateurs français*, Lebon, p. 226

1970⁴⁹³ qui consacre légalement le service public hospitalier, hérité d'une longue tradition mêlant charité, assistance et bienfaisance⁴⁹⁴.

Le service public hospitalier n'est pas défini⁴⁹⁵ par la loi précitée, mais conçu en référence à des missions et un mode de gestion particulier. Toutefois, l'évocation d'un service public montre la volonté des pouvoirs publics « *d'assumer juridiquement la satisfaction d'un besoin d'intérêt général*⁴⁹⁶ ». La loi de 1970 dispose que le SPH⁴⁹⁷ « *assure les examens de diagnostic, le traitement – notamment les soins d'urgence – des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiées ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel* », il « *concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique (...)* », il « *concourt aux actions de médecine préventive (...)* », « *participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire* », « *concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente* ».

192. Concernant son organisation, le SPH issu de sa mouture de 1970 est assuré par les établissements publics de santé⁴⁹⁸, les établissements privés à but non lucratif participant au service hospitalier et des établissements privés à but lucratif se voyant confier une activité de soins au titre du service public hospitalier par le biais de contrats de concession⁴⁹⁹. Cette définition restrictive des établissements et professionnels composant le service public hospitalier exclut *de facto* les établissements médico-sociaux ainsi que les professionnels libéraux du service public créé dans un but de réforme du système hospitalier autour de l'hôpital public⁵⁰⁰.

Le cloisonnement établi entre le service public hospitalier et les établissements privés apparaissant délétaire, la réforme hospitalière de 1991⁵⁰¹ introduit la notion d'établissement de santé lesquels apparaissent dépositaires d'obligations communes envers les malades avant que ne soient énoncés les missions spécifiques du service public hospitalier.

⁴⁹³ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁴⁹⁴ Sur les origines du service public hospitalier, J.-L. Romanens, « Service public hospitalier : genèse d'un concept », *Revue Droit et Santé*, n°53, 2013, pp. 276-289

⁴⁹⁵ S. Boussard, « Les vicissitudes du service public hospitalier », art. cit., p. 565-576

⁴⁹⁶ B. Plessix, *Droit administratif général*, op. cit., p. 876

⁴⁹⁷ Missions énumérées par l'article 2 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁴⁹⁸ Article 4 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁴⁹⁹ L'article 42 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière dispose que « les établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux visés à l'article 41, peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier ».

⁵⁰⁰ S. Boussard, « La fabuleuse histoire du service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 607-616

⁵⁰¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991 page 10255

193. Dans un même mouvement de dilution, la loi HPST de 2009⁵⁰² a, supprimé la notion de service public hospitalier au profit d'une liste « *hétéroclite*⁵⁰³ » de quatorze missions de service public diverses pouvant être remplies en tout ou partie. Parmi ces missions, l'on trouve pêle-mêle la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et postuniversitaire, la recherche, le développement continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ou encore les actions de santé publique, la prévention et l'éducation⁵⁰⁴...

En parallèle, la loi HPST a pris soin d'élargir les acteurs pouvant remplir les missions de service public aux centres de santé, maisons de santé, pôles de santé, les groupements de coopération sanitaire et encore d'autres acteurs⁵⁰⁵. Cette possibilité ouverte aux établissements de remplir les missions de service public à la carte⁵⁰⁶ répond à une volonté de faciliter la coopération entre les établissements de santé et les acteurs tels que les maisons de santé.

194. La loi de modernisation du système de santé de 2016 réintroduit le service public hospitalier et redéfinit les missions qui incombent aux établissements de santé, « *les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, (...), le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé (...). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux (...). Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein une réflexion éthique (...). Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et postuniversitaire, à la recherche et à l'innovation. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical*⁵⁰⁷ ». Il est intéressant de noter que nombreuses des missions qui étaient hier des missions de service public au sens de la loi HPST sont aujourd'hui communes à tous les établissements de santé. C'est notamment le cas des soins palliatifs que l'ensemble des établissements sont tenus de délivrer ou encore de la formation à laquelle ces derniers peuvent participer. Il est ensuite précisé que le service public hospitalier exerce non seulement l'ensemble

⁵⁰² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁵⁰³ M. Borgetto, « Le service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 593-594 ; J.-M. Clément, « L'appréciation de la loi HPST à la lumière des réformes des trente dernières années », *Revue générale de droit médical*, n°33, 2009, pp. 17-50 y voit pour sa part une « incohérence du législateur, hier synthétique et clair, de nos jours prolix et confus à souhait »

⁵⁰⁴ Article L. 6112-1 du Code de la santé publique issu 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

⁵⁰⁵ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique issu 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

⁵⁰⁶ S. Boussard, « La fabuleuse histoire du service public hospitalier », art. cit., pp. 607-616

⁵⁰⁷ Article L. 61111-1 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

des missions dévolues aux établissements de santé précités, mais encore l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité⁵⁰⁸. L'aide médicale urgente constitue, de fait, la seule mission spécifique au service public hospitalier, l'ensemble des autres missions étant, comme nous l'avons vu communes aux établissements de santé.

195. L'article suivant⁵⁰⁹ décrié pour son imprécision rédactionnelle⁵¹⁰, relatif aux « *garanties obligatoires* » et aux « *obligations* » offertes par les établissements et professionnels exerçant au sein des établissements assurant le service public précise que ces derniers ne peuvent facturer de dépassements d'honoraires ce qui exclut quasiment *de facto* les établissements privés⁵¹¹. La loi de 2016 n'a donc pas permis d'élargir l'accès au service public hospitalier qui se révèle limité aux établissements publics de santé, aux hôpitaux des armées, aux établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif et aux autres établissements de santé privés habilités⁵¹².

196. La constitution du SPH apparaît donc historiquement comme une volonté de remise en ordre des offreurs de santé. Elle constitue une rationalisation des besoins sanitaires du pays⁵¹³. Pour François Pierru, cette loi « *est la traduction législative de la démarche planificatrice*⁵¹⁴ » en matière sanitaire. Cependant, force est de constater que le service public a connu une double évolution révélatrice

⁵⁰⁸ Article L. 6112-1 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵⁰⁹ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵¹⁰ V. Vioujas, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, pp. 644-656 ; J.-C. Ricci, « Le service public hospitalier, outil de performance ? », in G. Nicolas, V. Vioujas (Dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, LEH Edition, Les cahiers du droit de la santé, 2017, n°24, pp. 81-96

⁵¹¹ Saisi de la question d'une possible atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle envers les établissements privés recrutant des médecins qui pratiquent le dépassement d'honoraires, le Conseil Constitutionnel, 21 janvier 2016, n°2015-727 DC a retenu qu'il est loisible aux établissements privés de recruter des médecins ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires afin de pouvoir participer au service public hospitalier

⁵¹² Article L. 6112-3 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé

⁵¹³ La loi dispose au sein de l'exposé des motifs : « La mise en place d'un véritable service public de l'hospitalisation a pour but de subsister à la balkanisation actuelle un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins sanitaires du pays », Annexe de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Dans le même sens, V. Vioujas, « La résurrection du service public hospitalier », art. cit., pp. 1272-1278 note qu'il « s'agissait à l'époque (de la loi Boulin), de s'appuyer sur cette notion pour dépasser la concurrence entre hôpitaux et cliniques et évoluer vers une véritable structuration du système hospitalier. Accompagnant les débuts de la planification sanitaire, la réforme comporte une volonté rationalisatrice qui, déjà, n'est pas exempte de considérations économiques et financières ».

⁵¹⁴ F. Pierru, « Planifier la santé, une illusion technocratique », *Les Tribunes de la santé*, 2012/4, n°37, p. 88

de sa « *perte d'identité*⁵¹⁵ ». La première a consisté en la dispersion des missions de service public opérée par la loi HPST en 2009 permettant un service public à la carte. La deuxième étape est intervenue par le biais de la loi de modernisation de notre système de santé. En effet, si cette dernière a réintroduit la notion service public hospitalier, l'ensemble des missions de service public sont à cette occasion devenues des missions communes à l'ensemble des établissements de santé, à l'exception de l'aide médicale d'urgence qui reste l'apanage du service public hospitalier.

197. Dans ces conditions, le service public hospitalier ne peut plus aujourd'hui être qualifié par les missions auxquelles l'ensemble des établissements de santé sont tenus, à l'exception de l'aide médicale d'urgence. Sa définition s'effectue donc par les obligations qui résultent de son statut et du devoir d'intérêt général. On passe donc d'une logique de « *missions impliquant des obligations à des obligations affectées à des missions*⁵¹⁶ ».

2. La satisfaction des lois du service public par le service public hospitalier

198. La mise en place du service public hospitalier se doit de répondre aux obligations du service public que sont : la loi de continuité, la loi de changement, la loi d'égalité⁵¹⁷. Bien que l'unité et la valeur de ces lois soit discutée⁵¹⁸, il est indéniable comme le note Benoît Plessix que ces principes sont applicables « *à tous les services publics, qu'ils soient gérés par une personne publique ou privée*⁵¹⁹ ».

199. Les textes successifs relatifs au service public hospitalier prennent le soin de mettre en avant ces principes. Ils sont en partie repris par l'article 3 de la loi de 1970 qui dispose que les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins⁵²⁰. La loi de 2016 retient que les missions liées au service public hospitalier sont

⁵¹⁵ J. Saison, « Service public hospitalier ou service public de santé ? A la recherche d'unité pour le système de santé... », art. cit., pp. 634-643

⁵¹⁶ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, op. cit., p. 224

⁵¹⁷ L. Rolland, Cours de droit administratif, DES de droit public, 1938/1939, Paris, Les cours du droit, p. 14

⁵¹⁸ D. Truchet, « Unité et diversité des « grands principes » du service public, *AJDA*, 1997, n°HS, pp. 38-46

⁵¹⁹ B. Plessix, *Droit administratif général*, op. cit., p. 895

⁵²⁰ Article 3 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

exercées dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité⁵²¹.

200. Il convient d'expliciter ces principes au regard du service public hospitalier afin d'en appréhender les implications. Le service public ainsi créé répond dans l'ordre établi par le texte précité au principe d'égalité. On comprend aisément le lien qui unit le service public et l'égalité. En effet, lorsque les pouvoirs publics décident de mettre en œuvre un service public remplaçant l'initiative privée, ce dernier se doit de répondre à l'intérêt général défendu de la manière la plus globale. Ce principe d'égalité devant le service public exprime l'idée selon laquelle « *il faut que tous ceux qui ont besoin de services puissent jouir sans que l'on fasse, entre eux, des distinctions en raison de leur opinion politique, philosophique ou religieuse, de leurs origines, de leur race*⁵²² ». Pour autant, l'égalité n'est pas violée lorsque deux personnes dans des situations différentes sont traitées de manière différenciée à condition que cette différence soit objective et en rapport avec l'objet du service⁵²³. En effet, « *traiter sur un pied d'égalité des personnes placées dans des situations inégales est le comble de l'inégalité*⁵²⁴ ». En matière de santé, il signifie qu'aucune personne dont l'état ne le nécessite ne peut se voir refuser l'accès à un médecin. L'égalité agit aussi dans la qualité de la prise en charge qui ne peut être différenciée suivant les personnes, la qualité d'une prestation médicale ne peut, en effet, souffrir d'inégalité de traitement. Il s'agit ainsi d'une égalité double d'accès et de prise en charge⁵²⁵, qui s'applique aux activités de prévention comme aux activités de soins⁵²⁶.

201. Le deuxième principe mis en œuvre au sein du service public hospitalier est relatif à la continuité du service public. Ce dernier connaît une reconnaissance constitutionnelle à la fois dans la jurisprudence du Conseil d'État⁵²⁷ et du Conseil constitutionnel⁵²⁸. La transcription pratique de ce principe de continuité est un « *fonctionnement régulier et ponctuel des services publics, ponctualité et régularité dont les exigences varient en fonction de l'objet même de ces activités*⁵²⁹ ». L'activité de service public hospitalier

⁵²¹ Article L. 6112-1 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵²² L. Rolland, Cours de droit administratif, DES de droit public, 1938/1939, Paris, Les cours du droit, pp. 15-16

⁵²³ N. Foulquier, « Constitution et service public », *Les nouveaux Cahiers du Conseil Constitutionnel*, n°37, 2012, p. 21

⁵²⁴ B. Plessix, *Droit administratif général*, *op. cit.*, p. 912

⁵²⁵ Article L. 6112-1 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé

⁵²⁶ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé

⁵²⁷ Conseil d'Etat, 7 juillet 1950, Dehaene, n°01645, Recueil Lebon, p. 426

⁵²⁸ Conseil constitutionnel, Décision n°79-105 DC du 25 juillet 1979

⁵²⁹ N. Foulquier, « Constitution et service public », *art. cit.*, p. 21

répond à la logique la plus restrictive⁵³⁰ en matière de continuité des services publics et se doit d'assurer une permanence de prise en charge⁵³¹. La continuité du service public se distingue de la continuité des soins qui incombe à chaque professionnel⁵³² et consiste à fournir au patient les soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, qu'il exécute lui-même les actes nécessaires ou qu'il fasse appel à un tiers compétent⁵³³.

Ce principe du service public de continuité vient heurter certains droits des agents du service public en question et notamment de leur droit de grève. Si une vision absolue de ce principe a été retenue en 1909 par l'arrêt Winkell⁵³⁴, le Conseil d'État a, par la suite atténué sa position. Il a ainsi retenu la possibilité pour le directeur d'un centre hospitalier de prendre les mesures nécessitées par le fonctionnement de ceux des services qui ne peuvent en aucun cas être interrompus, en imposant, en particulier, « *le maintien en service pendant la journée de grève d'un effectif suffisant pour assurer en particulier la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux malades hospitalisés et la conservation des installations et du matériel*⁵³⁵ ».

202. Souvent évoquée par la doctrine en matière d'égalité, l'accessibilité géographique semble plus justement devoir se placer sous le vocable de continuité spatiale⁵³⁶. Ce versant de la continuité s'illustre notamment par la mise en place de mesures de planification et de gestion des équipements sanitaires⁵³⁷ au sein des territoires telles que la carte sanitaire issue de la loi Boulin permettant le rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers au sein de territoires⁵³⁸.

⁵³⁰ V. Vioujas, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », *op. cit.*, pp. 644-656 : « Mais certaines activités ne sauraient tolérer une interruption dans la fourniture de la prestation, ce qui induit une obligation supplémentaire pour les services publics concernés. Ainsi, le 2° du I de l'article L. 6112-2 impose aux établissements de santé assurant le service public hospitalier et aux professionnels qui exercent en leur sein de garantir la permanence de l'accueil et de la prise en charge ». Dans le même sens, V. Donier, « Les lois du service public : entre tradition et modernité », *Revue française de droit administratif*, 2006, n°6, pp. 1219-1236

⁵³¹ L'article L. 6112-2 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé évoque à cet égard que « I. -Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services (...). 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires (...) ».

⁵³² Article R. 4127-21 du Code de la santé publique

⁵³³ M.-L. Moquet-Anger, « La continuité et l'accès aux services de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 21-31

⁵³⁴ L'arrêt Winkell du Conseil d'État, 7 août 1909, n°37317 retient que « la grève, si elle est un fait pouvant se produire légalement au cours de l'exécution d'un contrat de travail réglé par les dispositions du droit privé, est, au contraire, lorsqu'elle résulte d'un refus de service concerté entre des fonctionnaires, un acte illicite (...). Que, par son acceptation de l'emploi qui lui a été conféré, le fonctionnaire s'est soumis à toutes les obligations dérivant des nécessités mêmes du service public et a renoncé à toutes les facultés incompatibles avec une continuité essentielle à la vie nationale (...) ».

⁵³⁵ Conseil d'État, 7 janvier 1976, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, n°92162

⁵³⁶ V. Donier, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », *Revue française de droit administratif*, 2008, pp. 13-19 ou encore D. Truchet, « Université et diversité des grands principes du service public », art. cit., pp. 38-46

⁵³⁷ Sur la planification en matière hospitalière, A. Lami, V. Vioujas, *Droit hospitalier*, Bruylant, Coll. Paradigme, 2018, p. 102 et s.

⁵³⁸ P. Marin, « SROS et projets médicaux de territoires », *Revue hospitalière de France*, n°510, 2006, pp. 25-28

203. Le service public hospitalier doit encore répondre au critère d'adaptabilité, encore appelé principe de mutabilité ou loi de changement⁵³⁹. Le principe de mutabilité peut se définir comme suit ; les services publics « *naissent de la nécessaire satisfaction de l'intérêt général, par essence évolutif, les services publics doivent être en mesure de s'adapter à cette évolution*⁵⁴⁰ ». Il s'agit donc du devoir lié à l'évolution d'un service public afin qu'il reste conforme à l'intérêt général qu'il est chargé de satisfaire. Ainsi, la mutabilité « *peut-être un prélude à la suppression, lorsque l'évolution des besoins est telle que la seule évolution envisageable pour l'administration est de renoncer à assumer juridiquement la prise en charge d'une activité d'intérêt général*⁵⁴¹ ».

Le principe de mutabilité transparaît non seulement au travers les obligations liés à l'exercice du service public hospitalier, mais aussi par le biais des droits énoncés des patients. Ainsi, toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de « *recevoir sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire (...)*⁵⁴² ». Le principe de mutabilité apparaît donc en filigrane de certains droits des patients, mais n'est pas exclusif de l'exercice au sein du service public hospitalier.

204. Il convient de noter à cet égard que si le principe peut entrer en collision avec des intérêts particuliers d'usagers, ces derniers n'ont pas un droit acquis au maintien de structures de service public s'ils ne répondent plus à une logique d'intérêt général. L'adaptation peut se fonder sur des critères technologiques, mais encore, économiques ou sociaux et peut très bien justifier la fermeture d'un centre hospitalier si le nombre d'usagers est trop peu important ou son coût manifestement excessif. On peut encore imaginer des regroupements liés à une démarche de qualité. En ce sens, Guy Vallancien note que « *l'excellence médicale que revendiquent les malades, les progrès, incessants des techniques chirurgicales, les normes de sécurité sanitaire de plus en plus strictes (...), l'obligation de continuité des soins obligent à repenser aujourd'hui l'offre chirurgicale éparpillée sur le territoire afin de regrouper les compétences au lieu de les maintenir éparpillées*⁵⁴³ ». C'est d'ailleurs l'exigence de qualité qui sert aujourd'hui la plupart du temps à justifier les fermetures de services ou d'établissements⁵⁴⁴.

⁵³⁹ Principe reconnu par la jurisprudence du Conseil d'Etat notamment dans un arrêt Conseil d'Etat, 10 janvier 1902, Compagnie nouvelle du gaz de Déville-lès-Rouen.

⁵⁴⁰ S. Braconnier, *Droit des services publics*, PUF, Coll. Thémis, 2003, p. 285

⁵⁴¹ B. Plessix, *Droit administratif général*, op. cit., p. 901

⁵⁴² Article L. 1110-5 du Code de la santé publique

⁵⁴³ G. Vallancien, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux en France*, Rapport au ministre de la santé et des solidarités, 2006, 77 p.

⁵⁴⁴ Allocution du Président de la République sur la réforme de la santé, 19 septembre 2018 : « certaines activités devront fermer à certains endroits quand certains plateaux techniques, sous-utilisés, deviennent dangereux »

La maîtrise des dépenses de santé, constitue une mesure susceptible d'entraîner des adaptations du service public hospitalier dans la mesure où l'équilibre financier de la sécurité sociale a été reconnu comme un objectif à valeur constitutionnelle⁵⁴⁵. Le principe de mutabilité est ainsi le plus équivoque dans la mesure où il peut se développer dans l'intérêt des usagers et d'une réponse à leur besoin, mais encore dans celui des pouvoirs publics en suivant des considérations politiques ou économiques.

205. Le code de la santé publique évoque à côté de cette trinité le principe de neutralité. Ce dernier, le plus souvent déduit en corollaire du principe d'égalité connaît ici une relative autonomisation, fruit, selon Vincent Vioujas des tensions autour de la question de laïcité⁵⁴⁶. L'hôpital, du fait de la situation de vulnérabilité et d'inconfort des personnes qui s'y trouvent cristallise nombre de revendications à cet égard, mais il se doit d'exiger un respect strict du principe de neutralité en son sein, le Conseil d'État a, par exemple retenu que la restauration fait partie intégrante du service public hospitalier, par conséquent, il ne peut être mis en place une alimentation différenciée fonction des religions⁵⁴⁷. Le traitement de cette question, bien que fondamentale et centrale dans l'échiquier politique actuel ne participe toutefois pas à améliorer l'accès et la qualité de prise en charge des usagers du service public hospitalier raison pour laquelle elle ne sera pas plus développée ici⁵⁴⁸.

206. Le service public hospitalier, comme tout service public oblige ses détenteurs à la recherche constante de l'intérêt général, pour y parvenir, il satisfait aux principes d'égalité, de continuité et d'adaptabilité. Pour autant, on peut se poser la question de l'existence de spécificités qui lui incombent justifiant son statut particulier vis-à-vis des autres opérateurs du système de santé.

B. Le service public hospitalier : îlot de résistance de service public ou symbole au sein du système de santé

207. Le service public hospitalier a connu une certaine perte d'identité avec sa réintroduction en 2016. En effet, les missions de service public définies par la loi HPST ont été redistribuées comme missions communes de l'ensemble des établissements de santé. Bien que tributaire des principes

⁵⁴⁵ Conseil Constitutionnel, Décision n°97-393 DC du 18 décembre 1997 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998

⁵⁴⁶ V. Vioujas, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », art. cit., pp. 644-656

⁵⁴⁷ Conseil d'État, 15 janvier 1995, n°150066, Delignières

⁵⁴⁸ Pour plus d'informations voir notamment : C. Castaing, « Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital », *AJDA*, 2017, n°44, pp. 2505-2513 ; CEDH, 26 novembre 2015, Arrêt Ebrahimian c. France, req. n°64846/11

du service public on peut ainsi légitimement se demander si le service public hospitalier connaît encore à ce jour des spécificités telles qu'elles justifient un statut de service public (1) ou si son existence ne tient plus qu'à un symbole d'attachement politique⁵⁴⁹ (2).

1. Le maintien de missions résiduelles inhérentes au service public hospitalier

208. Historiquement constitué autour d'une vision matérielle constituée par des missions énumérées accomplies dans le respect des obligations du service public⁵⁵⁰, le service public hospitalier dans sa mouture actuelle ne transparaît plus que comme un régime d'obligations dont peu lui sont exclusives.

209. La première et non moins significative obligation à laquelle est soumis le service public hospitalier est issue du principe d'égalité. Les patients ne peuvent se voir facturer de dépassements de tarifs⁵⁵¹ ce qui constitue une « *condition sine qua non d'une égalité d'accès réelle*⁵⁵² ». S'il n'est pas concevable d'envisager une gratuité de ce service public, il est nécessaire que le reste à charge auprès des usagers ne constitue pas une barrière infranchissable⁵⁵³. Virginie Donier évoque à ce sujet la nécessité d'une politique tarifaire adaptée favorisant l'accès de tous aux services publics, et notamment les plus démunis⁵⁵⁴. Cette obligation ne peut être que saluée et permettre l'effectivité de l'accès aux soins du plus grand nombre. Toutefois, on ne peut s'empêcher de noter comme le fait remarquer Vincent Vioujas⁵⁵⁵ la contradiction entre cette obligation et la possibilité offerte à certains praticiens d'une pratique libérale au sein de l'Hôpital hors des tarifs conventionnés. Il est regrettable que la dernière loi de santé n'ait pas pris acte⁵⁵⁶ de la critique esquissée au sein du rapport Devictor à ce sujet qui retenait que « *le principe d'égalité d'accès aux soins est en échec devant la pratique libérale à l'hôpital avec dépassement d'honoraires*⁵⁵⁷ ». On ne pourra nier le frein que constitue cette

⁵⁴⁹ L. Cluzel-Métayer, « Prolégomènes à une réflexion sur le service public hospitalier », art. cit., pp. 595-606

⁵⁵⁰ V. Vioujas, « La résurrection du service public hospitalier », art. cit., pp. 1272-1278

⁵⁵¹ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵⁵² D. Cristol, « Les habits neufs du service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°4, pp. 643-657

⁵⁵³ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)...*, op. cit., p. 48

⁵⁵⁴ V. Donier, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », art.cit., pp. 13-19

⁵⁵⁵ V. Vioujas, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », art. cit., pp. 644-656

⁵⁵⁶ En réalité, la loi de modernisation de notre système de santé laissait présager la fin des dépassements en pratique libérale au sein des établissements par le biais de l'article L. 6112-2 qui dispose que les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services l'absence de facturation de dépassements de tarifs. Toutefois, une ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 réintroduit la possibilité de déroger aux mesures du 4° de l'article L. 6112-1 par voie réglementaire

⁵⁵⁷ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)...*, op. cit., p. 49

pratique dans l'accès aux soins qui concernait 2181 médecins ayant facturé plus de 70 millions d'euros de dépassements d'honoraires pour l'année 2016⁵⁵⁸.

210. La deuxième spécificité relative au service public hospitalier est l'obligation d'organiser « *une permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé (...), ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires*⁵⁵⁹ ».

La permanence au sein du système de santé est organisée en lien entre les établissements de santé et les médecins libéraux⁵⁶⁰, toutefois, le régime concernant ces derniers est bien différent et s'organise sur la base du volontariat. C'est seulement en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à cette dernière que le conseil départemental de l'ordre après de nombreuses consultations peut transférer un avis au Préfet afin qu'il procède aux réquisitions nécessaires⁵⁶¹. La déontologie médicale rappelle qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins⁵⁶², mais d'un autre côté, le Conseil national de l'ordre des médecins estime que les pouvoirs publics ne peuvent pas d'un côté tenir un discours sur le renforcement de l'attractivité de l'exercice médical et de l'autre, procéder à des réquisitions⁵⁶³. De même, les principaux syndicats⁵⁶⁴ de médecins libéraux invoquent les risques pour les patients liés à une charge de travail conséquente pour les médecins pour aller à l'encontre de ces réquisitions.

Il existe donc une différence de régime entre les deux secteurs, l'obligation de participer reste la règle dans le secteur hospitalier tandis que le volontariat fonde le principe en matière libérale.

211. Les établissements assurant le service public hospitalier sont encore les seuls à organiser l'aide médicale urgente qui a pour objet de « *faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état*⁵⁶⁵ ». En parallèle, des établissements de santé privés peuvent se porter volontaire par convention pour accueillir les urgences⁵⁶⁶ et des

⁵⁵⁸ Communiqué de Presse de France Assos Santé, 1^{er} février 2018, Dépassements d'honoraires à l'hôpital public : une pratique rare mais persistante, une régulation défailante

⁵⁵⁹ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵⁶⁰ Article L. 6314-1 du Code de la santé publique

⁵⁶¹ Article R. 6315-4 du Code de la santé publique

⁵⁶² Article R. 4127-77 du Code de santé publique

⁵⁶³ CNOM, *Enquête du CNOM sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017*, mars 2018, pp. 68

⁵⁶⁴ Union Nationale des Médecins Libéraux, *Guide du médecin réquisitionné ; CSMF, Mode d'emploi des réquisitions... Pour pouvoir y faire face*, 2010

⁵⁶⁵ Article L. 6311-1 du Code de la santé publique

⁵⁶⁶ Article R. 6311-9, 4^o du Code de la santé publique

médecins libéraux peuvent participer au dispositif⁵⁶⁷. Le dispositif d'aide médicale urgente constitue une mise en application des principes d'égalité en ce qu'il permet de porter secours à tous, en quelque endroit que se trouve la personne, d'adaptabilité par les soins appropriés donnés à la personne et de continuité par sa permanence d'action⁵⁶⁸.

212. Enfin, les établissements participants au service public hospitalier se voient soumis à une obligation de transparence par la transmission annuelle de leur compte d'exploitation à l'agence régionale de santé dont ils dépendent⁵⁶⁹. Comme le souligne Vincent Vioujas, cette obligation se justifie du fait d'un financement quasi exclusif de ces établissements par l'assurance maladie⁵⁷⁰.

213. Le service public hospitalier est aujourd'hui encore caractérisé par certaines obligations spécifiques, le manquement à ces dernières peut entraîner des sanctions délivrées par le directeur de l'agence régionale de santé. Il peut s'agir d'une pénalité financière ou d'un retrait d'habilitation pour un établissement privé⁵⁷¹. Cependant, ces obligations caractéristiques du service public hospitalier s'avèrent de plus en plus réduites et correspondent plus à une « *déclinaison opérationnelle des grands principes*⁵⁷² » qu'à une réelle spécificité de régime. Cette « *banalisation de l'hôpital public*⁵⁷³ » dont les missions originelles sont aujourd'hui partagées avec l'ensemble des offreurs de santé laisse à penser que le service public hospitalier ne constitue plus qu'un symbole politique brandi au gré des alternances politiques.

2. Le service public hospitalier comme symbole politique

214. L'intérêt général est toujours, par nature soumis à des exigences politiques. Il apparaît comme une notion fluctuante, à tel point que Jean-Marie Pontier a été amené à se poser la question de sa survie contemporaine⁵⁷⁴. Le service public hospitalier est particulièrement sensible à cette réalité. Il suffit pour s'en rendre compte de constater les nombreuses évolutions législatives qui ont jalonné son histoire ainsi que le caractère changeant de la notion.

⁵⁶⁷ Article R. 6311-8 du Code de la santé publique

⁵⁶⁸ Pour aller plus loin sur l'organisation de l'aide médicale urgente : X. Prétot, « Secours à victime et aide médicale urgente », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°2, pp. 197-206

⁵⁶⁹ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique

⁵⁷⁰ V. Vioujas, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », art. cit., pp. 644-656

⁵⁷¹ Article R. 6112-6 modifié par le décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016

⁵⁷² V. Vioujas, « La résurrection du service public hospitalier », art. cit., pp. 1272-1278

⁵⁷³ B. Apollis, « Quel hôpital public au début du XXIème siècle ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°HS, pp. 7-18

⁵⁷⁴ J.-M. Pontier, « L'intérêt général existe-t-il encore ? », *Recueil Dalloz*, 1998, n°35, pp. 327-333

215. Né d'une logique de rationalisation de l'offre de santé, le service public hospitalier semble aujourd'hui ne plus pouvoir remplir seul cette mission. Le pacte de confiance pour l'hôpital relate une « *perte de confiance (qui) affecte l'ensemble du secteur (...). L'hôpital public a progressivement perdu ses repères, à l'instar de nombreux professionnels qui y travaillent*⁵⁷⁵ ». Il ne semble plus capable de remplir efficacement son rôle, le rapport Devictor constate en ce sens un défaut de compréhension du système de santé, un mésusage du système de santé du fait de l'ignorance ou de l'incompréhension du rôle des uns et des autres, des ruptures au sein des parcours de soins par manque d'encadrement ou de coordination ou encore le fait que de nombreuses personnes restent en dehors du système de santé⁵⁷⁶.

216. Les lois qui se succèdent apparaissent plus comme des « *rafistolages*⁵⁷⁷ » que des solutions globales propres à restructurer globalement le système de santé. Un point commun à l'ensemble de ces réformes est l'achoppement autour de la notion de service public hospitalier. Le Président Hollande déclarait ainsi au cours de sa campagne : « *je réformerai la tarification pour mettre fin à l'assimilation de l'hôpital avec les établissements privés. Je le considérerai comme un service public et non comme une entreprise*⁵⁷⁸ ». Olivier Renaudie fait d'ailleurs le constat d'une loi de 2016 marquée par l'idéologie⁵⁷⁹. On peut ainsi lire dans l'étude d'impact relative à la loi qu'il s'agit de « *conserver les valeurs qui fondent l'histoire du service public hospitalier tout en l'adaptant au contexte juridique actuel et aux conditions réelles de l'organisation des soins en France auxquels participent des établissements de santé publics et privés, à but lucratif ou non*⁵⁸⁰ ». Le législateur fait ainsi une fois de plus le choix d'exclure les professionnels libéraux ainsi que les établissements médico-sociaux.

217. La dispersion des missions du service public hospitalier devenues missions de l'ensemble des établissements de santé participe au processus d'indifférenciation des établissements de santé⁵⁸¹, alors que le gouvernement s'est félicité d'avoir réintroduit le service public hospitalier « *non par dogmatisme ou par conservatisme, mais parce que le service public est une garantie pour les Français*⁵⁸² ». Le retour

⁵⁷⁵ E. Couty, C. Scotton, *Le pacte de confiance pour l'hôpital : synthèse des travaux*, Rapport au ministre des affaires sociales et de la santé, 2013, p. 5

⁵⁷⁶ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)...*, op. cit., p. 8

⁵⁷⁷ Intervention du Premier ministre E. Philippe et de la ministre de la santé A. Buzyn le 13 février 2018 à l'hôpital Simone-Veil d'Eaubonne, « Le temps des rafistolages est révolu »

⁵⁷⁸ F. Hollande, *Le changement c'est maintenant : mes 60 engagements pour la France*, Janvier 2012, engagement n°19

⁵⁷⁹ O. Renaudie, « La dimension idéologique du service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 617-625

⁵⁸⁰ Etude d'impact, *Projet de loi relatif à la santé*, 14 octobre 2014, p. 108

⁵⁸¹ D. Cristol, « Les habits neufs du service public hospitalier », art. cit., pp. 643-657

⁵⁸² Intervention de Marisol Touraine, Paris Healthcare Week 2016, Mardi 24 mai 2016

à la notion de service public hospitalier « *relève davantage du symbole*⁵⁸³ » et se mue progressivement en matière sanitaire en un réseau de droits et d'obligations envers toutes les personnes publiques et privées concernées⁵⁸⁴.

218. Même si des obligations spécifiques émergent comme nous l'avons vu précédemment pour les acteurs du service public hospitalier, les mots mêmes de la Ministre de la santé montrent la naissance silencieuse d'un service public comprenant l'ensemble des acteurs du système de santé : « *concernant les établissements privés, ils pourront évidemment y participer, dès lors qu'ils respecteront les obligations que nous fixerons dans la loi de santé. Il ne s'agit pas d'opposer le privé au public, mais simplement d'affirmer la force du service public de santé*⁵⁸⁵ ».

219. Face à ce constat d'un service public hospitalier brandi comme symbole politique, il est important de noter qu'il existe au sein des récentes lois de santé des prémices d'un service public rassemblant l'ensemble des acteurs au sein d'un territoire de proximité.

Paragraphe 2. La naissance silencieuse d'un service public de santé de proximité

220. Le service public hospitalier a connu une longue maturation idéologique par laquelle ses missions ont été diluées dans celles propres à l'ensemble des établissements et professionnels de santé. C'est donc une vision nouvelle du système de santé qui semble à présent se dessiner même si cette dernière n'est pour l'heure pas totalement assumée par les gouvernements successifs (A). Toutefois, les évolutions législatives à l'œuvre laissent transparaître une quête d'unité au sein du système de santé qui pourrait se traduire par la naissance d'un service public de santé de proximité (B).

A. Les implications d'un choix politique fort au service de l'égal accès à des soins de qualité

221. Réformer le système de santé n'est jamais une mince affaire tant le volet idéologique y est important. Il est toutefois nécessaire d'œuvrer et d'opérer les choix essentiels qui permettent

⁵⁸³ V. Vioujas, « De la loi HPST à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 : convergences et inflexions dans l'effort de modernisation de notre système de santé », *JCP A*, n°13, 4 avril 2016, 2092, p. 6

⁵⁸⁴ D. Truchet, *Rapport de synthèse*, in *Le service public*, Dalloz, Collection Thèmes et commentaires, 2014, p. 262

⁵⁸⁵ Intervention de Marisol Touraine, Salon Hôpital Expo 2014, Mardi 20 mai 2014

d'envisager l'unité du système de santé. En ce sens, la loi de 2016 et notamment les rapports préparatoires qui préconisaient la mise en place d'un service public territorial de santé de proximité constituent une occasion ratée d'évoluer vers un système de santé plus unitaire (1), dont les causes résident principalement dans les réticences et oppositions des professionnels de santé (2).

1. Le rejet de l'introduction d'un service public territorial de santé

222. En juin 2013, le Rapport Cordier promettait de reconsidérer l'organisation du système dans son ensemble. Cette organisation « *bâtie de façon empirique et par empilement, autour des structures d'offre de services (...) doit être repensée au plus près des usagers, de la personne malade ou en situation d'autonomie*⁵⁸⁶ ». De fait, « *l'enjeu n'est rien de moins que de refonder notre système de santé*⁵⁸⁷ » selon les mots employés par la ministre de la santé Marisol Touraine. L'ensemble des éléments propres à envisager une restructuration du système de santé semblaient ainsi réunis.

En ce sens, la stratégie nationale de santé participe à cette idée d'une structuration globale de l'offre de soins. Elle énonce ainsi son souhait de permettre de « *couvrir les besoins sans redondance ni insuffisance, quelque soit le lieu et l'heure* », mais également de « *favoriser la coordination des soins et des services*⁵⁸⁸ » au sein d'un territoire.

223. Fort de cette impulsion positive, le Rapport Devictor laissait espérer une vision nouvelle répondant aux problématiques rencontrées par les usagers. Ce dernier proposait en effet d'opérer un changement culturel, conduisant les professionnels à travailler en coopération, « *dans le partage de valeurs communes, dans une approche soucieuse d'apporter les réponses aux besoins des personnes, réponses adaptées et respectueuses de leurs choix, sur leur territoire de proximité, dans une dynamique de qualité toujours croissante. C'est la raison d'être de la proposition de réforme de « service public territorial de santé », au sein duquel le service public hospitalier aura son rôle à jouer*⁵⁸⁹ ».

Le service public territorial de santé est entendu par le rapport comme « *l'offre de service, portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les « offreurs en santé » du territoire sous la régulation de l'ARS*⁵⁹⁰ ».

⁵⁸⁶ A. Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*, Rapport à la demande du Ministre de la Santé, La documentation française, juin 2013, p. 5

⁵⁸⁷ Déclaration de Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, sur la stratégie en matière de politique de la santé et l'accès aux soins médicaux, Paris le 23 septembre 2013

⁵⁸⁸ A. Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*, op. cit., p. 5

⁵⁸⁹ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)...*, op. cit., p. 8

⁵⁹⁰ *Ibidem*, p. 15

La proposition pleine de bon sens prenait acte des difficultés rencontrées par le service public hospitalier, en envisageant à la fois un choc de coopération et de responsabilisation des acteurs du système de santé⁵⁹¹. Le souhait de faire porter par l'ensemble des acteurs du système de santé les valeurs du service public constituait une ambition forte, propice à satisfaire l'objectif de protection de la santé. Toutefois, la crainte d'une levée de bouclier des médecins libéraux entraînait dès la rédaction du rapport l'idée d'une alternative sur la notion pour utiliser celle de service territorial de santé au public⁵⁹². C'est d'ailleurs cette seconde acception qui est retenue pour le projet de loi⁵⁹³, la notion de service public est dans un premier temps gommée, puis l'idée même d'un service territorialisé disparaît de la loi au cours des débats à l'Assemblée nationale.

224. En réalité, le rapport Devictor évoquait maladroitement un service territorial de santé au public⁵⁹⁴, or, il s'agissait d'établir un diagnostic sur la situation du territoire permettant d'organiser l'offre de prévention et les soins de proximité⁵⁹⁵. Le choix des mots tenait ici davantage à une position idéologique qu'à une réalité juridique. Il était prévu une formalisation contractuelle pour ces engagements à l'initiative des acteurs de soins et notamment les médecins généralistes et spécialistes de ville, les professionnels libéraux paramédicaux, les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux. Le projet, du moins dans sa mouture initiale laissait une grande place à l'auto-organisation des professionnels, il rappelait de manière continue que le service territorial de santé au public « *reposera, sauf pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier, sur la base du volontariat*⁵⁹⁶ ».

225. Le coup de grâce est définitivement donné à la notion lors de l'examen en Assemblée. Le service territorial de santé au public pourtant basé sur le volontariat laisse place au dispositif moins ambitieux de communautés professionnelles territoriales de santé qui peuvent apparaître comme « *une démarche parallèle à la construction des groupements hospitaliers de territoire*⁵⁹⁷ » au sein de l'offre de soins ambulatoires. Le parallélisme n'est malheureusement pas porteur de grandes ambitions, il maintient côte à côte une structuration propre aux établissements de santé par le biais des groupements hospitaliers de territoire et une organisation naissante des soins de premier recours par les communautés professionnelles territoriales de santé.

⁵⁹¹ *Ibidem*, p. 10

⁵⁹² *Ibidem*, p. 38

⁵⁹³ Article 12 du projet de loi relatif à la santé, Assemblée nationale, n°2302, 15 octobre 2014

⁵⁹⁴ V. Vioujas, « Le projet de loi relatif à la santé et les collectivités territoriales », *JCP A*, 2014, n°44, act. 852

⁵⁹⁵ Article 12 du projet de loi relatif à la santé, Assemblée nationale, n°2302, 15 octobre 2014

⁵⁹⁶ Etude d'impact, Projet de loi relatif à la santé, 14 octobre 2014, p. 62

⁵⁹⁷ C. Evin, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°1, pp. 107-118

226. Le service public territorial de santé constitue donc une réforme avortée, et ce, du fait des vives oppositions reçues par le texte et notamment de la crainte d'une étatisation du système de santé, avec un pouvoir de décision unilatéral, provenant des agences régionales de santé. La peur des professionnels de santé libéraux et des établissements privés de santé de se voir privés de leur indépendance est exacerbée par les principaux syndicats médicaux ce qui empêche toute avancée significative en faveur de l'unité du système de santé.

2. *L'opposition des syndicats de professionnels libéraux à la restructuration du système de santé*

227. Bien que souvent peu juridiques, il convient d'exposer les arguments avancés par les professionnels de santé libéraux et leurs syndicats à l'encontre du service territorial de santé au public, ou dans sa version initiale du service public territorial de santé afin d'en juger la pertinence. Les réactions aux lois de santé sont très souvent dictées par d'anciens réflexes corporatistes⁵⁹⁸ qui s'expriment par une « *crystallisation de l'identité libérale*⁵⁹⁹ » des médecins. Le système de santé nécessite aujourd'hui une réflexion d'ensemble, et l'adhésion des professionnels de santé à ses valeurs constitue un préalable indispensable à cette rénovation.

Il existe pourtant une certaine ouverture d'esprit autour d'une vision plus collective de la santé, on peut notamment citer Michel Chassang qui note que : « *traditionnellement, la profession médicale, a fortiori libérale, est individualiste. Progressivement, l'arrivée d'un autre acteur, l'assurance maladie, puis un financement socialisé des dépenses ont amené la profession médicale, libérale, à se collectiviser et à admettre que son avenir n'était pas strictement individuel, mais qu'il fallait l'appréhender dans un cadre collectif*⁶⁰⁰ ».

228. Les médecins renouvellent constamment les démonstrations de leur attachement aux principes libéraux. La généralisation du tiers payant a entraîné de nombreuses manifestations et oppositions notamment de la part des principaux syndicats représentatifs⁶⁰¹, plus positive, la vision d'un syndicat composé de jeunes généralistes préconisait un tiers payant généralisé réalisé avec un

⁵⁹⁸ Entendu ici dans le sens défendu par P. Hassenteufel, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », art. cit., pp. 21-28 comme « une conception de la profession médicale comme un corps fermé se réglementant lui-même ».

⁵⁹⁹ *Ibidem*

⁶⁰⁰ M. Chassang, M. Olivier-Koehret, « Le syndicalisme médical, entre contestation et cogestion », *Les tribunes de la santé*, 2010, n°26, pp. 61-80

⁶⁰¹ Communiqué de presse du 17 juillet 2017, MG France, Tiers payant : MG France toujours opposé à l'obligation ; Communiqué de presse du 29 mars 2018, SML, Tiers payant : le SML exprime la plus grande réserve sur les pistes envisagées par le gouvernement ;

interlocuteur unique⁶⁰². Pour rappel, le tiers payant généralisé avait été réduit par le Conseil constitutionnel à la partie remboursable à l'assurance maladie⁶⁰³.

229. Suite à la parution d'un rapport de l'IGAS relevant « *des freins à la pratique immédiate du tiers payant*⁶⁰⁴ », Agnès Buzyn en a décidé le report de cette mesure évoquant des difficultés techniques. En réalité, le rapport réalisé par l'IGAS s'il soulève des problèmes techniques relatifs à la mise en œuvre relève surtout que le « *principal frein au développement du tiers payant n'est pas de nature technique, mais tient à une confiance encore trop fragile des professionnels de santé*⁶⁰⁵ ». On ne peut savoir s'il s'agit de la pression exercée par les syndicats médicaux⁶⁰⁶ ou d'une anticipation sur des difficultés techniques, la seule chose perceptible à ce jour est qu'il n'existe plus de calendrier de mise en œuvre de cette mesure pourtant emblématique de la dernière loi de santé.

230. Le service territorial de santé au public a connu un sort équivalent face à la crainte de l'Étatisation de la médecine de ville. On peut citer quelques-unes des critiques émises à son encontre : « *le service territorial de santé au public contient une remise en cause de la liberté d'installation*⁶⁰⁷ », ou encore « *c'est l'étatisation totale du système de santé ! Des contrats territoriaux de santé vont être mis en place pour organiser les soins dans les territoires, ce qui va imposer la fin de notre indépendance professionnelle, de la liberté d'installation, du libre choix du patient pour son médecin et pour l'établissement de santé. C'est la fin de facto de la convention médicale nationale*⁶⁰⁸ ».

231. À l'heure où le monde hospitalier se plaint d'une privatisation rampante, et la médecine de ville d'une étatisation galopante, voire d'une salarisation de sa profession, il conviendrait de réunir l'ensemble des acteurs afin de travailler au service de l'intérêt général et d'éviter les écueils corporatistes. Cette vision semble d'ailleurs partagée par un certain nombre de syndicats de médecins libéraux au rang desquels le syndicat reAGJIR qui questionne : « *ne serait-ce pas le moment de se mettre autour de la table et d'élaborer des dispositifs concertés entre les différents acteurs de la santé, afin d'arriver à cet objectif ?*⁶⁰⁹ ».

⁶⁰² Communiqué de presse du 25 janvier 2016, reAGJIR, Tiers payant beaucoup de bruit pour rien

⁶⁰³ Conseil Constitutionnel, Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016

⁶⁰⁴ IGAS, *Evaluation de la généralisation du tiers payant*, Octobre 2017, n°2017-111R, pp. 4-5

⁶⁰⁵ *Ibidem*, p. 5

⁶⁰⁶ Hypothèse avancée par Claude Pigement dans un article : Sébastien Lerno, « Tiers payant généralisé : Agnès Buzyn a cédé à la pression des syndicats médicaux », *Le Parisien*, 25 octobre 2017

⁶⁰⁷ Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux, Loi de santé : Que pensent vos syndicats, URPS ml-infos, n°19, Janvier/Février 2015, p. 6

⁶⁰⁸ *Ibidem*

⁶⁰⁹ Communiqué de presse du 25 janvier 2016, reAGJIR, Tiers payant beaucoup de bruit pour rien

232. Il convient aujourd'hui d'évoluer vers une logique de système de santé entendu comme l'ensemble des acteurs en matière sanitaire et les interactions existant entre eux afin de garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire.

B. Une unité d'action naissante des acteurs au sein du système de santé

233. Bien que des réticences existent, les lois de santé s'enchaînent à un rythme effréné avec leur lot d'avancées et de désillusions, toutefois, on ne peut nier une certaine volonté d'unification du système de santé, celle-ci s'opère à la fois par une organisation en niveaux de recours permettant une meilleure lisibilité de l'ensemble des offreurs (1.) et à la fois par des mesures permettant une coopération plus importante entre l'ensemble des acteurs du système de santé (2.)

1. La structuration des soins autour des niveaux de recours

234. La définition de niveaux de recours de soins découle d'une logique de rationalisation et d'organisation des ressources en santé. La notion de niveaux de recours et notamment de soins primaires a été largement encouragée par l'OMS dès la fin des années 1980. Suite à la conférence d'Alma Ata, les soins primaires apparaissent comme « *le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire*⁶¹⁰ ». Plus loin, la déclaration de l'OMS pose que « *tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs*⁶¹¹ ». Il s'agit d'une déclaration programmatique en faveur d'une structuration des systèmes de santé autour des soins primaires.

235. La France a attendu 2009 pour organiser son système sanitaire en niveaux de recours dans le but de décompartmenter les différents secteurs d'activité du système de santé. Il s'agit alors d'évoluer d'une planification de l'offre de soins par secteurs d'activité, à une organisation de cette offre par niveaux de recours⁶¹² en vue d'une meilleure utilisation des ressources offertes par le

⁶¹⁰ OMS, *Les soins de santé primaires*, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, p. 4

⁶¹¹ *Ibidem*, p. 5

⁶¹² J.-M. Rolland, Rapport sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, Assemblée nationale, 5 février 2009, n°1441, Tome 1, p. 29

système de santé. Des prémices étaient à l'œuvre dès 2004 avec la création du médecin traitant⁶¹³ lequel a pour vocation à jouer un rôle de « *pivot dans le nouveau parcours de soins*⁶¹⁴ ». Ces mesures visent à mettre en œuvre une « *articulation entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social dans le but de fluidifier le parcours de soins, de le rendre moins hospitalo-centré*⁶¹⁵ ».

236. Les soins de premier recours comprennent ainsi quatre composantes. La première est relative à la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients. La deuxième comprend la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique. La troisième concerne l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social. Enfin, la quatrième concerne l'éducation pour la santé⁶¹⁶. Les soins de second recours sont définis en négatif comme les soins non couverts par l'offre de premier recours⁶¹⁷.

237. Si la logique permet de comprendre que les médecins généralistes⁶¹⁸ appartiennent au premier recours et les établissements de santé au deuxième recours. La question des autres praticiens libéraux spécialistes pose question. C'est l'article relatif au rôle du médecin spécialiste qui nous éclaire ici et énonce que ce dernier peut être de premier ou de deuxième recours puis énumère ses missions : prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié, le suivi des patients selon les modalités propres aux compétences de chaque discipline, la contribution à la prévention et à l'éducation pour la santé, la participation à la permanence des soins, la contribution à l'accueil et à la formation des futurs médecins⁶¹⁹. Il est ensuite précisé la position du médecin spécialiste au sein du système de santé vis-à-vis du médecin généraliste et des établissements de santé. Le spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin

⁶¹³ Article L. 162-5-3 du Code de la santé publique issu de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci ».

⁶¹⁴ A. Vasselle, *Rapport d'information : Réforme de l'assurance maladie : Les nouveaux outils de la régulation*, Rapport au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, n°11, 11 octobre 2005, p. 8

⁶¹⁵ D. Stringre, *Le service public hospitalier*, PUF, Que sais-je ?, 2016, p. 40

⁶¹⁶ Article L. 1411-11 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶¹⁷ Article L. 1411-12 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶¹⁸ J. Moret-Bailly, « La loi HPST et l'accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°5, pp. 820-831 remarque que l'assimilation de médecine générale et de premier recours peut-être problématique dans la mesure où 40% des médecins généralistes ont aujourd'hui une activité d'homéopathie, ostéopathie, acupuncture, allergologie ou d'autres pratiques ne relevant pas de la médecine de premier recours

⁶¹⁹ Article L. 4130-2 du Code de la santé publique

généraliste, pour le suivi conjoint du patient. Quant aux établissements de santé, le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec ces derniers et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles et évitables.

La logique de parcours implique un adressage au spécialiste par le biais du médecin traitant. En cas de non-respect du parcours de soins et de consultation directe d'un spécialiste, le taux de remboursement de l'assuré social est considérablement réduit⁶²⁰. Toutefois, certains médecins libéraux spécialistes peuvent être consultés directement et dispensent, de fait, des soins de premier recours. Il s'agit notamment des gynécologues, ophtalmologues, psychiatre pour les patients entre 16 et 25 ans ou encore un stomatologue sauf pour les actes chirurgicaux lourds⁶²¹. En dehors de ces situations, c'est le médecin traitant⁶²² qui adresse au spécialiste correspondant sous peine de voir le taux de remboursement du patient abaissé de 70 à 30% de la base de remboursement⁶²³. La mise en place de ces pénalités financières montre la volonté d'une organisation rationnelle des soins et d'une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé en vue de lutter contre l'hospitalo-centrisme⁶²⁴. Le législateur a préféré opter pour une organisation en niveaux de recours incitative où les patients conservent la faculté de consulter directement un spécialiste sans être adressé par leur médecin traitant *a contrario* du mécanisme de gate-keeping au sein du NHS anglais qui rend impossible sauf en cas d'urgence l'accès direct aux praticiens de second recours⁶²⁵.

238. La mise en place de niveaux de recours graduels ne suffit pas à permettre une unité entre les différents secteurs médicaux. C'est la raison pour laquelle cette réorganisation du système autour du médecin de premier recours s'est accompagnée du développement d'outils de coopération entre les différents niveaux de recours.

2. L'émergence d'une coopération entre les différents niveaux de recours

⁶²⁰ L'article L. 162-5-3 du Code de la santé publique prévoit que « La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut-être majorée pour les assurés ou les ayants droits n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ».

⁶²¹ Toutefois, un assuré social consultant directement un médecin relevant de l'une des spécialités énoncées ne peut pas bénéficier de l'exception de majoration du ticket modérateur s'il n'a pas déclaré préalablement un médecin traitant, Conseil d'Etat, 12 février 2014, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies, n°354505

⁶²² Article L. 162-5-3 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶²³ A titre d'exemple, la consultation d'un médecin généraliste de secteur 1 réalisée dans le parcours de soins est remboursée 16,5 euros sur la base de 25, si elle est réalisée hors du parcours de soins, le remboursement est seulement de 6,5 euros.

⁶²⁴ C. Paul, J.-M. Rolland, *Rapport d'information sur la mise en application 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*, n°3265, 30 mars 2011, p. 77

⁶²⁵ A. Mason, P. Smith, « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », *Revue française des affaires sociales*, 2006, n°2, pp. 265-284

239. La définition de niveaux de recours est inutile sans politique sous-jacente de coopération entre les différents acteurs du système de santé. L'organisation des parcours de santé qui relèvent de la politique de santé définie par l'État vise, « *par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population (...)*⁶²⁶ ». Pour cette raison les moyens de coopération ont été développés pour permettre une organisation des relations entre les différents secteurs.

240. Outre la possibilité de créer des groupements d'intérêt public et économiques introduite en 1991⁶²⁷, l'édifice de la coopération en santé a connu une étape décisive avec la naissance du groupement de coopération sanitaire⁶²⁸. Initialement, les groupements de coopération sanitaires étaient limités aux établissements de santé⁶²⁹ et c'est seulement en 2003 que la possibilité d'intégrer des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux est apparue⁶³⁰. Une ordonnance de 2017⁶³¹ intervenue suite à la loi de modernisation du système de santé⁶³² afin d'y inclure les maisons de santé. L'ambition annoncée était celle de la mise en œuvre d'un instrument capable de « *dépasser les clivages traditionnels que constituent les oppositions entre secteur public et privé, secteur hospitalier et secteur ambulatoire, secteur sanitaire et secteur médico-social*⁶³³ ». Toutefois, Maxence Cormier estime que si le groupement de coopération sanitaire s'est ouvert aux professionnels libéraux, « *cette réforme vise plus à attirer dans les établissements publics de santé les médecins libéraux exerçant en établissement de santé privé (...), que d'attirer les professionnels libéraux exerçant dans des cabinets dits de ville*⁶³⁴ ». Cette

⁶²⁶ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique

⁶²⁷ Art. 7 de la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, page 10255 « Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique (...) ».

⁶²⁸ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996, page 6324

⁶²⁹ Article L. 6133-1 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée « Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 6132-2 pour constituer entre eux un syndicat interhospitalier (...) ».

⁶³⁰ Article 18 de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n°206 du 6 septembre 2003, page 15391

⁶³¹ Ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire

⁶³² L'article 201 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyait la possibilité pour le gouvernement d'agir par ordonnances pour « adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des groupements de coopération sanitaire (...) ».

⁶³³ X. Badin, « Les groupements de coopération sanitaire après la loi HPST », *Revue générale de droit médical*, 2011, n° spécial, pp. 215-227

⁶³⁴ M. Cormier, « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ? », *Revue générale de droit médical*, n°22, pp. 7-37

remarque relativise l'idée d'une coopération inter-secteurs naissante entre les établissements de santé et le secteur libéral.

241. Les différentes extensions et ajouts successifs ont entraîné un « *mille-feuille juridique inconciliable avec les objectifs initialement conférés à ce mode de coopération*⁶³⁵ ». C'est ainsi qu'avant la loi HPST, cinq types de GCS pouvaient être mis en œuvre⁶³⁶. Celle-ci a cherché à simplifier les règles relatives aux groupements notamment en diminuant le nombre de structures possibles. Il peut désormais s'agir, soit d'un GCS de moyens constitué pour « *organiser ou gérer les activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ; Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun (...); Permettre les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que les professionnels libéraux membres du groupement*⁶³⁷ ». Soit, d'un GCS établissement de santé qui est un groupement autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins⁶³⁸. Ce deuxième type de coopération dit GCS établissement de santé apparaît comme plus abouti, en effet, le patient est ici pris en charge directement par le groupement responsable. Ces GCS plus structurants constituent une action positive en matière de recomposition de l'offre de soins sur le territoire et de collaboration entre les différents secteurs. Il appartient au directeur de l'ARS d'accorder ou non l'autorisation d'activité de soins au groupement et son érection en établissement de santé⁶³⁹.

Il est à noter que la loi de modernisation du système de santé crée une possibilité intermédiaire en permettant d'exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres⁶⁴⁰. Il s'agit en réalité du retour d'une possibilité qui existait avant d'être effacée par la loi HPST évitant le recours fastidieux aux GCS établissements de santé. Par ce biais,

⁶³⁵ X. Badin, « Les groupements de coopération sanitaire après la loi HPST », art. cit., pp. 215-227

⁶³⁶ 1) GCS visant à permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que les professionnels libéraux associés (ancien article L. 6133-1, 1° du Code de la Santé publique).

2) GCS visant à gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels que des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage interne (ancien article L. 6133-1, 1° du Code de la Santé publique).

3) GCS autorisé par le directeur de l'ARH, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé.

4) GCS autorisé par le directeur de l'ARH à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres.

5) GCS qui constitue un réseau de santé (ancien article L. 6133-4 du Code de la santé publique)

⁶³⁷ Article L. 6133-1 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶³⁸ Article L. 6133-7 et s. du Code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶³⁹ Article R. 6133-17 du Code de la santé publique issu du décret n°2010-862 du 23 juillet 2010

⁶⁴⁰ Article L. 6133-1 4° du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

les membres du GCS peuvent exploiter une autorisation détenue par l'un de ses membres sans pour autant supporter les contraintes liées à l'érection en établissement de santé.

Il existe 693 GCS constitués, lesquels sont pour 96% d'entre eux des GCS de moyens⁶⁴¹. Lz faible nombre de GCS établissements de santé s'explique par le degré d'intégration requis pour ce type de structures. L'ARS intervient dans sa mission de coordination du système de santé⁶⁴². Le directeur peut demander à des établissements publics de santé de conclure un groupement, si sa demande n'est pas suivie d'effet, il peut en concertation avec les conseils de surveillance de ces établissements, prendre des mesures de diminution des dotations de financement pour que les établissements concluent un groupement de coopération sanitaire⁶⁴³.

242. Le GCS constitue à ce jour le principal moyen de coopération entre les différents secteurs de la santé, en effet, il permet de mutualiser des moyens, équipements ou fonctions logistiques, porter sur l'enseignement ou la recherche, permettre la réalisation de prestations médicales croisées ou encore mettre en œuvre la permanence des soins. Malheureusement le poids et la complexité de ces structures peut aisément effrayer les professionnels libéraux ou les structures pluridisciplinaires telles que les maisons de santé.

243. En parallèle de ce groupement, d'autres modes de coopération ont été envisagés par la loi de modernisation du système de santé marquée par la volonté de restructurer l'offre de soins primaires. Elle introduit notamment les équipes de soins primaires⁶⁴⁴ et les communautés professionnelles territoriales de santé⁶⁴⁵ annoncées comme des « *leviers au service de la coordination des acteurs en santé*⁶⁴⁶ ». Les équipes de soins primaires ont pour but d'améliorer le parcours de santé des

⁶⁴¹ DGOS, *Rapport au Parlement sur les reconfigurations hospitalières 2017*, p. 12, il ressort de ce rapport qu'il existe 667 GCS de moyens contre 26 constitués en établissements de santé.

⁶⁴² Article L. 6131-1 du Code de la santé publique

⁶⁴³ Article L. 6131-2 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°2017-47 du 19 janvier 2018 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

⁶⁴⁴ Article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours (...) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins contribue à la structuration des parcours de santé (...) ».

⁶⁴⁵ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé (...), des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé (...). La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'ARS ».

⁶⁴⁶ Instruction DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

patients par le développement d'un travail en réseau. Leur objet est décrit par un projet de santé qui recense les thématiques faisant l'objet d'une amélioration auprès de la patientèle.

244. Les communautés professionnelles territoriales de santé⁶⁴⁷ sont des équipes qui s'inscrivent dans une approche populationnelle. Il s'agit ici de répondre à une problématique sanitaire sur un territoire donné, elle ne se limite donc pas à la patientèle des professionnels concernés comme c'est le cas pour les équipes de soins primaires qui peuvent par ailleurs la composer. Ce dispositif a été renouvelé et soutenu à l'occasion de la dernière loi de santé et laisse à penser qu'il s'inscrira comme l'organisation des soins de premiers recours de demain⁶⁴⁸. Si le souhait est celui de voir émerger des initiatives professionnelles⁶⁴⁹, il est intéressant de noter qu'en cas d'abstention des professionnels, les ARS auront la possibilité en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé de prendre les initiatives nécessaires à la constitution de ces communautés⁶⁵⁰. Cette mesure marque la possibilité d'une coopération contrainte par l'ARS qui pourrait marquer une première étape vers la généralisation de ces structures.

245. Les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, si elles peuvent permettre un maillage des professionnels libéraux et médico-sociaux en matière de premier recours, n'incluent pas de coordination avec les établissements de santé ce qui apparaît dommageable dans la volonté de structuration globale du système de santé.

246. Concernant les établissements de santé, la mise en place des GHT a été rendue obligatoire par la loi de modernisation du système de santé de 2016, ces derniers ont pour objectifs de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, d'assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activité entre établissements. Chaque groupement met en place un projet médical partagé qui garantit une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours⁶⁵¹. Il s'agit donc d'un projet structurant qui rationalise l'offre de soins hospitalière. Laurent Houdart y voit la réforme hospitalière la plus importante

⁶⁴⁷ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique

⁶⁴⁸ M. Cormier, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 64-73

⁶⁴⁹ Instruction DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

⁶⁵⁰ Alinéa 5 de l'article L. 1434-12 du Code de la santé publique

⁶⁵¹ Article L. 6132-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

depuis 1945⁶⁵² car celle-ci concerne directement les 1000 établissements publics de santé français, mais encore l'ensemble du paysage sanitaire, l'auteur ajoute que « nous avons en tout état de cause quitté les rives de la coopération pour approcher celles de la fusion sans pour autant l'atteindre⁶⁵³ ».

La création des GHT bien qu'elle obéisse à une politique pour l'heure inavouée de fusion paraît en inadéquation avec la volonté affichée et les objectifs d'un système de santé décloisonné⁶⁵⁴, mais s'inscrit plutôt dans l'idée de maîtrise des dépenses de santé. Cette logique bien que nécessaire ne peut s'appréhender uniquement au niveau des structures d'hospitalisation publique. Il s'agit ici de la mise en place d'une logique de groupe, organisée autour d'un établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et activités déléguées⁶⁵⁵. L'ensemble des fonctions et activités gérées par l'établissement support sont listées par le code de la santé publique, il est notamment en charge de la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et notamment la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée. Il doit encore organiser la gestion d'un département de l'information médicale permettant l'analyse de l'activité, gérer la fonction achats au sein du groupement, coordonner les instituts et écoles de formation paramédicale du groupement ainsi que les plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements⁶⁵⁶.

247. L'idée d'une restructuration imposée pour tenter de recomposer de manière homogène les territoires est intéressante, mais elle devra nécessairement inclure l'ensemble des acteurs de santé pour être efficiente⁶⁵⁷. Cette logique apparaît à double tranchant, d'une part on peut espérer qu'elle « constitue un premier pas vers la constitution d'un service public de santé susceptible de réguler l'ensemble des acteurs de santé sur un territoire⁶⁵⁸ », et d'autre part, on ne peut masquer la crainte d'un risque de précarisation de l'offre de soins primaires par la constitution de pôles gigantesques qui attirent les professionnels

⁶⁵² L. Houdard, « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue Droit et Santé*, 2016, n°2, pp. 103-109

⁶⁵³ *Ibidem*

⁶⁵⁴ J.-L. Romanens, « Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre », *Revue Droit et Santé*, 2016, n°2, pp. 72-83 à propos des GHT : « il s'agit d'une organisation verticale « graduée » de moyens et certainement pas d'une prise en charge commune multispécialités coordonnée autour du patient notamment souffrant d'une maladie chronique et de ses affections associées. Et cette organisation derrière son mur de verre sera encore moins en relation avec la médecine libérale ».

⁶⁵⁵ Article L. 6132-2 du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁶⁵⁶ Article L. 6132-3 du Code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°2018-20 du 17 janvier relative au service de santé des armées et à l'institution nationale des invalides

⁶⁵⁷ A. Lami, V. Vioujas, *Droit hospitalier*, Bruylant, Coll. Paradigme, 2018, « leur réussite dépendra sans doute de leur capacité à s'articuler avec les dispositifs de structuration des soins de ville de premier et de second recours »

⁶⁵⁸ J. Saison, « Service public hospitalier ou service public de santé ? A la recherche d'unité pour le système de santé... », art. cit., pp. 634-643, constat renouvelé par l'auteur J. Saison, « « Ma santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 25-34 : « Ce service public de santé demeure au stade embryonnaire à défaut d'une intégration plus importante de l'offre de soins du secteur privé »

spécialistes, généralistes, professions médicales ou paramédicales⁶⁵⁹. Pour l'heure, il est à redouter que les GHT participent à un nouveau cloisonnement et un recentrage du système de santé autour des établissements publics. Le GHT constitue une « *organisation verticale « graduée » de moyens et certainement pas une prise en charge commune multis spécialités coordonnée autour d'un patient*⁶⁶⁰ » et se retrouvera encore moins en rapport avec la médecine de ville.

Le GHT apparaît ainsi comme un dispositif inachevé de coopération. Il transparaît la crainte des pouvoirs publics d'intégrer les professionnels libéraux et autres structures pluridisciplinaires au sein d'un dispositif de coopération obligatoire. Il n'est pourtant guère risqué de parier que cette étape préfigure « *de futures absorptions ou fusions de nombreuses structures, en vue de la transformation à venir en établissement public territorial de santé*⁶⁶¹ ». Cette idée fait d'ailleurs écho choc de coopération appelé des vœux du rapport Devictor⁶⁶² lequel envisageait la mise en place d'un service public territorial de santé au sein duquel le service public hospitalier serait associé pour développer une approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé.

248. On l'a vu, le service public hospitalier a connu ces dernières décennies une mutation complète et n'est plus en mesure d'assurer seul l'égal accès aux soins de l'ensemble des citoyens. Il convient d'envisager de nouvelles relations entre les différents acteurs du système de santé. Dans la continuité des mesures en filigrane des dernières lois de santé, il est utile de développer une fiction juridique autour d'un service public sanitaire à l'empreinte territoriale : le service public de santé de proximité.

Section 2. Les objectifs liés à la création du service public de santé de proximité

249. La conceptualisation du service public de santé de proximité tient tout à la fois compte des politiques de santé menées jusqu'alors que de la nécessité d'œuvrer pour la protection du système de santé. Le service public de santé de proximité vise en ce sens, à assurer aux usagers du système de santé une protection efficace de la santé garantie par une coordination et une coopération de l'ensemble des acteurs de santé et médico-sociaux sur un territoire donné. Cette structuration répond en outre à la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé au sein du système de santé.

⁶⁵⁹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Contribution à la transformation du système de santé*, 2018, p. 8

⁶⁶⁰ J.-L. Romanens, « Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre », art. cit., pp. 72-83

⁶⁶¹ M.-L. Moquet-Anger, « Introduction », in G. Nicolas et V. Vioujas (Dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les études hospitalières, Les cahiers du droit de la santé, n°24, 2017, p. 22

⁶⁶² B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)...*, op. cit., p. 10

250. La notion utilisée est forte de sens, alliant service public et proximité, mais est à la hauteur des enjeux auxquels se confronte le système de santé. La mise en œuvre du service public de santé de proximité vise ainsi à rendre accessibles et continus les soins sur l'ensemble du territoire (§1), et doit permettre au système de s'adapter aux enjeux économiques et sanitaires contemporains (§2).

Paragraphe 1. L'objectif d'une offre de soins égale et continue sur l'ensemble du territoire

Les inégalités territoriales d'accès aux soins font partie intégrante du droit à la protection de la santé⁶⁶³ qui apparaît comme l'intérêt général à défendre au sein du service public de santé de proximité. Eu égard à cette nécessité, le service public de santé de proximité doit organiser une réponse aux différentes dimensions de l'accès aux soins (A) ainsi que l'action coordonnée des acteurs au sein d'un système de santé unitaire afin d'en assurer la coordination et la coopération (B).

A. La satisfaction de l'exigence d'accès aux soins par le service public de santé de proximité

251. L'accès aux soins peut se définir dans deux dimensions, la première souvent la plus usitée correspond à un accès aux soins lié à une proximité géographique à ceux-ci, la seconde est une égalité sociale d'accès aux soins. Le SPSP, via le critère de proximité se veut le garant d'une continuité spatiale des soins sur un territoire (1), mais une telle continuité s'avère inutile s'il n'est pas mis en œuvre en parallèle des mécanismes permettant de lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins (2).

1. La proximité comme garantie de l'accès aux soins des usagers du service public de santé de proximité

252. En 2003, un ouvrage relatif à l'approche territoriale de la santé débutait sur ces interrogations : « deux enjeux majeurs marquent l'avenir du système de santé français : sera-t-il capable de fournir, à long terme, des soins et de la prévention de qualité à l'ensemble de la population, quelle que soit sa localisation ? Sera-t-il prêt à accueillir une population plus âgée, souffrant de maladies chroniques, même dans les régions et

⁶⁶³ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé, op. cit.*, p. 308

*quartiers périphériques ?*⁶⁶⁴». Ces questions restent sinistrement d'actualité et l'organisation de soins de proximité tente d'apporter une solution au service de l'utilisateur.

253. La notion de proximité ne connaît pas de définition juridique, elle s'entend communément d'une chose qui est à peu de distance d'une autre, de plusieurs choses qui sont proches⁶⁶⁵, en matière de politiques publiques, l'objectif de la proximité est de « *maintenir le plus de services possibles auprès des citoyens*⁶⁶⁶ ». Cette vision de la proximité apparaît quelque peu lacunaire, en effet, la proximité ne s'entend pas seulement de la proximité géographique, elle peut encore englober des facteurs culturels ou économiques tels que la couverture financière des soins⁶⁶⁷.

Plus précisément, la proximité en matière sanitaire s'envisage comme la nécessité de constituer un réseau de soin à un échelon géographique qui permet à chacun de recourir à des soins de qualité. Cette notion est donc indissociable de celle de sécurité et de qualité. La proximité a souvent été réduite à une question de distance ou de temps à un professionnel de santé, toutefois, des études ont montré que ce type d'indicateurs ne permettaient pas d'envisager la réalité d'un recours aux soins, les professionnels à distance étant le plus souvent surchargés⁶⁶⁸.

254. Le code de la santé publique dans le chapitre relatif à l'organisation des soins énonce que « *l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité (...)*⁶⁶⁹ ». Cet article reste limitatif dans la mesure où il traite de l'accès aux soins de premier recours et de la prise en charge continue. Le principe de proximité doit être étendu à l'ensemble des acteurs du système de santé et constituer une exigence propre à l'ensemble des acteurs du service public permettant la structuration des soins au sein d'un territoire.

255. Si l'on ne saurait défendre l'idée d'une nouvelle loi du service public dite loi de proximité à l'instar de Jean-David Dreyfus⁶⁷⁰, l'exigence de proximité constitue au sein du SPSP une concrétisation des principes d'égalité et de continuité sous la responsabilité de l'ensemble des offreurs de soins. Le développement de la notion de proximité doit s'accompagner d'une

⁶⁶⁴ A. Bailly, « Avant-propos « Santé-territoire » pour demain », in E. Vigneron (Dir.), Pour une approche territoriale de la santé, L'aube – datar, 2003, p. 7

⁶⁶⁵ Définition proximité, *Le petit Robert de la langue Française*, éd des 50 ans, 2017

⁶⁶⁶ CREDES, *Les soins de proximité : une exception française ?*, Rapport n°503, Juillet 2001, p. 12

⁶⁶⁷ *Ibidem*

⁶⁶⁸ DREES, *Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité*, Etudes et résultats, n°817, oct. 2012

⁶⁶⁹ Article L. 1411-11 du Code de la santé publique

⁶⁷⁰ J.-L. Dreyfus, « Présence des services publics dans les territoires ruraux : l'émergence d'une « loi » de proximité », *AJDA*, 2005, n°23, pp. 1274-1277

responsabilisation des acteurs, en ce sens, la notion évoquée dans le rapport Devictor de responsabilité populationnelle trouve tout son sens. Cette dernière est entendue comme la « *préoccupation que toute personne trouve a minima sur son territoire de proximité une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*⁶⁷¹ ».

Le service public de santé de proximité constitue donc un approfondissement de l'organisation en niveaux de recours envisagé depuis la loi HPST de 2009 notamment grâce à une meilleure coopération entre les acteurs favorisant la logique de parcours de soins.

256. L'accolement de la proximité à la notion de service public est un choix. En effet, on aurait pu, à l'instar de Bernadette Devictor faire le choix de la notion de territoire toutefois, elle apparaît moins opportune dans le cadre de la définition d'un service public sanitaire. Le territoire constitue le lieu de concrétisation d'une politique qui peut être nationale, internationale ou encore à un échelon inférieur. La proximité constitue un objectif là où la territorialisation en est la réalisation par l'adaptation d'une offre de service à un territoire⁶⁷² et une problématique.

257. La notion de proximité a encore une vertu, en effet, elle s'entend aussi entre les professionnels de santé, il faut chercher à resserrer les liens unissant les professionnels, la connaissance de l'entourage médical permet de rendre plus efficace l'idée de parcours de soins. Les médecins et notamment les libéraux ne doivent plus agir de manière isolée, mais au sein d'une communauté.

L'exigence de proximité est essentielle pour garantir une continuité spatiale des soins, toutefois, cette dernière ne permet un accès égal que si les barrières liées aux inégalités sociales sont levées en parallèle.

2. Une action en faveur de la réduction des inégalités sociales dans l'accès aux soins au sein du service public de santé de proximité

258. Il est essentiel d'œuvrer sur la question des inégalités sociales qui constituent des freins à l'accès aux soins et à la protection de la santé. Ces inégalités ont une origine double : issues du gradient social de la population notamment du fait de la réception des politiques de santé ou encore

⁶⁷¹ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)... op. cit.*, p. 48

⁶⁷² S. Fleuret, « Questionner la territorialisation de la santé en France », in M. Calvez (Dir.), *Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux*, Presses Universitaires de Rennes, Février 2016, p. 23

de la connaissance du système de santé et liées au reste à charge pour les personnes en situation de précarité financière.

259. Aujourd'hui, le reste à charge constitue le facteur principal du renoncement aux soins⁶⁷³, ce dernier est composé « *d'une part, de « restes à charge réglementés » (ticket modérateur, forfaits, franchises) et, d'autre part, de « restes à charge concédés » (dépassements d'honoraires, dépassements de tarifs de référence pour les dispositifs médicaux...)*⁶⁷⁴ ». L'augmentation progressive du reste à charge aurait pu entraîner une censure par les juridictions vis-à-vis de l'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946. Toutefois, les juridictions constitutionnelles⁶⁷⁵ et administratives⁶⁷⁶ bien qu'ayant forgé une grille de contrôle opérationnelle permettant de fixer un seuil à ne pas franchir, n'ont pour l'heure jamais censuré un dispositif ajoutant un reste à charge⁶⁷⁷.

260. Le service public de santé de proximité doit adopter une position stricte en matière tarifaire permettant une réduction des inégalités sociales d'accès aux soins. À l'instar des mesures prises en matière de service public hospitalier⁶⁷⁸, les acteurs du service public de santé de proximité doivent garantir l'absence de dépassements d'honoraires. Ainsi, les tarifs opposables doivent être la norme, ces derniers constituent, selon les mots de Didier Tabuteau « *la pierre angulaire de l'accès aux soins en médecine de ville*⁶⁷⁹ ». En effet, l'idée d'une régulation des tarifs est consubstantielle à celle de système de sécurité sociale⁶⁸⁰, « *en tant que bénéficiaire de la sécurité sociale et, aujourd'hui, de la protection universelle maladie, le patient ne devrait jamais être en situation de quémander ou d'obtenir un tarif de faveur, laissé à l'appréciation du professionnel de santé*⁶⁸¹ ». Une pratique tarifaire allant à l'encontre de ce principe constitue une entorse au principe de solidarité qui a motivé l'établissement de la sécurité sociale.

261. Ces dépassements d'honoraires constituent aujourd'hui pourtant un frein réel à l'accès aux soins. Ainsi, ce sont 2,66 milliards d'euros de dépassements d'honoraires, dont 2,45 pour les seuls

⁶⁷³ D. Polton, « Restes à charge : la situation paradoxale de la France », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°HS, pp. 7-19

⁶⁷⁴ D. Tabuteau, « Reste à charge et politique de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°HS, pp. 19-32

⁶⁷⁵ Conseil Constitutionnel, n°2004-504 DC du 12 août 2004

⁶⁷⁶ Notamment : CE, 6 mai 2009, Association FNATH, n°312462, CE, 26 juillet 2011, Association FNATH et autres, n°337065

⁶⁷⁷ J. Lessi, « Le contrôle juridictionnel du reste à charge dans les dépenses de soins », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2013, n°2, p. 113 ; R. Marié, « Reste à charge et régimes légaux : encore des disparités », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°HS, pp. 63-72

⁶⁷⁸ Article L. 6112-2 du Code de la santé publique

⁶⁷⁹ D. Tabuteau, « Solidarité et santé », *Droit social*, 2007, n°2, pp. 136-139

⁶⁸⁰ D. Tabuteau, « La liberté tarifaire ? », *Droit social*, 2003, pp. 424-427

⁶⁸¹ D. Tabuteau, « Reste à charge et politique de santé », art. cit., pp. 19-32

spécialistes qui ont été facturés⁶⁸². L'assurance maladie se félicite d'un recul du taux moyen de dépassement du fait des options conventionnelles de maîtrise des dépassements d'honoraires conclues avec les médecins en secteur 2⁶⁸³, toutefois, le taux moyen de dépassement constaté reste de 51,9% tandis que le taux d'actes réalisés à tarif opposable pour les médecins en secteur 2 s'établit autour de 37,5%⁶⁸⁴.

Bien que ces chiffres témoignent d'une tendance positive, et que certains considèrent « *qu'il n'est pas possible de soutenir sérieusement que les dépassements d'honoraires sont un obstacle d'accès aux soins primaires*⁶⁸⁵ », il est regrettable que l'adhésion à ces options de maîtrise tarifaire n'ait pas été rendue obligatoire pour les professionnels. En fondant l'adhésion sur le volontariat, la convention préserve « *l'existence du secteur 2 et remet à demain l'épineuse question de son aménagement, voire de sa fermeture*⁶⁸⁶ ». La responsabilité de ces dépassements n'est pas le simple fait des médecins, comme le relève la Cour des comptes, les dépassements ont été « *utilisés en réalité comme un élément modérateur de la revalorisation des tarifs opposables*⁶⁸⁷ ». Par conséquent, une minorité bénéficiait de dépassements, là où les autres luttait pour une revalorisation des actes qui n'arrivait jamais.

La suppression des dépassements au sein du service public de santé de proximité doit s'accompagner d'une remise à plat des tarifs conventionnels afin de retenir l'attention et l'adhésion des professionnels de santé, ces derniers ne doivent pas se retrouver victimes de la régulation du système de santé en lieu et place des usagers. Didier Tabuteau évoque à ce sujet un « *véritable « new deal »* médical reposant sur une négociation d'ensemble afin de redéfinir les rôles et fonctions de chacun et de valoriser les activités en fonction de leur pénibilité ainsi que des compétences requises⁶⁸⁸. Le plan santé 2018-2022 ne semble pas plus que les mesures précédentes déceler

⁶⁸² Assurance maladie, Observatoire des pratiques tarifaires, Dépassements d'honoraires des médecins une tendance à la baisse qui se confirme, 29 novembre 2017, p. 4

⁶⁸³ Option OPTAM et OPTAM CO, la première est ouverte à tous les médecins tandis que la seconde se limite aux chirurgiens et obstétriciens, en souscrivant le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement, ces deux indicateurs étant calculés sur l'activité des trois années précédentes

⁶⁸⁴ Assurance maladie, Observatoire des pratiques tarifaires, Dépassements d'honoraires des médecins une tendance à la baisse qui se confirme, 29 novembre 2017, pp. 5-6

⁶⁸⁵ J. Marty, R. Pellet, « Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé », *Droit social*, 2014, n°10, pp. 839-846 : « les praticiens en secteur 2 ne peuvent exiger des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), attribuée aux personnes aux revenus les plus modestes, et de l'aide médicale d'Etat (AME), accordée aux étrangers en situation irrégulière. Dans ces conditions, il n'est pas possible de soutenir sérieusement que les dépassements d'honoraires sont un obstacle d'accès aux soins « primaires » sur l'ensemble du territoire national », cette assertion semble oublier l'existence de refus de soins auprès des personnes bénéficiaires de ces minimas dans près de 20% des cas pour les omnipraticiens, 38% des cas pour les gynécologues ... (IRDES, Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUC à Paris).

⁶⁸⁶ R. Marié, « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », art. cit., pp. 71-78

⁶⁸⁷ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2014*, Septembre 2014, p. 235

⁶⁸⁸ D. Tabuteau, « Les autres défis de l'assurance maladie », *Les tribunes de la santé*, n°4, 2004/3, pp. 111-125

l'ampleur de la problématique liée aux dépassements et envisage simplement « *d'inciter les professionnels libéraux à modérer leurs dépassements d'honoraires*⁶⁸⁹ ».

262. Plus intéressante est la position adoptée sur le reste à charge qui doit devenir nul sur les prothèses dentaires, l'optique, les audioprothèses d'ici à 2022, ce qui suppose de « *définir un panier de soins indispensables, de qualité, à prix réglementés, et un partage de la prise en charge entre assurance maladie obligatoire et complémentaire*⁶⁹⁰ ». On voit donc poindre ici l'épineuse question de la coexistence entre les régimes d'assurance maladie obligatoire et les régimes complémentaires⁶⁹¹. Une telle refonte des liens conventionnels et de la rémunération des médecins peut permettre d'espérer d'éviter la délitimation de l'assurance maladie devenu un financeur parmi d'autres.

263. Il s'agit donc de constituer un service public de santé basé sur la structuration de proximité de l'ensemble des acteurs de santé œuvrant dans le respect des tarifs opposables. Ces deux facteurs permettent d'envisager une réduction des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins des usagers. Toutefois, ces objectifs ne pourront être atteints que par le biais d'une coopération entre les différents acteurs de la santé au-delà des clivages classiques du système de santé.

B. L'unité du système de santé comme objectif du service public de santé de proximité

264. L'expression de système de santé n'a de sens que dans la mesure où les acteurs œuvrent ensemble, dans un intérêt commun, à savoir la protection de la santé des usagers. Pourtant, il apparaît aujourd'hui diverses fractures très nettes. La première est celle existant entre les établissements de santé publics ou privés. La deuxième s'opère entre le monde des établissements de santé et les médecins libéraux. Enfin, la troisième rupture subsiste entre l'ensemble des acteurs sanitaires et le monde médico-social. Il convient donc de construire des structures de coopération permettant aux différents acteurs de travailler de concert au sein d'un territoire de proximité (1). Cette coopération renouvelée permettra d'offrir un service public de qualité sur l'ensemble du territoire (2).

⁶⁸⁹ Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022, pp. 34-35

⁶⁹⁰ *Ibidem*

⁶⁹¹ Sur ce sujet : E. Caniard, C. Meyer-Meuret, « Les complémentaires et la crise : menace ou opportunité ? », *Les Tribunes de la santé*, n°36, 2012, p. 66 ; B. Dormont, P.-Y. Geoffard, J. Tirole, « Refonder l'assurance maladie », *Notes du conseil d'analyse économique*, n°12, 2014/2, pp. 1-12 ;

1. La coopération, une nécessité pour la continuité des soins au sein du système de santé

265. La notion de système de santé implique des interactions entre l'ensemble de ses membres, or, les possibilités en matière de coopération sont aujourd'hui encore lacunaires. La dernière loi de santé⁶⁹² conserve les clivages évoqués en misant sur une coopération sectorisée : d'un côté les GHT, de l'autre les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé. À ce sujet, Claude Evin évoque « *un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence*⁶⁹³ », il s'agit aujourd'hui d'opérer une structuration concrète des territoires.

C'est uniquement par le biais de cette structuration que les notions de niveaux de recours et de parcours de soin trouveront un écho positif pour l'utilisateur du service public. Le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie retient qu'il s'agit « *d'organiser en France un étage ambulatoire, premier contact de chaque patient avec le système de soins, appuyé et non concurrencé par les autres étages et au sein duquel la gradation de la prise en charge est prévue*⁶⁹⁴ ». Le gouvernement actuel, souhaite, en ce sens décroiser⁶⁹⁵ « *l'organisation en encourageant les coopérations entre les professionnels de santé, quel que soit leur statut, et entre médecine de ville et hôpital*⁶⁹⁶ ». Malheureusement cette volonté qui constitue un leitmotiv des gouvernances précédentes, Marisol Touraine⁶⁹⁷ tout comme Roselyne Bachelot⁶⁹⁸ ne trouve pour l'heure qu'une consécration juridique imparfaite.

266. La loi de modernisation du système de santé introduit pour la première fois un outil de coopération obligatoire par le biais des groupements hospitaliers de territoire. Ce recours à l'obligation « *repose sur un constat simple, mais resté longtemps sans conséquence qui est celui des résultats modestes de la coopération spontanée*⁶⁹⁹ ». Ce manque d'engagement spontané des professionnels peut largement

⁶⁹² Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019

⁶⁹³ C. Evin, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », art. cit., pp. 107-118

⁶⁹⁴ HCAAM, *La coopération entre professionnels de santé*, 10 juillet 2014, p. 12

⁶⁹⁵ Discours du Ministre de la Santé Agnès Buzyn, Lancement de la Stratégie de Transformation du Système de Santé, 9 mars 2018

⁶⁹⁶ M.-C. de Montecler, « Système de santé : le gouvernement veut décroiser », *AJDA*, 2018, n°31, pp. 1748-1749

⁶⁹⁷ Déclaration de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, sur l'exercice de la médecine libérale et le rôle des médecins généralistes, Paris, 26 novembre 2015 : « Si on veut valoriser la médecine générale, décroiser la médecine de ville et l'hôpital, si l'on veut que la recherche franchisse les portes de l'hôpital, saisir les formidables opportunités des nouvelles technologies, alors il faut innover, moderniser, avancer ».

⁶⁹⁸ Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur la réforme de l'hôpital, notamment la recherche de performance et le statut médical de clinicien hospitalier, Paris, 3 juillet 2009 : « Un hôpital, enfin, plus ouvert pour les autres acteurs de santé. Le décroissement est au cœur de la loi HPST, et nous mettrons en particulier en place des parcours de soins coordonnés, permettant d'améliorer l'articulation entre l'hôpital, la ville et le secteur médico-social ».

⁶⁹⁹ F. Varnier, « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°5, pp. 620-633

s'expliquer par le peu de leviers incitatifs et le peu d'outils mis à leur disposition pour renforcer leur coordination⁷⁰⁰.

267. Les points de blocage et les réticences des professionnels de santé à faire émerger un collectif au service de l'utilisateur sont aujourd'hui trop importants pour qu'émerge une coopération spontanée permettant à l'échelle d'un territoire de rendre le parcours de soins effectif⁷⁰¹. Il appartient ainsi aux pouvoirs publics de mettre en œuvre les conditions favorables à cette coopération, et ce, malgré les revendications des professionnels d'organiser librement les réponses spécifiques aux besoins des territoires⁷⁰². La coopération doit faire l'objet d'une régulation à l'instar des GHT et comprendre l'ensemble des professionnels d'un territoire donné autour d'un projet commun. Il ne s'agit pas de définir un projet unique, mais d'organiser d'une part, une réponse organisée aux besoins généraux de santé des usagers, et, d'autre part d'organiser de manière territoriale des réponses à des problématiques sanitaires locales.

268. La première solution qui pourrait être envisagée serait d'opérer un recyclage des coopérations existantes pour fonder la base d'une organisation unifiée du système de santé. Cette solution n'est cependant que peu opportune en ce qu'elle peut causer une certaine illisibilité du fait de l'évolution des dispositifs non conforme à leur ambition initiale. Le plan santé 2022 proposait en ce sens de transformer les groupements hospitaliers de territoire en établissements publics de santé de territoire et de développer un lien contractuel avec les communautés professionnelles territoriales de santé⁷⁰³.

269. Pour éviter cette multiplication de structures et pour agir en rupture, nous préférons opter pour un abandon des structures existantes au profit d'un unique mode de coopération intersectoriel : le groupement sanitaire de proximité⁷⁰⁴. Réunir l'ensemble des acteurs au sein d'une structure de coopération de proximité, plutôt que de regrouper deux dispositifs qui semblent parallèles⁷⁰⁵ paraît essentiel pour emporter l'adhésion des acteurs.

⁷⁰⁰ Etude d'impact, Projet de loi relatif à la santé, 14 octobre 2014, p. 108

⁷⁰¹ P. Pribile, N. Nabet, *Repenser l'organisation territoriale des soins*, Rapport final, 2018, p. 3 : « de nombreux exemples locaux de transformations audacieuses et innovantes nous ont même été rapportés, allant dans le sens d'un système de santé moins cloisonné, facilitant les parcours de santé des patients. Et pourtant, force est de constater que, malgré ce quasi-consensus et la force de ces exemples concrets, notre système de santé n'évolue ni spontanément, ni uniformément, ni rapidement dans ce sens »

⁷⁰² Fédération hospitalière de France, *Renforcer le lien Ville – Hôpital*, Rapport 2018, p. 5

⁷⁰³ P. Pribile, N. Nabet, *Repenser l'organisation territoriale des soins*, *op. cit.*, p. 18

⁷⁰⁴ *Infra*, 1128 et s.

⁷⁰⁵ C. Evin, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », art. cit., pp. 107-118 « Le risque est, en effet, de voir se développer deux démarches parallèles : la

270. Pour autant, les études et développements offerts par les dispositifs actuels doivent nécessairement se révéler inspirants pour la mise en œuvre de ce nouveau moyen de coopération. On peut imaginer se baser sur le découpage territorial qui est celui des GHT actuels⁷⁰⁶ pour fonder les groupements sanitaires de proximité. Ces groupements sanitaires de proximité ont donc pour vocation de rassembler en leur sein l'ensemble des offreurs en santé ainsi que les acteurs du monde médico-social afin d'offrir une offre de soin graduée aux usagers d'un territoire. La formule volontairement empruntée au code de la santé publique⁷⁰⁷ ne trouve de concrétisation qu'avec l'association des acteurs de santé libéraux et médico-sociaux.

Le fondement du groupement doit reposer sur un projet médical partagé par l'ensemble des acteurs. Comme pour le GHT, il semble intéressant que l'initiative de ces projets émane des groupements par proposition auprès de l'ARS⁷⁰⁸. Ce projet médical doit notamment expliciter les principes d'organisation et de prise en charge au sein du groupement permettant la garantie d'un accès aux soins effectif, l'organisation de la permanence et de la continuité des soins sur le territoire, il détaille encore les mutualisations de moyens et les démarches entreprises en matière de qualité et de sécurité des soins. La permanence des soins constitue un enjeu fondamental de l'accès aux soins⁷⁰⁹ qu'il convient de rendre effectif.

271. La constitution de ces groupements est cruciale pour la structuration de l'offre de soins de proximité, elle permet d'envisager un travail collaboratif des différents acteurs avec la possibilité de se recentrer sur leur cœur de métier. Cette coopération se doit de répondre aux problématiques d'égalité d'accès aux soins au sein du territoire de proximité, mais aussi à la question de la continuité par le développement de la permanence.

272. Il est donc impératif de continuer la démarche entreprise au travers la création des GHT, tout en y intégrant de manière obligatoire les autres acteurs de la santé afin de mettre en œuvre des projets médicaux de proximité. Cette organisation de coopération globale à l'échelon territorial permettra, en parallèle d'accéder à une qualité accrue des soins.

coordination des acteurs de l'ambulatoire au sein des communautés professionnelles territoriales et la coordination des établissements publics au sein des groupements hospitaliers de territoire ».

⁷⁰⁶ Fédération hospitalière de France, *Atlas des groupements hospitaliers de territoire 2017*, 2017, 44 p.

⁷⁰⁷ Article L. 6132-1 II. du Code de la santé publique qui dispose que « Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité (...) ».

⁷⁰⁸ F. Varnier, « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé », art. cit., pp. 620-632

⁷⁰⁹ M.-L. Moquet-Anger, « Rapport de Synthèse », *Revue générale de droit médical*, n°spécial La permanence des soins, 2006, p. 127

2. Le groupement sanitaire de proximité vecteur de qualité des soins

273. La qualité est un phénomène multidimensionnel comme en atteste la définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'agit de « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de santé*⁷¹⁰ ». La logique du groupement sanitaire de proximité est d'organiser les ressources disponibles dans une démarche rationnelle autour et pour le patient. La démarche de qualité des soins est indispensable au sein du service public de santé de proximité. Le respect et la connaissance des compétences de chacun des membres du groupement est le point de départ de cette démarche de qualité.

274. Il faut passer d'une logique individuelle à une logique de réseau dans laquelle chacun des acteurs a un rôle précis à jouer, comme le soulève la fédération hospitalière de France, « *c'est en reconnaissant les richesses et les compétences de chacun, tout en étant conscient de ses propres failles, que des réponses efficaces, concertées, honnêtes, adaptées pourront être apportées aux besoins de la population*⁷¹¹ ».

Le médecin généraliste doit en constituer la porte d'entrée, il pèse donc sur ses épaules une responsabilité particulière en matière de guidage des patients dans le système. Il est temps de concrétiser cette fonction longtemps annoncée de pivot du système de santé. Cet aiguillage permet pour le patient, usager du service public de bénéficier des compétences les plus adéquates sur le territoire de proximité concerné. Il permet d'organiser le parcours de soins des patients et notamment de formaliser des parcours types pour les personnes victimes de maladies chroniques ou encore pour les personnes en situation de précarité. Par exemple par le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé auprès des populations de territoires défavorisés. Il s'agit ici d'approfondir et de généraliser le dispositif des plateformes territoriales d'appui⁷¹² mises en place pour « *prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours*⁷¹³ ». C'est ici aussi le médecin traitant qui est le déclencheur de ces démarches, qui sont pour l'heure complexes et longues. Ces difficultés entraînent parfois le renoncement d'acteurs engagés auprès de leurs

⁷¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, 1982

⁷¹¹ Fédération hospitalière de France, *Renforcer le lien Ville – Hôpital*, op. cit., p. 5

⁷¹² Article L. 6327-1 du Code de la santé publique

⁷¹³ C. Evin, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », art. cit., pp. 107-118

patients, « *mais qui estiment consacrer un temps et une énergie déraisonnables pour garantir leur bonne prise en charge et organiser au mieux leur parcours de santé*⁷¹⁴ ».

275. La mise en œuvre d'une logique de coopération promeut l'apparition de nouveaux métiers tels que le coordinateur de parcours de soins qui permet de dégager du temps médical pour le professionnel de santé afin qu'il puisse se recentrer sur son activité. Dans le même sens, il convient de promouvoir les protocoles de coopération⁷¹⁵ entre professionnels pour axer la pratique des professionnels sur des actes où ils apportent une véritable plus-value.

276. La démarche de qualité consiste à associer dans la définition de la politique sanitaire de proximité l'ensemble des acteurs d'un territoire : les professionnels de santé libéraux, établissements de santé et médico-sociaux, représentants des usagers, les collectivités territoriales, ainsi que les agences régionales de santé. Cette création commune permet de faire émerger une organisation au plus proche des besoins des usagers tout en tenant compte des contraintes organisationnelles et économiques qui pèsent sur le système de santé. La démarche de qualité s'inscrit ainsi « *au confluent de l'impératif de sécurité sanitaire et de celui de rationalisation des coûts*⁷¹⁶ ». La démocratie sanitaire a ici pleinement un rôle à jouer en ce qu'elle permet d'une part, à chacun d'être acteur de son parcours et, d'autre part, par l'association aux prises de décisions sanitaires à l'échelon de proximité.

277. Le groupement sanitaire de proximité constitue l'un des éléments susceptibles de permettre la restructuration de l'offre de soins. Cependant, du fait de lacunes de certains territoires en matière de démographie « *il est possible que la constitution d'équipes de professionnels de santé de proximité rencontre des difficultés liées à l'absence de l'ensemble des compétences nécessaires dans certains territoires*⁷¹⁷ ». La constitution de ces groupements, si elle n'assure pas de répondre à l'ensemble des besoins permettra de rendre compte d'inégalités en matière de répartition des professionnels issus de certaines spécialités de manière beaucoup plus fine.

278. Le service public de santé de proximité cherche donc à garantir un accès de qualité, égal et continu au système de santé pour l'ensemble des usagers par le biais d'une organisation ancrée dans

⁷¹⁴ Etude d'impact, Projet de loi relatif à la santé, 14 octobre 2014, p. 66

⁷¹⁵ Article L. 4011-1 du Code de la santé publique

⁷¹⁶ L. Cluzel-Métayer, « L'irruption de la qualité dans le domaine sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°6, pp. 1002-1010

⁷¹⁷ HCAAM, *La coopération entre professionnels de santé*, *op. cit.*, p. 7

un territoire de proximité. La qualité en santé constitue un enjeu fondamental qui doit permettre de concilier « *efficacité médicale et efficacité économique, optimisation des soins et rationalisation des coûts, préalable nécessaire pour pouvoir préserver les droits des usagers et assurer la pérennité du système*⁷¹⁸ ». Les difficultés relatives à certains territoires dépeuplés ou encore les contraintes économiques qui pèsent sur le système de santé rendent obligatoire l'adaptation permanente de ce service public.

Paragraphe 2. Un service public en adaptation permanente

279. L'adaptabilité est un des critères liés à l'existence d'un service public, le service public de santé de proximité ne déroge pas à la règle. Celui-ci doit être capable de s'adapter aux modifications de circonstances de droit et de fait, afin de satisfaire à l'évolution de l'intérêt général⁷¹⁹. L'adaptation du service public de santé de proximité doit se concevoir dans deux dimensions qui peuvent apparaître contradictoires pour l'intérêt des usagers. La première est tournée vers le service rendu à l'utilisateur en matière d'accès, de qualité et de sécurité des soins (A), la seconde repose sur l'adaptation au contexte économique (B).

A. L'adaptation au service du patient, usager du service public

280. L'adaptation du service public de santé de proximité au service de la qualité et de la sécurité pour le patient prend aujourd'hui principalement deux directions. Le monde de la santé comme l'ensemble des autres activités a connu une entrée dans le XXI^e siècle marquée par les nouvelles technologies, ces dernières laissent entrevoir des perspectives très intéressantes en matière de prise en charge des patients (1). En parallèle, il est indispensable de tenir compte du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques pour adapter la pratique à ces nouvelles conjectures (2).

1. Le recours aux nouvelles technologies pour satisfaire les objectifs du service public de santé de proximité

281. Ces dernières années ont vu le monde de la santé se transformer sous la multiplication des technologies utilisées dans le domaine de la santé, les technologies ont investi les actes médicaux et chirurgicaux, les supports de communication ou encore l'expérience patient par le

⁷¹⁸ M. Borgetto, « Qualité et santé : vers un nouvel ordre public sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°6, pp. 991-1001

⁷¹⁹ B. Plessix, *Droit administratif général*, *op. cit.*, p. 901

développement de nombreuses applications. Les nouvelles technologies sont partout⁷²⁰ « à l'heure de la télémédecine et de l'intelligence artificielle, la médecine s'exerce quasi exclusivement à l'aide du numérique et des moyens de télécommunication modernes notamment internet, et il n'est plus exceptionnel de recevoir une prescription ou un certificat de son médecin directement sur sa boîte mail⁷²¹ ». On peut, à juste titre se questionner à l'instar d'Antoine Vial sur une possible opposition à la médecine humaniste de l'introduction de ces nouvelles technologies⁷²². En outre, « cette déferlante du numérique en santé suscite de nombreux questionnements non seulement politiques, sociétaux et économiques mais aussi éthiques et juridiques⁷²³ ». Il convient pour le service public de santé de proximité de sélectionner les outils pertinents en fonction du service rendu à l'utilisateur et de sa pertinence économique.

282. La télémédecine et le dossier médical partagé constituent des technologies qui permettent un meilleur accès aux soins et une sécurité accrue pour le patient.

Les actes de télémédecine⁷²⁴ sont constitués par plusieurs pratiques médicales ayant en commun de « s'accomplir à distance en mobilisant les technologies de l'information et de la communication⁷²⁵ ». La télémédecine met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel de santé. Ces actes⁷²⁶ ont pour but 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 patients⁷²⁷. On entend donc que ces actes ont pour objectif d'assurer une prise en charge de qualité au regard notamment du nombre de pathologies chroniques grandissantes et des difficultés d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

⁷²⁰ Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur le dossier médical personnel, le suivi, l'accès et la consultation en ligne des patients et le développement de la télésanté, Paris, 9 avril 2009 : « Nous savons tous que la « E-santé » n'est pas un sujet comme un autre, mais LE sujet qui, dans les années à venir, va transformer les pratiques médicales, voire la manière même dont nous concevons la santé »

⁷²¹ P. Mistretta, « Le secret des correspondances, Molières et les tartufferies médicales... », *RSC*, 2018, n°2, pp. 480-482

⁷²² A. Vial, « Les technologies s'opposent-elles à la médecine humaniste ? Une (fausse question) vieille comme le monde, *Annales des mines – Réalités industrielles*, 2014/4, pp. 6-11

⁷²³ I. Poirot-Mazères, « Rappel des cadres normatifs : quel(s) droit(s) en santé à l'heure du numérique ? », in I. Poirot-Mazères (Dir.), *Santé, Numérique et Droit-s*, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Actes de colloques de l'IFR, n°34, 2018, pp. 23-57

⁷²⁴ L'édifice légal relatif à la télémédecine s'est construit à partir de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁷²⁵ DGOS, *Rapport au parlement sur les expérimentations de télémédecine*, 2017, p. 3

⁷²⁶ Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine définit six types d'actes de télémédecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale, la réponse médicale apportée dans le cadre des centres de régulation

⁷²⁷ Article L. 6316-1 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 encourage l'assurance maladie⁷²⁸, à déterminer le cadre du droit commun, en collaboration avec les partenaires conventionnels, le contenu et la rémunération des actes de télémedecine afin qu'ils fassent l'objet d'un remboursement de droit commun par l'assurance maladie⁷²⁹ ce qui promeut la pratique de tels actes. Bien qu'une bonne volonté apparaisse en façade, Romain Marié considère que le développement de la télémedecine ne se fera qu'au prix de l'adoption d'un modèle tarifaire spécifique se détachant du paiement à l'acte pour reposer tantôt sur un forfait tantôt sur un partage d'honoraires⁷³⁰, ce constat était déjà réalisé en 2015⁷³¹. La Cour des comptes s'avère pour sa part plus critique envers la télémedecine qui « *demeure en France une pratique marginale, sans réel impact sur l'organisation du système de santé* » avant de reconnaître plus en avant dans son analyse que cette pratique « *apparaît en ce sens une voie prometteuse et riche de potentialités pour une meilleure prise en charge*⁷³² ».

283. Le service public de santé de proximité doit permettre l'adaptation à ces nouvelles pratiques, organiser une transversalité accrue entre les acteurs des différents secteurs permise notamment par la réalisation de ces types d'actes. Il est donc utile de poursuivre la voie entreprise par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 précitée dans son effort de reconnaissance et de généralisation à la fois des actes, mais aussi de leur rémunération.

284. En parallèle de cette pratique, on peut noter développement du dossier médical partagé, initialement entendu sous le vocable de dossier médical personnel par la loi de 2004. Ses vertus sont de « *favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins*⁷³³ » au profit d'un bon niveau de santé. Cette démarche initiée de longue date⁷³⁴ n'a malheureusement pas emporté l'adhésion des professionnels de santé tant que des patients. Le dossier a par la suite été remanié et approfondi à

⁷²⁸ R. Marié, « Les avenants à la convention médicale : de la continuité à la nouveauté », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°2, pp. 311-320

⁷²⁹ Article 54 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

⁷³⁰ R. Marié, « Les avenants à la convention médicale : de la continuité à la nouveauté », art. cit., pp. 311-320

⁷³¹ V. Vioujas, « La télémedecine : entre expérimentations réussies et généralisation au ralenti », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°4, pp. 681-693

⁷³² Cour des comptes, *Sécurité sociale*, 2017, p. 293

⁷³³ Article 3 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°0190 du 17 août 2004

⁷³⁴ M. Fieschi, « Vers le dossier médical personnel », *Droit social*, 2005, pp. 80-91 : « Après une longue période, plus de vingt ans, où les attitudes contemplatives des pouvoirs publics ont alterné avec les projets mort-nés (comme le carnet de santé) ou les projets lilliputiens concernant les systèmes d'information permettant d'assurer la continuité des soins, cette volonté est de bon augure ».

de multiples reprises⁷³⁵. La Cour de comptes relève en 2012 que le coût de ce dossier s'élève plus de 200 millions d'euros d'investissement pour seulement 158 000 dossiers ouverts⁷³⁶.

La loi de modernisation du système de santé ajoute sa pierre à l'édifice et cherche à ce que ce dossier permette à la fois au patient d'accéder à ses informations médicales, mais aussi de favoriser le partage des données entre les professionnels de santé⁷³⁷. Cette volonté et vision d'un outil de partage explique d'ailleurs le passage de l'acronyme « *dossier médical personnel* » à « *dossier médical partagé* ». Le projet de loi de 2004 instaurant ce dossier prévoyait initialement de moduler le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins en fonction de l'autorisation donnée par le patient à son médecin d'accéder à son dossier et à le compléter⁷³⁸. Saisi de la question de la constitutionnalité de la disposition vis-à-vis du droit au respect de la vie privée. Le conseil constitutionnel a retenu qu'eu égard aux finalités du dossier, qui sont, d'une part, d'améliorer la qualité des soins et, d'autre part, de réduire le déséquilibre financier de l'assurance maladie. Et compte tenu des garanties prises notamment en matière de sécurité et de garantie du secret professionnel, la modulation du taux de remboursement ne constituait pas une violation d'une norme constitutionnelle⁷³⁹. Cette voie semblait un intermédiaire intéressant entre l'obligation et la simple incitation, mais le législateur ne s'en est pas saisi.

285. Le dossier médical partagé peut ainsi être un outil d'avenir permettant des économies notamment en évitant la redondance des actes, mais encore un soin de meilleure qualité pour les patients en optimisant le partage des informations entre les différents professionnels. Malgré ces objectifs ambitieux, la loi de 2016 conditionne l'ouverture du dossier au consentement du patient ce qui « *constitue une limitation à sa généralisation que d'autres pays ne connaissent pas*⁷⁴⁰ ».

286. Ces deux exemples illustrent le chemin qu'il reste à parcourir en matière de nouvelles technologies appliquées à la santé. Le service public de santé de proximité doit donc s'inscrire dans cette démarche d'intégration des nouvelles technologies au service d'un soin de plus grande qualité pour le patient et d'une gestion des deniers publics.

⁷³⁵ Par exemple par la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui permet un droit de masquage, met en place une période de 10 ans avant la destruction du dossier après sa clôture...

⁷³⁶ Cour des comptes, *Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*, Communication à la commission des finances de l'assemblée nationale, Juillet 2012, p. 9

⁷³⁷ L. Morlet-Haidara, « L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°4, pp. 658-672

⁷³⁸ Article 2 du projet de loi relatif à l'assurance maladie enregistré le 16 juin 2004

⁷³⁹ Conseil constitutionnel, décision n°2004-504 DC du 12 août 2004

⁷⁴⁰ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2018*, Février 2018, p. 228

Les nouvelles technologies peuvent d'ailleurs permettre d'alimenter la seconde problématique prégnante relative au vieillissement de la population ainsi qu'au développement concomitant de maladies chroniques. Cette question s'illustre par un constat simple : « *le taux de personnes prises en charge à 100% au titre d'une ou plusieurs affections de longue durée, qui sont pour la plupart chroniques, progresse continuellement avec l'âge pour atteindre 80% à 100 ans*⁷⁴¹ ». Le vieillissement et la chronicisation des pathologies constitue ainsi un défi majeur pour notre système de santé.

2. Le service public de santé de proximité face au défi du vieillissement et du développement des maladies chroniques

287. La population française connaît un vieillissement important de sa population. Selon une étude réalisée par l'INSEE, les personnes de 75 ans et plus représentaient 6,7% de la population en 1990 et 9% en 2013. Les projections font état de près de 18% de plus de 75 ans en 2070⁷⁴². Cette population âgée connaît une consommation de soins supérieure⁷⁴³. Un rapport de la commission des affaires sociales relate que « *les résidents nécessitent une prise en charge médicale plus importante qu'auparavant (...). Un résident en EHPAD cumule en moyenne 7,9 pathologies*⁷⁴⁴ ».

288. Le vieillissement de la population pose à la fois la question de la gestion de la dépendance de certaines personnes âgées, et celle de la prise en charge des pathologies, parfois multiples qu'elles connaissent. Ce constat induit une réponse qui se doit d'être à la fois médico-sociale et sanitaire⁷⁴⁵ or, s'il apparaît une certaine « *volonté des pouvoirs publics de faire évoluer les secteurs sanitaires et médico-social sur des voies non plus parallèles, mais convergences. Le chemin demeure cependant semé d'obstacles, dont le moindre est probablement la « culture » propre de ces secteurs*⁷⁴⁶ ». Didier Truchet fait, le constat d'une « *permanence de deux tendances contradictoires, l'une au rapprochement, l'autre à la séparation, tour à tour dominantes mais jamais exclusive*⁷⁴⁷ ». La tendance au rapprochement et à l'organisation coordonnée semble cependant

⁷⁴¹ J.-P. Viquant, « Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques », *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, n°72, pp. 33-36

⁷⁴² INSEE, *Projections de population à l'horizon 2070*, Insee première, novembre 2016, n°1619

⁷⁴³ HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, Note adoptée le 22 avril 2010, p. 6 évoque une dépense autour de 2000 euros par an pour une personne âgée de 50 ans contre une dépense de 6000 euros pour une personne de 80 ans.

⁷⁴⁴ M. Iborra, C. Fiat, *Les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, p. 16

⁷⁴⁵ D. Truchet, « La genèse de la construction des droits sanitaire et médico-social », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 495-505 : « je considérerai que le droit sanitaire est tourné vers les personnes dont seule la santé est menacée ou altérée ; le droit médico-social, est tourné vers les personnes dont l'état de santé n'est qu'un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales (qu'il en soit la cause ou la conséquence) ».

⁷⁴⁶ F. Violla, « « Sanitarisation » du secteur médico-social : enjeux, réalité et relativité », *Gazette du Palais*, 2012, n°294, pp. 22-26

⁷⁴⁷ D. Truchet, « La construction des droits sanitaire et médico-social », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 495-505

prédominer depuis la loi HPST, les ARS ont ainsi compétence à la fois dans le domaine sanitaire et médico-social, il est d'autres points de convergence tenant à l'uniformisation de leur planification au sein des schémas régionaux de santé ou encore dans leurs modes de tarification⁷⁴⁸.

289. La HCAAM fait le constat que les personnes âgées sollicitent plus souvent, mais aussi de façon plus complexe, le système de prise en charge sanitaire et sociale. Il apparaît ainsi que cette prise en charge n'est ni optimale pour les personnes ni pour les finances de l'assurance maladie⁷⁴⁹. Cette évolution doit notamment permettre une meilleure prise en charge coordonnée entre les établissements de santé, médico-sociaux et la médecine de ville.

290. Une incohérence majeure subsiste pour permettre d'imaginer un système unifié, il s'agit de la compétence des départements en matière médico-sociale. Cette compétence paraît « *assez sérieusement contestée tant sur le plan institutionnel que financier*⁷⁵⁰ », avec un risque financier important dans les départements qui se désengagent financièrement⁷⁵¹.

291. Il s'agit donc d'imaginer une prise en charge renouvelée et coordonnée concernant les personnes âgées et les maladies chroniques qui les touchent. Cette dernière nécessite donc une collaboration étroite entre les différents acteurs, mais encore de faire évoluer la pratique. En effet, la prévention constitue un levier fondamental pour ces personnes on peut ainsi évoquer les plans contre le grand froid, la canicule ou encore visant à l'amélioration de l'alimentation de ces personnes. Cette prise en charge coordonnée doit s'accompagner d'un financement particulier, il a par exemple été évoqué l'idée « *d'un compte-rendu mutualisé*⁷⁵² » des acteurs d'une prise en charge d'une personne en affection de longue durée pour bénéficier d'une valorisation des actes médicaux réalisés.

Il faut encore encourager l'édition de guides notamment pour les médecins sur la prise en charge des pathologies ou pathologies croisées les plus courantes et définissant la prise en charge optimale⁷⁵³.

⁷⁴⁸ B. Apollis, G. Duthil, « Le vieillissement, un enjeu de santé publique : à quand une réelle convergence des droits sanitaire et médico-social ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, pp. 538-550

⁷⁴⁹ J.-P. Vinquant, « Vieillissement et prise en charge des maladies chroniques », art. cit., pp. 33-36

⁷⁵⁰ B. Apollis, G. Duthil, « Le vieillissement, un enjeu de santé publique : à quand une réelle convergence des droits sanitaire et médico-social ? », art. cit., pp. 538-550

⁷⁵¹ M. Iborra, C. Fiat, *Les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, *op. cit.*, p. 8

⁷⁵² J.-P. Vinquant, « Vieillissement et longévité : enjeux, risques et opportunités pour l'assurance maladie », art. cit., pp. 748-761

⁷⁵³ Par exemple, Haute autorité de santé, *Maladie d'Alzheimer et autres démences*, Guide médecin, Affection longue durée, mai 2009, 34 p.

292. Le service public de santé de proximité devra donc trouver à s'adapter et à répondre aux défis qui se proposeront à lui afin d'offrir un soin de qualité à l'ensemble de la population. Toutefois, le principe d'adaptation peut aussi s'avérer un outil important pour les pouvoirs publics en matière de maîtrise des dépenses de santé ce qui représente un risque pour la protection de la santé des usagers.

B. Le service public de santé de proximité et l'enjeu de la maîtrise des dépenses de santé

293. La maîtrise des dépenses de santé constitue un enjeu fondamental du service public de santé de proximité en ce qu'il conditionne sa survie. Le contexte économique constitue ainsi une variable d'ajustement qui peut entraîner des mutations au sein du service public de santé de proximité. Il ne s'agit donc pas de faire de la maîtrise des dépenses de santé un facteur de baisse de la qualité de la prise en charge des usagers, mais d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé pour assurer la viabilité budgétaire du système⁷⁵⁴.

294. Cette problématique n'est toutefois pas récente, « depuis le début des années 1970, l'État s'est fixé d'endiguer la croissance incontrôlée de la consommation de soins, autant dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire⁷⁵⁵ », on trouve d'ailleurs des réflexions menées autour de la notion d'équilibre financier de la sécurité sociale dans la doctrine de l'époque⁷⁵⁶. Ce principe a par la suite été inscrit dans la constitution en 1996⁷⁵⁷ à l'occasion de l'institution des lois de financement de la sécurité sociale et il lui a été reconnu valeur constitutionnelle en 1997⁷⁵⁸. Cet équilibre est d'autant plus dur à atteindre dans une société vieillissante⁷⁵⁹ qui cherche à garantir la protection de la santé de l'ensemble de ses citoyens. Comme le rappelle la Cour des comptes, la maîtrise des dépenses de santé peut être envisagée de deux manières, « soit en diminuant le niveau de prise en charge collective des dépenses de santé, ce qui pourrait réduire l'accès aux soins, soit en agissant sur la formation même des dépenses afin

⁷⁵⁴ E. Erlandsen, « Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : enseignements tirés d'analyses partielles et sélectives de la performance des hôpitaux », *Revue économique de l'OCDE*, 2008/1, n°44, pp. 49-83

⁷⁵⁵ B. Bonnici, « La maîtrise des dépenses de santé. Réflexions sur la problématique », *Revue de droit sanitaire et social*, 1993, n°3, pp. 411-420

⁷⁵⁶ F. Pavard, « L'équilibre financier de la sécurité sociale », *Revue économique*, 1967, Vol. 18, n°2, pp. 205-228

⁷⁵⁷ Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale, introduit l'article 34 de la constitution qui dispose que : « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique »

⁷⁵⁸ Conseil constitutionnel, décision n°97-393 DC du 18 décembre 1997

⁷⁵⁹ B. Bonnici, « La maîtrise des dépenses de santé. Réflexions sur la problématique », art. cit., pp. 411-420 : « Le vieillissement, sans précédent, de la population française constitue l'un des facteurs explicatifs essentiel de la croissance des dépenses de santé, tendance aggravée par le fait que 5% seulement de la population consomment les deux-tiers de la dépense de santé »

*d'en limiter l'augmentation*⁷⁶⁰ ». C'est dans ce deuxième axe que se situe notre travail. Il est donc nécessaire d'opérer une maîtrise des dépenses de santé, qui passe à la fois par un exercice médical renouvelé (1), mais aussi par un contrôle approfondi de l'activité médicale (2).

1. L'évolution de l'exercice médical comme vecteur d'économies

295. Outre ses vertus en matière de qualité de la prise en charge du patient, la coordination apparaît comme un moyen essentiel d'opérer des économies en matière de santé. Ces économies ne sont pas synonymes d'une moins bonne prise en charge, mais plutôt une prise en charge efficiente consistant à offrir le bon soin au bon moment. Ces économies visent donc à éliminer ce qui relève du superflu, voire de l'inutile⁷⁶¹, sans pour autant pénaliser l'accès aux soins des personnes.

296. Une meilleure coordination ne peut pas suffire, elle doit s'accompagner d'une meilleure information des patients, concernant le système de santé. Les acteurs, une fois aptes à ce travail en synergie pourront aiguiller le patient au cours de son parcours de soins. Cette fonction est essentielle et relève initialement du médecin traitant⁷⁶² qui doit pouvoir être informé à tout moment de l'évolution de la prise en charge. Cette raison explique la nécessité d'une généralisation du dossier médical partagé.

297. La coopération accrue entre les différents offreurs permettra encore d'approfondir le virage ambulatoire qui consiste, d'une part, à réaliser des hospitalisations classiques ou chirurgicales sans nuitées et, d'autre part, à diminuer les hospitalisations au profit des prises en charge en ville⁷⁶³. Il s'agit donc de guider le patient dans son parcours de soins afin d'éviter toute consultation inutile ou errements dans le système de santé qui serait contre-productif pour sa prise en charge ainsi que pour l'économie.

298. Plus encore, en matière de pathologies évitables, la prévention doit faire l'objet d'une attention toute particulière. L'OMS notait à cet égard qu'en 2008 sur les 57 millions de décès qui

⁷⁶⁰ Cour des comptes, *sécurité sociale*, La documentation Française, 2018, p. 17

⁷⁶¹ Selon Agnès Buzyn, « 30% des dépenses de l'assurance-maladie ne sont pas pertinentes », A.-L. Barret, J. Demey, « Agnès Buzyn ministre de la santé : « Il faut une révolution douce » », *Journal du dimanche*, 21 octobre 2017

⁷⁶² Cour des comptes, *sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 157 note à cet effet que différents pays notamment l'Irlande, le Royaume-Uni et la Suède ont confié à des infirmières la mission d'orienter les patients

⁷⁶³ C. Vigné, « ARS et virage ambulatoire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°HS, pp. 125-134 parle d'une part de dés-hospitalisation et de non-hospitalisation pour décrire ces deux phénomènes

se sont produits, 36 millions étaient dus à des maladies non transmissibles influées par quatre facteurs de risques comportementaux omniprésents : le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'exercice physique insuffisant et l'usage nocif de l'alcool⁷⁶⁴. L'ensemble des maladies induites par ces comportements ont un coût pour le système de santé⁷⁶⁵ qui est évitable par le biais d'une politique de prévention accrue dont les médecins généralistes doivent être les acteurs principaux. Cette prévention doit s'effectuer à la fois en amont de la pathologie, mais aussi une fois celle-ci déclenchée pour éviter sa détérioration et les phases aiguës entraînant des hospitalisations⁷⁶⁶. La stratégie nationale de santé prévoit ainsi de « *mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie*⁷⁶⁷ ». Cette idée d'une politique de prévention qui s'exerce tout au long de la vie par de multiples canaux notamment par le biais de l'école, des entreprises, établissements de santé ou encore des consultations médicales apparaît comme la solution la plus propice à une prévention efficace.

299. L'organisation du service public de santé de proximité constitue donc une variable susceptible d'améliorer la maîtrise des dépenses de santé, tout en améliorant la prise en charge des usagers. En parallèle, il est possible d'agir dans le sens d'une maîtrise des dépenses par le biais d'un contrôle plus important de l'activité médicale.

2. La maîtrise des dépenses du service public de santé de proximité par le biais du contrôle de la pratique médicale

300. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause des principes inhérents à l'activité médicale tels que l'indépendance⁷⁶⁸ ou la liberté de prescription⁷⁶⁹. Bien que limitée par la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins⁷⁷⁰, ni encore d'instaurer un climat de suspicion sur l'activité médicale, mais uniquement d'opérer un contrôle sur les pratiques médicales et les paiements réalisés par l'assurance maladie dans le but d'optimiser la maîtrise des dépenses de santé.

⁷⁶⁴ OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*, Résumé d'orientation, p. 4

⁷⁶⁵ Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, p. 11 note « 20,4 milliards d'euros pour l'obésité, 15 milliards d'euros pour l'alcool et 26,6 milliards d'euros pour le tabac »

⁷⁶⁶ Cour des comptes, *sécurité sociale, op. cit.*, p. 13

⁷⁶⁷ Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, 53 p.

⁷⁶⁸ Article R. 4127-5 du Code de la santé publique : « le médecin ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit »

⁷⁶⁹ Article R. 4127-8 du Code de la santé publique : « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance »

⁷⁷⁰ Article L. 162-2-1 du Code de la sécurité sociale

301. Concernant l'activité médicale, il est nécessaire, de consacrer des moyens importants à la lutte contre la fraude en matière sanitaire. Pour l'année 2017, les fraudes fautives s'élèvent en Normandie à près de 7,5 millions d'euros répartis à 25% pour les assurés, 51% pour les professionnels de santé et 24% pour les établissements de santé. Les fraudes commises par les professionnels et établissements de santé consistent principalement dans le non-respect des règles de facturation, le non-respect de la nomenclature des actes médicaux et la facturation d'actes non réalisés⁷⁷¹. Si certains cas sont des fraudes volontaires, nombreux sont les cas qui sont le fait d'inattentions ou encore de complexités, la mission de contrôle de l'assurance maladie doit ainsi avoir pour objectif non seulement de sanctionner les comportements répréhensibles, mais encore de former et de prévenir les acteurs pour éviter ces écueils. Cette fraude s'inscrit en faux du principe fondateur de la sécurité sociale de solidarité, et il est nécessaire de donner les ressources informationnelles et financières pour permettre ces contrôles. Les contrôles ne constituent pas une chasse à la sorcière, mais une mise en conformité avec le principe de solidarité.

302. En parallèle, il est indispensable d'accentuer l'effort en matière de formation continue des professionnels de santé. La mise à jour des compétences et connaissances des médecins avec les techniques conformes aux données acquises de la science est essentielle à la qualité et la sécurité des soins, mais aussi pour réaliser des économies. Ce travail doit d'ailleurs être appuyé par le développement des recommandations de bonnes pratiques qui sont entendues comme des « *propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données*⁷⁷² ». Ces recommandations sont prévues par le code de la sécurité sociale⁷⁷³, seules deux d'entre elles sont évoquées par le code de la santé publique : les recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information⁷⁷⁴, et les modalités d'accès aux informations concernant la santé du patient⁷⁷⁵.

Bien qu'il n'y ait pas d'obligations directement assorties à ces recommandations, elles sont souvent assimilées par la jurisprudence aux données acquises de la science⁷⁷⁶, c'est le cas notamment d'un arrêt du Conseil d'État qui retient que le médecin mis en cause n'avait « *pas tenu compte pour*

⁷⁷¹ Assurance maladie Normandie, *Bilan fraude 2017 des organismes de protection sociale de normandie*, 2018, Evreux, p. 2

⁷⁷² E. Caniard, *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*, 2002, p. 7

⁷⁷³ Article L. 162-12-15 du Code de la sécurité sociale al. 3 : « Des recommandations de bonne pratique établies par la Haute autorité de santé ou par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé accompagnent, pour chaque thème, les références opposables ».

⁷⁷⁴ Article L. 1111-2 du Code de la santé publique al. 6

⁷⁷⁵ Article L. 1111-9 du Code de la santé publique

⁷⁷⁶ Article R. 4127-32 du Code de la santé publique : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science (...) »

*dispenser ses soins à ses patients des données acquises de la science, telles qu'elles résultent notamment des recommandations de bonnes pratiques*⁷⁷⁷ ». Ces recommandations constituent donc un élément de « soft law⁷⁷⁸ » susceptible d'engager la responsabilité du médecin qui ne les aurait pas respectées. S'ajoutant à cet outil d'amélioration des pratiques visant à la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé, un autre outil, contraignant a vu le jour en 1993⁷⁷⁹, il s'agit des références médicales qui ont pour objectif de lutter contre les pratiques dangereuses et inutiles.

303. Le service public de santé de proximité doit devenir un acteur de ce contrôle qui apparaît aujourd'hui encore, pour de nombreux médecins, comme un regard suspicieux porté sur la profession. La participation des professionnels à la création de telles références ou recommandations est nécessaire pour emporter leur adhésion.



304. La santé constitue l'une des « *préoccupations sociales les plus sensibles*⁷⁸⁰ ». Ce sujet suscite à son évocation de nombreuses images positives caractérisées par le développement de techniques médicales de pointe ainsi que l'amélioration de l'état de santé de la population⁷⁸¹, mais aussi nombre d'inquiétudes relatives à l'augmentation des dépenses de santé et au creusement des inégalités d'accès aux soins.

305. Le système de santé apparaît aujourd'hui morcelé entre trois principaux pôles que sont les établissements de santé publics et privés, les établissements médico-sociaux et les professionnels libéraux. L'ensemble des acteurs ne bénéficient pas d'outils permettant un travail en commun au sein des territoires ce qui nuit à la qualité et à l'accès aux soins et par conséquent à la maîtrise des dépenses de santé. La restructuration des soins est une nécessité, le système de santé actuel, hospitalo-centré, doit laisser place à un système structuré au sein duquel le médecin généraliste constitue le véritable pivot du système de santé.

⁷⁷⁷ Conseil d'Etat, 12 janvier 2005, n°256001

⁷⁷⁸ Sur la question, L. Maurin, « Le droit souple de la responsabilité civile », *RTD Civ*, 2015, n°3, pp. 517-538

⁷⁷⁹ Les références médicales sont introduites par l'article 2 de la loi n°93-8 du 4 janvier 1993

⁷⁸⁰ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, *op. cit.*, 2016, p. 7

⁷⁸¹ DREES, Santé publique France, *L'état de santé de la population en France*, Rapport 2017, p. 12

306. La protection de la santé en ce qu'elle constitue un principe reconnu constitutionnellement nécessite une action positive de la part des pouvoirs publics qui constitue le fondement du service public de santé de proximité. Le service public de santé de proximité doit s'analyser comme l'organisation de la coordination de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux au sein d'un territoire de proximité. Cette organisation vise à rendre effectif le principe constitutionnel de protection de la santé notamment en ce qu'il consacre un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire et à proposer des soins de qualité et respectueux de l'équilibre financier de l'assurance maladie. Les différentes facettes du service public de santé de proximité l'amènent à répondre de manière satisfaisante aux lois du service public que sont l'égalité, la continuité et l'adaptabilité.

307. Toutefois, l'organisation d'un tel service public ne peut se matérialiser qu'avec le concours de différents acteurs dont les compétences doivent être strictement définies. Or, ces compétences sont à ce jour enchevêtrées entre différents acteurs aux influences variables. Cette difficulté d'une lisibilité des compétences entraîne nécessairement une complexité supplémentaire dans le développement d'un système de santé ancré autour des valeurs du service public.

Titre 2. Le périmètre institutionnel du service public de santé de proximité

308. La protection de la santé s'appuie sur un système institutionnel qui n'a cessé d'évoluer à travers le temps, le Moyen-Âge a vu poindre une action de l'Église importante en la matière, même s'il ne s'agissait que rarement de soins. Ce n'est qu'au fil des siècles que les collectivités ont eu à connaître et à développer des compétences sanitaires dont il nous conviendra d'apprécier l'effectivité et l'ampleur.

309. La définition du périmètre institutionnel d'un service public est un élément essentiel à sa mise en musique. Les complexités institutionnelles sont souvent le fruit de blocages néfastes pour le service public, et par conséquent pour ses usagers.

310. En matière sanitaire, les acteurs sont multiples et sont rassemblés sous le vocable de système de santé. On trouve tout d'abord les offreurs de soins que sont les professionnels de santé dans leur diversité d'exercice libéral ou salarié, individuel ou collectif, les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés et les établissements médico-sociaux. De nombreuses institutions publiques gravitent autour du domaine sanitaire, certaines sont chargées de son organisation, c'est le cas de l'État, de l'ARS et des collectivités territoriales, d'autres bénéficient de pouvoirs de surveillance ou de conseils sur certains domaines, c'est le cas des nombreuses agences spécialisées. Les organismes d'assurance maladie et les usagers complètent ce tableau.

311. La consommation de soins et de biens médicaux s'élevait à près de 200 milliards d'euros pour l'année 2017, le chiffre, est bien plus évocateur rapporté à la dépense individuelle qui est en moyenne de 2977 euros par habitant⁷⁸². Les sommes allouées justifient de porter une attention particulière à l'organisation du système de santé.

312. Les ARS, apparues en 2009⁷⁸³, constituent une évolution importante pour le système de santé en créant un acteur chargé d'un pilotage unifié au niveau régional. Les rapports préalables à la constitution des ARS souhaitaient faire porter à ces organes une double responsabilité : d'assurer

⁷⁸² DREES, *Les dépenses de santé en 2017*, 2018

⁷⁸³ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184

l'efficacité des politiques de santé, par une meilleure réponse aux besoins de santé, ainsi que d'améliorer l'efficacité du système de santé, en permettant une meilleure maîtrise de la dépense de santé.⁷⁸⁴ Pour autant, 10 ans de recul sur cette « *nouvelle organisation* » de la santé nous permettent de tirer un bilan plutôt mitigé de l'organisation du système de santé.

313. Les hésitations et tâtonnements du législateur⁷⁸⁵ en la matière démontrent la difficulté qu'il éprouve à organiser de manière rationnelle le système de santé. Ce système s'avère relativement confus et désordonné dans l'attribution qu'il opère des compétences sanitaires aux différents acteurs (Chapitre 1), ce qui implique la nécessité d'une redéfinition institutionnelle au sein du service public de santé de proximité (Chapitre 2).

⁷⁸⁴ P. Ritter, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS)*, Présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Janvier 2008, p. 2

⁷⁸⁵ Les trois dernières lois relatives à la santé (2009, 2016 et 2019) appellent à une réforme structurelle de l'organisation du système de santé

Chapitre 1. L'absence de cohérence dans l'attribution des compétences en matière sanitaire

« Si la sagesse consiste à se méfier du réflexe régionaliste quelque peu technocratique, est-on bien certain que les agences régionales disposent in fine du bel avenir que d'aucuns se plaisent à lui reconnaître ?⁷⁸⁶ »

314. La santé est un bien précieux qui a longtemps été considéré comme un bien de dieu entretenu par un « monopole officieux de l'Église⁷⁸⁷ ». L'hôpital est à la fois lieu d'accueil des indigents, des malades et du vagabond. Il s'agit en réalité plus de charité envers les personnes désœuvrées que de soins aux malades, les maladies étant d'ailleurs vécues comme des malédictions⁷⁸⁸. Cette notion de santé est demeurée pendant des siècles une fatalité individuelle avant de devenir un phénomène social⁷⁸⁹. Cette collectivisation de la question sanitaire a entraîné une lutte de compétence sur la question sanitaire. À l'issue de la Révolution, les hôpitaux et hospices se retrouvent pris dans « l'étan entre les directives d'un pouvoir central jacobin et les aspirations girondines des édiles locaux⁷⁹⁰ ». Les liens entre santé et territoire sont donc historiquement importants, la difficulté réside dans la structuration même du système de santé qui reste marquée par l'indécision.

315. Le territoire est un terme polysémique susceptible de renvoyer à des visions variées suivant l'époque, l'approche ou encore la discipline retenue. En matière sanitaire, il peut être un territoire d'étude sur les besoins sanitaires, ou de la présence sanitaire, il peut encore être un territoire d'application d'une politique. Le territoire repose donc sur une dualité entre la définition d'une circonscription, d'une aire géographique et la répartition des compétences sanitaires qui le gouvernent⁷⁹¹. Les références au territoire ont eu tendance à se multiplier au fil des législations sanitaires⁷⁹² sans pour autant que leur périmètre d'action ne soit strictement et durablement défini.

⁷⁸⁶ J. Amalric, « Sur la réorganisation des structures de l'assurance maladie », *Droit social*, n°9, pp. 791-793

⁷⁸⁷ D. Truchet, *Droit de la santé publique, op. cit.*, p. 13

⁷⁸⁸ J. Delivre, « Qu'est-ce-que la santé aujourd'hui ? », *Bulletin des Académie et Société Lorraines des Sciences*, 1993, 32, n°3, p. 111

⁷⁸⁹ D. Tabuteau, « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2, n°109, pp. 6-15

⁷⁹⁰ B. Bonnici, *La politique de santé en France*, PUF, Que sais-je ?, 2016, p. 5

⁷⁹¹ D. Tabuteau, « Politique de santé et territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, HS, pp. 7-15

⁷⁹² Secteurs psychiatriques (Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales), secteurs sanitaires (Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière) ou encore les territoires de santé (Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation), territoires de démocratie sanitaire (Décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé)

316. La multiplicité des « *risques sanitaires, des pathologies, des groupes humains vulnérables*⁷⁹³ » rend pourtant indispensable la mise en œuvre d'une politique de santé à la fois « *enjeu d'ordre social, individuel et collectif*⁷⁹⁴ ». Une politique de santé « *se définit par un triptyque : ses objectifs, ses moyens et son pilotage*⁷⁹⁵ ». Les objectifs alloués à ce service public ont été longuement discutés, ses moyens, ainsi que son pilotage restent à définir.

317. Le pilotage des politiques de santé apparaît à ce jour morcelé et illisible pour qui tente de s'y intéresser. Ces imprécisions constituent des freins prégnants dans l'optimisation des ressources sanitaires au service des usagers. L'administration sanitaire est le fruit d'une construction anarchique et d'une longue hésitation entre centralisation et attribution de compétences aux collectivités comme cadre de développement des politiques sanitaires (Section 1). Dans un souci de rationalisation des compétences sanitaires, la loi HPST de 2009⁷⁹⁶ voit éclore les agences régionales de santé constituées en établissements publics et présentées comme un renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé permettant de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire. Si le dispositif apparaît ambitieux, il n'est pourtant pas exempt de reproches et la délimitation de ses compétences comme celle de ses pouvoirs réels⁷⁹⁷ pose aujourd'hui encore question (Section 2).

Section 1. Le développement anarchique des compétences en matière sanitaire

318. L'Église a pendant longtemps joué un rôle de premier plan en matière sanitaire. La diversité des populations accueillies et des missions remplies est attestée par les noms donnés aux premières maisons d'hospitalité. Il s'agissait d'*orphanotrophium* (orphelins), de *gerontoconium* (vieillards) ou encore de *nosocomeion* (malades)⁷⁹⁸. La mission de ces établissements comprenait autant la prise en charge des exclus que des malades, avec un objectif de les enfermer tout autant que de les soigner. C'est

⁷⁹³ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé, op. cit.*, p. 13

⁷⁹⁴ B. Bonnici, *La politique de santé en France, op. cit.*, p. 9

⁷⁹⁵ D. Tabuteau, « Politique de santé et territoire », art. cit., pp. 7-15

⁷⁹⁶ Article 118 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, JORF du 22 juillet 2009, p. 12184

⁷⁹⁷ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, HS, pp. 65-76

⁷⁹⁸ P.-L. Laget, F. Salaün, « Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne », *Les tribunes de la santé*, 2004/2, n°3, pp. 19-28

d'ailleurs dans cette même optique de lutte contre la mendicité que de nombreuses autorités communales vont inscrire leur action dès le XVI^e siècle⁷⁹⁹. C'est seulement à partir de la fin du XVIII^e siècle que la question d'un véritable devoir d'assistance envers les malades éclot et engage l'apparition d'un dilemme pour le pouvoir politique dans le partage des compétences sanitaires⁸⁰⁰ (Paragraphe 1). Face à ces incertitudes, l'appréhension de plus en plus fréquente de la notion de territoire a eu pour conséquence malheureuse un morcellement sanitaire aux échelons divers et dont la seule certitude tient à l'illisibilité du système (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La tentation centralisatrice face aux problématiques sanitaires

319. Les acteurs souhaitant jouer un rôle en matière sociale, puis sanitaire ont ainsi eu tendance à se multiplier au cours des siècles. L'histoire est ainsi faite d'alternances dans cette œuvre constructrice entre différents corps sociaux dont principalement l'Église, les communes et l'État. La tentation et l'ambition de chacun de ces corps a rendu impossible un travail de concours et une structuration cohérente du système de santé (A), c'est seulement avec l'apparition de l'assurance maladie qu'une organisation structurée des compétences en matière sanitaire apparaît (B).

A. L'hésitation historique dans l'attribution de la compétence sanitaire

320. La difficulté à organiser le système de santé marqué par les nombreuses hésitations dans l'attribution de compétences sanitaires s'inscrit plus largement dans une problématique relative à l'étendue des compétences des collectivités locales et à leur répartition entre l'État et ces dernières ainsi qu'entre elles-mêmes⁸⁰¹.

321. On trouve des traces de ce que l'on peut nommer des établissements sanitaires par abus de langage tels que les asiles, hôpitaux ou encore les hôtels Dieu dès le Moyen-Âge⁸⁰². Il est intéressant de voir que ces structures ont émergé historiquement hors de la sphère publique (1), avant que cette compétence sanitaire ne subisse un accaparement progressif par le pouvoir politique (2).

⁷⁹⁹ P.-L. Laget, F. Salaün, « Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne », art. cit., pp. 19-28 relève la création de l'aumône générale à Lyon (1531-1534), le grand bureau des pauvres à Paris (1544)...

⁸⁰⁰ D. Tabuteau, « Politique de santé et territoire », art. cit., p. 8

⁸⁰¹ J.-B. Auby, J.-F. Auby, R. Noguellou, *Droit des collectivités locales*, PUF, Thémis Droit, 6^{ème} édition, 2015, p. 227

⁸⁰² D. Truchet, « La genèse de la construction des droits sanitaire et médico-social », art. cit., pp. 495-505

1. Les prémices d'un devoir d'assistance aux malades et indigents

322. Il serait anachronique de lier Moyen-Âge et politiques de santé ou encore d'évoquer une quelconque organisation ou compétences sanitaires pour cette époque. La lutte contre la maladie s'inscrivait, à cette époque, dans une initiative purement individuelle. C'est sous l'influence de l'Église « *qu'un embryon d'assistance sanitaire et médicale a pu se développer dans les différents hospices habilités à recevoir vieillards, indigents et femmes en couches*⁸⁰³ ».

323. Cette action s'est développée au travers la notion de charité. « *Le christianisme, en faisant de la charité la base de la nouvelle société, a imposé cette vertu comme le devoir et comme le plus bel apanage des humbles aussi bien que des puissants de la terre*⁸⁰⁴ ». C'est dans cette idée que se développent les premiers établissements sanitaires lesquels sont dotés par les princes ou puissants de l'époque et administrés par le clergé. Cette attribution de dotations est par ailleurs défendue par le Concile d'Orléans dans des mots cinglants : « *que les revenus de cette fondation ne soient jamais diminués, pour quelque cause que ce soit, et que celui qui lui enlèverait une partie de ses biens soit frappé d'anathème comme meurtrier des pauvres*⁸⁰⁵ ».

Il n'est pas d'intérêt ici que de réaliser un historique des mesures prises et des établissements érigés pour protéger les indigents, mais de comprendre l'idée sous-jacente à leur création.

324. Ainsi en 567, le deuxième concile de Tours ordonne « *que les habitants et le clergé de chaque commune, suivant leurs ressources, nourrissent d'aliments convenables les pauvres qui y sont domiciliés afin qu'ils n'aillent pas vagabonder dans les autres localités*⁸⁰⁶ ». Il s'agit alors plus de lutter contre la mendicité et le vagabondage que de réelles mesures d'assistance.

Un tournant est constitué par l'accession au pouvoir de Charlemagne pour lequel l'Église est tenue de secourir les pauvres. Cette charité se limite cependant aux indigents dignes qui acceptent le travail, et non aux vagabonds ou ceux qui ne souhaitent pas travailler. C'est sous son influence que s'ouvrent « *de toutes parts des hôpitaux pour les malades et des hospices pour les pèlerins*⁸⁰⁷ ». Les siècles qui suivent sont accompagnés d'un régime féodal qui délaisse totalement les institutions d'accueil des malades et des indigents, c'est une nouvelle fois l'ordre religieux qui apparaît pour venir au chevet des infortunés. L'hygiène déplorable ainsi que le triplement de la population entre 1000 et 1300 participent à l'apparition de nombreuses épidémies pour lesquelles de nouveaux

⁸⁰³ B. Bonnici, *La politique de santé en France, op. cit.*, p. 4

⁸⁰⁴ G. Cros-Mayrevieille, *Traité de l'administration hospitalière*, Société d'imprimerie et librairie administratives et classiques, 1886, p. 17

⁸⁰⁵ A. De Watteville, *Législation charitable*, Alexandre Heois Libraire-éditeur, 1843, p. 11

⁸⁰⁶ G. Cros-Mayrevieille, *Traité de l'administration hospitalière, op. cit.*, p. 21

⁸⁰⁷ *Ibidem*, p. 23

établissements vont se développer toujours sous l'impulsion de l'Église, il existe ainsi plus de deux mille maladreries ou léproseries au XIII^e siècle en France.

325. À partir du XIII^e siècle, les villes et le pouvoir royal « *cherchent à développer leur emprise sur les établissements de bienfaisance*⁸⁰⁸ », mais un ensemble d'éléments dont des facteurs économiques, l'absence d'hygiène ou la multiplicité des tutelles ont entraîné une situation sanitaire désastreuse. Au début du XV^e, les épidémies ont disparu, les léproseries sont dans de nombreux cas converties en un patrimoine ecclésiastique ou privé, et ce malgré les actions successives de tentative de conservation des différents rois. En 1561, Henri III prescrit de ne laisser à la tête des établissements hospitaliers que des bourgeois, des marchands et des laboureurs. La fortune de ces établissements n'en fut, malheureusement pas meilleure. Afin de rétablir leur prestige, les différentes réformes octroient au directeur des établissements des prérogatives exceptionnelles, ces derniers nommés à vie pouvaient acheter, vendre ou donner tous les biens meubles et immeubles appartenant à l'hôpital sans qu'aucune formalité ne soit requise⁸⁰⁹ ce qui entraîna de nombreux abus et une prise en charge des indigents encore réduite.

326. Pendant près de dix siècles, l'ensemble des initiatives prises envers les pauvres et les malades ont été l'œuvre de l'Église. L'objectif cependant était autant comme le relève Didier Truchet plus « *de les enfermer que de les héberger, les nourrir ou les soigner* ». C'est d'ailleurs cette idée qui marqua longtemps d'un sceau négatif l'ensemble des établissements collectifs sanitaires et sociaux. Les personnes aisées considéraient que les soins qu'ils nécessitaient devaient être donnés individuellement à leur domicile et que les établissements collectifs étaient destinés aux indigents.

327. La Révolution apparaît alors comme l'occasion de réaliser un « *bouleversement des institutions sanitaires et hospitalières de la France d'Ancien Régime*⁸¹⁰ ».

2. La saisine progressive de la compétence sanitaire par les pouvoirs politiques

328. Las des abus commis au cours des siècles précédents, et préoccupés par l'état sanitaire de la France⁸¹¹, les acteurs de la révolution souhaitent se saisir de cette problématique. Laroche

⁸⁰⁸ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *Histoire du droit de la santé*, LEH édition, 2014, p. 30

⁸⁰⁹ G. Cros-Mayrevicille, *Traité de l'administration hospitalière*, *op. cit.*, p. 37

⁸¹⁰ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, *op. cit.*, p. 13

⁸¹¹ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *Histoire du droit de la santé*, *op. cit.*, p. 155 : « En 1789, l'état sanitaire et social du royaume de France est incontestablement déficient. Les institutions en place apparaissent défectueuses, tant dans leur organisation que dans leur fonctionnement. Elles le sont aussi dans leur prise en compte des besoins réels de la société ».

Foucauld-Liancourt propose alors de nationaliser les hospices et d'en attribuer le financement à l'État⁸¹². Ainsi, « *l'État n'a pas pour rôle de distribuer des secours supplémentaires à la charité privée et religieuse, mais d'organiser un régime permanent d'assistance publique*⁸¹³ ».

Toutefois, cette organisation étatique souhaitée ne connaîtra jamais de mise en pratique du fait de résultats désastreux dus notamment à une volonté de table rase complète afin de rompre avec les pratiques antérieures et la gestion cléricale. Les hôpitaux sont malgré tout nationalisés par un décret de 1794⁸¹⁴ avant d'en voir la gestion confiée aux municipalités par une loi de 1796⁸¹⁵ ces établissements resteront pendant encore près d'un siècle des établissements d'accueil pour les indigents et non des lieux de soins à part entière.

329. En 1851, une loi dite d'assistance publique prévoit qu'aucune condition de secours n'est exigible pour l'admission aux hôpitaux des indigents qui tombent malades dans les communes où existent des établissements hospitaliers. Leur admission ne peut être refusée que dans le cas où l'hôpital serait déjà rempli⁸¹⁶. L'assise hospitalière communale est confirmée par cette loi de 1851, un tournant considérable est pris avec la loi de 1941⁸¹⁷, l'hôpital tire désormais l'essentiel de ses ressources des activités de soins organisées au sein de différents services⁸¹⁸. Cette loi sépare encore le pouvoir du président de la commission administrative d'un directeur, fonctionnaire nommé par le préfet avant de l'être par le ministre, « *montrant sa dépendance au pouvoir étatique*⁸¹⁹ ». L'histoire municipale des hôpitaux était alors close, les intérêts et le financement émanant des payeurs et des assurances sociales naissantes.

330. En matière de santé publique, les XVIII^e et XIX^es siècles ont été dominés par une vision hygiéniste de la santé publique⁸²⁰. La loi du 15 février 1902⁸²¹ apparaît comme la première loi de

⁸¹² D. Truchet, « La genèse de la construction des droits sanitaire et médico-social », art. cit., pp. 495-505, G. Cros-Mayrevieille, *Traité de l'administration hospitalière*, op. cit., p. 46 : « Tous ces inconvénients disparaissent, si l'on fait de cette assistance une charge nationale. D'abord, point de taxe particulière, pour l'imposition nécessaire à cette œuvre de devoir ; les revenus qui y sont affectés se confondent avec les autres revenus ou impôts de la nation. L'assistance de la classe infortunée est une charge de l'Etat, comme le paiement des fonctionnaires publics, comme les frais du culte. (...), et le malheureux, mis ainsi sous la providence unique de l'Etat, échappe aux reproches de celui qui est expressément imposé pour le secourir, et reçoit une assistance plus noble, plus généreuse, plus digne du respect dû à l'infortune et de la grandeur de la nation qui le soutient ».

⁸¹³ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *Histoire du droit de la santé*, op. cit., p. 156

⁸¹⁴ Décret du 23 Messidor an II

⁸¹⁵ Loi du 16 Vendémiaire de l'an V – 7 octobre 1796

⁸¹⁶ Article 2 de la loi du 7 août 1851 dite d'assistance publique

⁸¹⁷ Loi du 21 décembre 1941 de réorganisation des hôpitaux publics et des hospices civils

⁸¹⁸ S. Chauveau, « Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ? », *Les tribunes de la santé*, 2011/4, n°133, pp. 81-89

⁸¹⁹ J.-M. Clément, « Pour une histoire des réformes hospitalières », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2009/1, n°2, pp. 103-117

⁸²⁰ L. Chambaud, « De l'hygiène publique à la promotion de la santé », *Les cahiers de l'IAU îdF*, n°170-171, 2014, p. 19

⁸²¹ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique

planification sanitaire en France⁸²². Elle institue le règlement sanitaire communal et renforce les mesures en matière d'hygiène, toutefois la mise en œuvre de ces règlements communaux se heurta à de fortes résistances⁸²³ et à une absence critique d'homogénéité. Face à ces constats, la compétence d'édition des règlements sanitaires a été transférée au préfet par un décret-loi de 1935⁸²⁴. Par la suite, en 1986, la loi a précisé que les règles générales d'hygiène et toutes autres mesures propres à préserver la santé de l'homme sont, à partir de la date d'entrée en vigueur de cette loi, fixées par des décrets en Conseil d'État⁸²⁵.

331. Malgré tout, le maire conserve des pouvoirs de police municipale laquelle a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques⁸²⁶. Ces pouvoirs peuvent toutefois être remplis par le préfet en cas de carence de l'autorité municipale après mise en demeure au maire restée sans résultat⁸²⁷.

332. L'apparition progressive des assurances sociales a renforcé cette structuration jacobine en matière sanitaire ne laissant à la charge des échelons décentralisés que des compétences résiduelles en la matière. Il est intéressant de voir, dès lors, de quelle manière s'est structurée l'organisation du système de santé.

B. La structuration progressive des compétences sanitaires suite à la mise en œuvre des assurances sociales

333. Il n'est pas question ici de revenir sur les débats inhérents à la mise en place des assurances sociales permettant un remboursement des soins pour tous, mais d'en tirer les conséquences en matière d'organisation du système de santé et de répartition des compétences sanitaires. L'apparition des assurances sociales, par leur généralisation ainsi que la reconnaissance d'un droit à la protection de la santé dans le préambule de la Constitution de 1946 constituent les fondements d'une devoir étatique en matière sanitaire (1), la mise en musique de ce principe d'égalité au travers

⁸²² En réalité, la loi du 5 avril 1884 relative à l'organisation municipale prévoyait que le maire est chargé de la salubrité publique et le préfet peut prendre, pour toutes les communes du département ou plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes mesures relatives au maintien de la salubrité publique.

⁸²³ J. Moreau, « Le maire et la santé », *Les tribunes de la santé*, 2007/1, n°14, pp. 53-58

⁸²⁴ Décret-loi du 30 octobre 1935 prévoyant l'institution d'un règlement sanitaire départemental

⁸²⁵ Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé

⁸²⁶ Article L. 2212-2 et 2212-5 du Code général des collectivités territoriales

⁸²⁷ Article L. 2215-1 du Code de la santé publique

le développement des politiques de santé a alors entraîné un resserrement des compétences en matière sanitaire autour de l'État (2).

1. Un système fortement centralisé au service de l'égalité

334. Les textes relatifs à l'égalité foisonnent dans notre ordonnancement juridique⁸²⁸, en matière sanitaire l'égalité s'entend d'une égalité d'accès aux soins par la protection qui est apportée à chacun. C'est guidé par cet idéal égalitaire ainsi que par le l'apparition de risques liés à l'industrialisation que se développent les assurances sociales⁸²⁹. Les lois de protection des citoyens vont alors commencer à se multiplier à la fin du XIXe et au début du XXe siècle : loi sur les retraites des mineurs⁸³⁰, ou encore la loi relative aux accidents du travail⁸³¹. En 1930 est introduite une couverture de l'ensemble des salariés dont la rémunération est inférieure à une somme énoncée soit rendue obligatoire⁸³² là où des pays voisins comme l'Allemagne et l'Angleterre avaient investi la question depuis plus de 20 ans⁸³³.

335. Les médecins perçurent dans cette organisation la crainte d'un système de caisse dont ils ne seraient plus des acteurs indépendants. C'est dans cette optique que la Charte de 1927⁸³⁴ est adoptée garantissant au médecin notamment l'entente directe avec le malade sur les honoraires ainsi que le paiement direct de ses honoraires.

336. Il faut attendre 1946 et la fin de la deuxième guerre mondiale pour qu'une nouvelle impulsion soit donnée en matière de sécurité sociale. Jusqu'alors, la sécurité sociale ne s'adressait qu'aux salariés dont le revenu n'excédait pas un montant défini. La vision de Lord Beveridge⁸³⁵ d'un droit de chacun à la sécurité sociale qu'il soit actif ou non inspira grandement les avancées

⁸²⁸ Article 1 de la DDHC de 1789 : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits », Article 1 de la Constitution de 1958 : « (...) Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion »

⁸²⁹ J.-J. Dupeyrou, X. Prétot, *Sécurité sociale*, SIREY éd, 2000, p. 12 : « Conformément à la philosophie libérale alors triomphante, le travail humain est considéré comme une simple marchandise. De telle sorte que la classe ouvrière souffre essentiellement de deux maux : 1° Lorsque le travailleur peut louer sa force de travail, le salaire qu'il en tire, fixé en application de la loi de l'offre et de la demande est souvent très insuffisant. 2° Lorsque le travailleur ne peut pas louer sa force de travail, pour des raisons physiques (maladie, infirmité, etc.) ou économiques (chômage), il perd son unique revenu ».

⁸³⁰ Loi du 9 juin 1894 sur les caisses de retraites et de secours des ouvriers mineurs

⁸³¹ Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail

⁸³² Loi du 5 avril 1928 dite loi des assurances sociales modifié par la loi du 30 avril 1930

⁸³³ L'Allemagne s'est dotée d'un système d'assurance maladie et d'invalidité dès 1883 sous l'impulsion de Bismarck tandis que l'Angleterre vote le National insurance act en 1911 s'inspirant des idées de Beveridge

⁸³⁴ Charte médicale du 30 novembre 1927

⁸³⁵ W. Beveridge, *Social insurance and allied services*, 1942

législatives postérieures. Par suite, une volonté unificatrice point dans l'ordonnance de 1945⁸³⁶ et dans la loi de 1946⁸³⁷, l'exposé des motifs de l'ordonnance énonce notamment que « *la sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain (...)*⁸³⁸ ». C'est une idée de solidarité au bénéfice de la collectivité qui se développe alors⁸³⁹.

Malgré cette volonté, « *le système français demeura fortement relié au statut des salariés et à la pluralité des caisses*⁸⁴⁰ ». C'est ainsi que demeurent côte à côte de nombreux régimes spéciaux lesquelles font encore débat aujourd'hui. C'est seulement par le biais d'ajouts législatifs successifs⁸⁴¹ que la totalité de la population fut couverte par la sécurité sociale à la fin du XXe siècle.

337. La construction du régime général de la sécurité sociale s'est faite par le biais « *d'une hiérarchie d'organismes locaux, régionaux et nationaux*⁸⁴² ». La caisse nationale, établissement public national à caractère administratif qui jouit d'une personnalité juridique et de l'autonomie financière et est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État⁸⁴³. Les caisses régionales et locales, quant à elles, se sont vues reconnaître le statut d'organismes privés chargés d'une mission de service public⁸⁴⁴. Il apparaît donc logique que cet objectif quasi sacré d'égalité en matière sanitaire ait été érigé comme premier article du code de la santé publique lequel dispose que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès aux soins de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible*⁸⁴⁵ ».

338. En l'espace d'un siècle, on a donc assisté à un changement fondamental. D'une assistance et d'un soin réservé aux indigents, la généralisation progressive bien que morcelée de droits à la

⁸³⁶ Ordonnance n°45-2259 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

⁸³⁷ Loi n°46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale

⁸³⁸ Exposé des motifs relatif à l'ordonnance n°45-2259 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

⁸³⁹ J.-P. Chauchard, *Droit de la sécurité sociale*, L.G.D.J., Lextenso éditions, 5^{ème} édition, 2010, p. 42

⁸⁴⁰ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *Histoire du droit de la santé*, *op. cit.*, p. 259

⁸⁴¹ Loi n°66-509 du 12 juillet 1966 relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles, Loi n°75-574 du 4 juillet 1975 tendant à la généralisation de la sécurité sociale, Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

⁸⁴² J.-J. Dupeyroux, X. Prétot, *Sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 12

⁸⁴³ Article L. 221-2 du Code de la sécurité sociale

⁸⁴⁴ Conseil d'Etat, 13 mai 1938, Caisse primaire « Aide et protection »

⁸⁴⁵ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique

sécurité sociale a permis de justifier l'immixtion de l'État dans l'organisation du système de santé. En effet, comme le remarque Bernard Bonnici, il existe un « *véritable droit, individuel (assuré social) et familial (ayants droit) aux prestations sociales notamment en matière de santé* », ce qui justifie l'action de l'État en la matière. Ce droit est concrétisé par le code de la sécurité sociale qui retient que la « *Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale*⁸⁴⁶ ». La sécurité sociale est donc bâtie sur des intentions humanistes et solidaires visant à protéger chacun des risques qui l'entourent.

339. Il n'est donc pas surprenant que l'État ait cherché à concentrer dans ses mains, à la fois la tutelle des organismes de sécurité sociale et la possibilité d'être l'acteur principal en matière de politiques sanitaires et sociales.

2. Le renforcement des pouvoirs de l'État en matière sanitaire

340. Les domaines sanitaires et sociaux ont connu en l'espace de deux siècles d'importants changements portés depuis la Révolution poussée par des idéaux égalitaires. L'État est alors entré dans une spirale centralisatrice justifiée par la technicité des matières sanitaires qui dépasse les capacités des collectivités territoriales, les menaces épidémiques qui dépassent les frontières locales, le coût de la santé qui nécessite un contrôle sur l'assurance maladie et la multipolarité des acteurs du système de santé⁸⁴⁷. La crainte d'inégalités qui pourraient émerger d'un système de santé décentralisé⁸⁴⁸ est encore souvent évoquée.

341. L'ensemble de ces facteurs ont permis de justifier un resserrement des compétences sanitaires autour de l'État. En ce sens, la protection de la salubrité ainsi que la santé publique qui constituaient des réglementations initialement communales puis départementales sont « *devenues nationale par l'application surprenante de mesures de décentralisation*⁸⁴⁹ ». Didier Tabuteau note à cet égard que « *la politique de santé a été marquée par le « retour » de la police sanitaire et l'affirmation de la responsabilité incessible de l'État en matière de santé publique*⁸⁵⁰ ». Les risques sont apparus trop importants et fréquents

⁸⁴⁶ Article L. 111-2 du Code de la sécurité sociale

⁸⁴⁷ D. Truchet, « Santé : La centralisation inéluctable ? », *Annuaire des collectivités locales*, 2004, Tome 24, pp. 139-142

⁸⁴⁸ D. Polton, « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », *Bulletin d'information en économie de la santé*, CREDES, n°72, Octobre 2003 pose la question : « Les inégalités sont-elles le prix à payer pour la décentralisation ? »

⁸⁴⁹ J.-S. Cayla, « La réglementation sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 1990, n°1, pp. 35-43

⁸⁵⁰ D. Tabuteau, « La politique de santé, des lois d'août 2004 à la loi HPST », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°4, pp. 595-609

pour être confiés aux collectivités locales, la crainte d'inégalités dans les traitements de ces problématiques justifiait l'action des pouvoirs publics centraux.

342. Le code de la santé publique tire les conséquences de cette centralisation de l'organisation sanitaire en retenant que « *la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État*⁸⁵¹ ». La responsabilité donnée au niveau central est le gage majeur d'une « *rationalisation de l'intervention publique pour éviter ce qui est actuellement perçu comme l'un des défauts majeurs des politiques territoriales de santé : leur hétérogénéité et l'émiettement en de multiples déclinaisons locales, facteurs d'opacité des actions ainsi produites*⁸⁵² ».

343. L'État, garant de la politique de santé, voit le périmètre de celle-ci défini très largement, on trouve ainsi pêle-mêle la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention individuelle et collective, l'organisation des parcours de santé, la prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale⁸⁵³.

La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé⁸⁵⁴ laquelle est définie par le gouvernement⁸⁵⁵, la stratégie est chargée de déterminer les domaines d'action prioritaires ainsi que des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie⁸⁵⁶. La stratégie nationale de santé 2018-2022⁸⁵⁷ comprend des problématiques nombreuses et variées qui montrent l'ampleur de l'action étatique en matière sanitaire : promotion de la santé, prévention, lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de soins, innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

La stratégie nationale de santé apparaît comme originale dans la mesure où son action est globalisante. La stratégie nationale de santé en ce qu'elle vise à lutter contre les inégalités territoriales et sociales rompt avec la dichotomie existante jusqu'alors entre un « *État superviseur des hôpitaux*

⁸⁵¹ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique

⁸⁵² L. Levoyer, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », *AJDA*, n°40, pp. 2219-2223

⁸⁵³ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique

⁸⁵⁴ La stratégie nationale de santé a été introduite par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, précisée par un décret n°2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé

⁸⁵⁵ L'article R. 1411-3 du code de la santé publique définit les modalités de consultation préalables à l'adoption de la stratégie nationale de santé. Une consultation publique est ainsi organisée à l'initiative du ministre de la santé portant sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé. La conférence nationale de santé et le Haut Conseil de la santé publique sont consultés par le ministre de la santé et peuvent lui adresser toute proposition utile.

⁸⁵⁶ Article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique

⁸⁵⁷ Décret 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

publics et, d'autre part, des caisses d'assurance maladie compétentes pour organiser la médecine de ville, à travers des conventions⁸⁵⁸ » et fait de l'Etat un véritable pilote qui bénéficie de la légitimité à « fixer le cap politique d'un secteur historiquement cloisonné⁸⁵⁹ ».

344. L'État intervient donc par la fixation d'un cadre global d'action qui détermine les priorités d'action en matière sanitaire. La stratégie nationale de santé illustre ainsi le positionnement de l'État comme stratège ou régulateur et engage sa responsabilité. Les textes prévoient ainsi un suivi annuel et une évaluation pluriannuelle⁸⁶⁰ de sa mise en œuvre comprenant notamment la publication des résultats⁸⁶¹.

345. Les compétences en matière de politique de santé n'ont eu de cesse que de s'accroître dans les mains de l'État. La loi de 2016 est intervenue dans le souhait de réaliser une unification du pilotage se basant sur le constat d'une déficience des politiques de santé du fait de la bipartition existant jusqu'alors. Cette dernière consistant en un pilotage étatique pour la prévention, la sécurité sanitaire et les soins hospitaliers et un pilotage de l'assurance maladie pour les soins de ville, le remboursement et l'indemnisation⁸⁶². Devant cette volonté de dépasser les freins intellectuels, financiers ou culturels, on peut s'interroger sur l'utilité du « *puzzle sanitaire*⁸⁶³ » actuel et la multiplication des organismes œuvrant en matière sanitaire.

Paragraphe 2. Une volonté de territorialisation brouillée par un paysage institutionnel complexe

346. « *Le panorama est en effet morcelé et il n'est pas certain que la loi prochaine lui donne de l'unité* », « *dans quelle aire géographique appréhende-t-on le mieux les problèmes de santé et y répond-on le mieux ?* », « *de l'État et des collectivités territoriales, qui est le plus apte à exercer le plus efficacement les compétences sanitaires ?* ». Ces trois

⁸⁵⁸ D. Tabuteau, « Sécurité sociale et politique de santé », *Les tribunes de la santé*, 2016/1, n°50, pp. 25-35

⁸⁵⁹ Exposé des motifs, Projet de loi relatif à la santé, n°2302, 15 octobre 2014

⁸⁶⁰ Arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit : « un suivi annuel des actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs (...) réalisés par les directions du ministère des solidarités et de la santé et la direction générale des outre-mer à partir d'une sélection d'indicateurs de processus et de moyens (...), un suivi pluriannuel réalisé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), reposant sur des indicateurs de résultats et d'impact (...), une évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé, pilotée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, faisant l'objet d'un rapport final en 2022 ».

⁸⁶¹ Article L. 1411-1-1 al. 3 du Code de la santé publique

⁸⁶² Exposé des motifs, Projet de loi relatif à la santé, n°2302, 15 octobre 2014

⁸⁶³ D. Tabuteau, « Politiques de santé et territoire », art. cit., pp. 7-15

assertions, tirées de l'avant-propos d'un colloque nommé Territoire et Santé organisé par l'AFDS⁸⁶⁴ résumant les difficultés afférentes à l'attribution des compétences au sein du paysage sanitaire.

347. La territorialisation, ou encore la régionalisation sont des revendications anciennes du fait que ces échelons territoriaux seraient les plus pertinents en matière de politique sanitaire (A), mais ce développement est freiné par un système institutionnel complexe qui ne laisse, de manière paradoxale que peu de place aux institutions locales (B).

A. Le choix d'un territoire d'action pertinent en matière sanitaire

348. Face aux difficultés rencontrées, « *le pouvoir politique a tenté de structurer son action sanitaire et de rationaliser l'élaboration de la politique de santé*⁸⁶⁵ ». C'est à la Nation qu'il revient de définir la politique de santé et à garantir le droit à la protection de la santé de chacun⁸⁶⁶, pour autant, les spécificités propres à certains territoires ont fait émerger l'idée de l'utilité d'une territorialisation des politiques sanitaires. Cette conception de territorialisation entendue comme la possibilité d'affiner les politiques définies au niveau national à un échelon territorial inférieur procède d'un long cheminement intellectuel et législatif (1) au cours duquel, l'échelon régional a été pressenti pour en devenir garant (2).

1. L'affirmation progressive de l'importance d'un ancrage territorial des politiques sanitaires

349. La territorialisation des politiques sanitaires fait écho à la multiplicité des problématiques sanitaires éprouvées par les territoires et à l'incapacité d'une politique nationale de répondre à l'ensemble de ces défis. Les dernières lois en matière sanitaire ont mis en avant la nécessité d'une appréhension territoriale des questions sanitaires. La loi HPST annonçait le renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé⁸⁶⁷ quand la LMSS dans sa mouture initiale instaurait un service public territorial de santé⁸⁶⁸ avec l'objectif principal de renforcer l'accès aux soins de tous les Français. Cette évolution de la place du territoire en matière sanitaire ne remet pas pour autant

⁸⁶⁴ Actes du colloque de l'association française de droit de la santé, *Territoire et santé*, Mars 2009, Dalloz

⁸⁶⁵ D. Tabuteau, « Loi de santé publique et politique de santé », *Santé publique*, 2010/2, Vol. 22, pp. 253-264

⁸⁶⁶ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique

⁸⁶⁷ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

⁸⁶⁸ Exposé des motifs de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

la place qui est celle de l'État en question et ne saurait présumer d'une décentralisation du système de santé⁸⁶⁹ à l'heure où la dépense courante de santé représente environ 11% du PIB⁸⁷⁰.

350. Bien qu'en 1986, le Commissariat général du Plan ait mis en avant la nécessité d'une décentralisation du système de santé⁸⁷¹, c'est une autre voie qui a été explorée celle d'une territorialisation permettant une action publique au plus proche des besoins des citoyens.

En 2005, le Commissariat général du Plan émettait un avis assez éclairant sur la question en considérant que « *la République a mis deux siècles pour admettre que l'État central ne dispose pas de tous les moyens pour satisfaire les Français (...). L'idéologie Jacobine dans laquelle s'était enfermée une République convaincue qu'elle ne pouvait contrarier ses adversaires que par le centralisme, seul porteur de l'intérêt général, a cédé devant les désirs multiples de responsabilisation : il semble admis aujourd'hui que la proximité est un gage de compétence sur le contenu même de la décision*⁸⁷² ».

351. L'introduction de la carte sanitaire en 1970⁸⁷³ constitue le premier marqueur fort d'une prise en compte des besoins territoriaux en matière de santé. Cette carte apparaît comme un outil de planification en matière hospitalière permettant une analyse complète du territoire. Les choses se sont par la suite accélérées et l'on peut noter une évolution tant à la fois des outils de la territorialisation que des institutions supports de celle-ci.

352. Le premier support institutionnel marqueur d'une telle volonté de territorialisation résulte des ordonnances Juppé de 1996⁸⁷⁴. Les agences régionales de l'hospitalisation apparaissent et se voient confier la mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements publics et privés et de déterminer leurs ressources⁸⁷⁵. L'apparition des agences régionales d'hospitalisation a posé la question de l'intention de l'État au travers la reconnaissance de territoires sanitaires. Alain Coulomb interrogeait alors : « *les ARH sont créées, mais sont-elles le bras de l'État dans les régions, ou sont-elles autant de « préfectures sanitaires » autonomes, disposant d'une complète liberté d'action ?*⁸⁷⁶ ». D'autres y voient « un

⁸⁶⁹ Laquelle n'est d'ailleurs pas souhaitée par les acteurs locaux

⁸⁷⁰ DREES, *Les dépenses de santé en 2016*, 2017, p. 8

⁸⁷¹ Commissariat général du Plan, *Une décentralisation du système de santé*, 1986, p. 70

⁸⁷² Commissariat général du Plan, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : essai de prospective*, Novembre 2005, p. 5

⁸⁷³ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁸⁷⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁸⁷⁵ Article L. 710-18 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁸⁷⁶ A. Coulomb, « Prolonger, préciser..., mais choisir », *Droit social*, 1997, n°9-10, pp. 865-868

*dessaïssissement des services de l'État au profit d'organismes extérieurs dont l'existence viole les principes les plus élémentaires de l'organisation administrative française*⁸⁷⁷ ».

353. Ce doute quant à la nature et l'intention sous-jacente à la création de ces agences a été renforcé par l'apparition des agences régionales de santé. Ces dernières, introduites en 2009 bouleversent l'organisation territoriale⁸⁷⁸ en ce qu'elles absorbent sept organismes régionaux existant préalablement que sont les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régionaux de santé publique, l'union régionale des caisses d'assurance maladie, la partie sanitaire des caisses régionales d'assurance maladie et les missions régionales de santé. Cette mutation du paysage institutionnel est appuyée par l'octroi d'un large champ de compétences. Les missions de l'ARS sont vastement définies et couvrent tout de go la mise en œuvre au niveau régional et infrarégional des objectifs définis au niveau national, le secteur hospitalier et encore le secteur ambulatoire et médico-social⁸⁷⁹. L'étude au cours de la section suivante de l'ambiguïté du statut de l'ARS sera plus éclairante quant aux intentions étatiques.

354. En parallèle du développement institutionnel, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des outils permettant tout à la fois la planification et le diagnostic sur les territoires⁸⁸⁰. C'est le cas des territoires de santé⁸⁸¹ qui deviennent dès 2003 « *le cadre réglementaire de l'organisation des soins*⁸⁸² ». Le code de la santé publique prévoit alors que selon les activités, ces territoires constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. C'est cette variable d'ajustement géographique qui donne son intérêt à la notion selon Marie-Laure Moquet-Anger⁸⁸³. Le territoire de santé constitue donc un approfondissement de la régionalisation, en ce qu'il permet un découpage plus fin tenant compte des spécificités des territoires⁸⁸⁴. La loi de modernisation du système de santé supprime ces

⁸⁷⁷ M. Ghebali-Bailly, « Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'Etat éclaté », *Revue de droit sanitaire et social*, 1997, n°3, pp. 571-588

⁸⁷⁸ P. Combeau, « Les nouveaux visages de la déconcentration », *RFD-A*, 2010, n°5, pp. 1011-1020

⁸⁷⁹ Article 118 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

⁸⁸⁰ D. Tabuteau, « Politiques de santé et territoire », art. cit., pp. 7-15, distingue le territoire comme aire géographique ou comme répartition des compétences d'action sanitaire. La notion de territoire définit une « circonscription pour l'analyse des « besoins de santé », concept flou et controversé, mais aussi de l'offre sanitaire (professionnels de santé, établissements, équipements, conditions d'accès...). Elle caractérise également un niveau de pilotage des politiques de santé »

⁸⁸¹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

⁸⁸² V. Lucas-Gabrielli, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Pratiques et organisation des soins*, 2010/1, Vol. 41, pp. 73-80

⁸⁸³ M.-L. Moquet-Anger, « Territoires de santé et égalité des citoyens », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°7, p. 116

⁸⁸⁴ P. Combeau, « Les nouveaux visages de la déconcentration », art. cit., pp. 1011-1020

territoires de santé qui sont remplacés par les territoires de démocratie sanitaire définis à l'échelle infrarégionale ainsi que par les zones⁸⁸⁵.

Les territoires de démocratie sanitaire ont pour but la mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales ainsi que la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé⁸⁸⁶.

Les zones participent pour leur part « à la répartition des activités et des équipements matériels lourds ainsi qu'à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité⁸⁸⁷ ». Ces deux outils ont pour vocation de décliner la mise en œuvre du projet régional de santé au sein des territoires. La mise en œuvre opérationnelle est quant à elle dévolue à des outils de contractualisation tels que le contrat territorial de santé⁸⁸⁸, le contrat territorial de santé mentale ou le contrat local de santé⁸⁸⁹.

355. Cette volonté d'ancrage territorial des politiques sanitaires est louable, toutefois, on ne peut qu'exprimer la nécessité d'une rationalisation en la matière. Si de nombreux doutes subsistent quant à la forme de la territorialisation tout autant que sur sa mise en œuvre, la pertinence du territoire régional en la matière semble pour sa part faire l'unanimité.

2. La région : échelon pertinent de pilotage de la mise en œuvre des politiques sanitaires

356. L'évolution des politiques sanitaires vers une véritable régionalisation est aujourd'hui une évidence qui ne peut être contestée. Didier Tabuteau note à ce sujet qu'il « n'est guère de réforme depuis vingt ans qui n'ait introduit sur le champ de la santé des dispositifs comportant la lettre « R »⁸⁹⁰ ». Nathalie Martin-Papineau relève pour sa part que « l'inscription de l'échelon régional dans l'organisation du système de santé français fait aujourd'hui l'objet d'un véritable consensus⁸⁹¹ ».

357. Les effets vantés de la régionalisation sanitaire seraient ainsi nombreux, permettant à la fois de contenir les dépenses, une meilleure association des professionnels et des usagers par une politique de proximité, une garantie de la qualité et de l'efficacité des soins et une réduction des

⁸⁸⁵ Article L. 1434-9 du Code de la santé publique

⁸⁸⁶ Article R. 1434-29 du Code de la santé publique

⁸⁸⁷ C. Evin, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », art. cit., pp. 107-118

⁸⁸⁸ Article L. 1434-13 du Code de la santé publique

⁸⁸⁹ Article L. 1434-10 du Code de la santé publique

⁸⁹⁰ D. Tabuteau, « Politiques de santé et territoire », art. cit., pp. 7-15

⁸⁹¹ N. Martin-Papineau, « Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, p. 253

inégalités par une meilleure coordination des intervenants en santé⁸⁹². Ce levier de la régionalisation permettrait donc de lutter contre les disparités régionales qui sont importantes en matière de santé⁸⁹³, tout en participant à une meilleure organisation du système de santé bénéfique tant pour les usagers que pour la maîtrise des dépenses de santé.

358. Sans pour autant réaliser un inventaire à la Prévert, on peut donner quelques illustrations marquantes du fait régional dans la sphère sanitaire. Le mouvement a ainsi été initié par l'apparition des schémas régionaux d'organisation des soins en 1991, les agences régionales de l'hospitalisation sont introduites par les ordonnances Juppé de 1996⁸⁹⁴, on peut encore citer les unions régionales des caisses d'assurance maladie, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation...

Le fait régional transparait donc dans l'ensemble des lois relatives à la santé depuis près de 30 ans. Si le constat était déjà exprimé en 2002⁸⁹⁵, la complexité du système n'a pas été éclaircie par les lois successives. L'apparition des agences régionales de l'hospitalisation puis des agences régionales de santé n'a eu de cesse que de questionner sur la place que souhaite jouer l'Etat dans le système de santé.

359. Le phénomène de régionalisation en santé s'inscrit plus largement dans une dynamique de « régionalisation du pilotage des politiques publiques de l'État dans les territoires⁸⁹⁶ ». Cette volonté de régionalisation tient au développement de la subsidiarité et de la proximité dans l'action de l'État⁸⁹⁷.

L'échelon régional est donc unanimement reconnu comme celui permettant un pilotage efficace et une adaptabilité importante du système de santé. Pour autant, ce pilotage ne doit pas fermer la porte à l'utilisation de territoires infrarégionaux qui sont autant de variables permettant d'affiner la politique de santé. Bien que les textes mettent en avant le fait régional et sa pertinence⁸⁹⁸, force est de constater que les modalités juridiques de cette régionalisation ne sont aujourd'hui pas encore clairement établies. Cette constatation est actée par un double phénomène qui sera étudié consécutivement. Le premier est le paradoxe lié à la place résiduelle bien qu'en évolution attribuée à la région en tant que collectivité territoriale dans la conception de la politique sanitaire. Le second

⁸⁹² I. Muller-Quoy, « La territorialisation des politiques sanitaires », *Annuaire des collectivités locales*, 2009, n°29, pp. 79-89

⁸⁹³ D. Tabuteau, « Politiques de santé et territoire », art. cit., pp. 7-15

⁸⁹⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁸⁹⁵ D. Tabuteau, « La régionalisation du système de santé en question », *Droit social*, 2002, n°7, pp. 745-747

⁸⁹⁶ E. Marcovici, « La simplification de l'administration territoriale de l'Etat par la modernisation de l'action publique : entre hésitations et complexité », *RFDA*, 2016, n°5, pp. 971-978

⁸⁹⁷ C. Castaing, « Propos introductifs », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires, p. 10

⁸⁹⁸ P. Ligneau, « Les régions, nouveaux acteurs dans le secteur social et de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 1996, n°3, pp. 485-402

tient au statut et à la place des ARS qui près de dix ans après leur introduction peinent à être définies notamment dans les rapports entretenus vis-à-vis du pouvoir central.

360. On ne peut s'empêcher à ce stade de se remémorer les mots de Didier Tabuteau en ouverture d'un colloque sur le thème « Territoire et santé » : « *Région, territoire... Le souci d'être au plus près des réalités pour concevoir et mener les politiques sanitaires devrait continuer à irriguer les réformes sur le secteur de la santé. Elle ne doit pas pour autant servir de leurre conduisant à différer les décisions difficiles qu'appelle la régulation du système. Maîtriser les dépenses, orienter l'installation des professionnels, rationaliser les rémunérations, garantir l'égal accès aux soins et à la prévention, imposent de prendre au niveau régional comme au niveau national, des décisions qui peuvent susciter des réserves, des réactions et même des oppositions. Réguler au niveau régional ne peut dispenser de faire les choix politiques qui relèvent des autorités nationales*⁸⁹⁹ ».

B. Les compétences des collectivités territoriales en matière sanitaire

361. La région étant unanimement reconnue comme un échelon pertinent de mise en œuvre des politiques publiques, la logique commanderait une place importante pour cette dernière en tant que collectivité territoriale. Force est de constater que celle-ci ne connaît que peu de compétences propres en matière sanitaire ce qui exprime un refus d'une décentralisation sanitaire aux mains des collectivités territoriales (1), mais la région connaît des compétences d'association aux décisions de plus en plus nombreuses (2).

1. La faible étendue des compétences propres des collectivités territoriales en matière sanitaire

362. La décentralisation en France est un « *thème inépuisable de controverses et de morceaux de bravoure dans la littérature juridique et politique française*⁹⁰⁰ » auquel la matière sanitaire n'a pas su faire exception. L'exposé des motifs du premier projet de loi de décentralisation retenait ainsi de manière rigide que « *la France vit, depuis Colbert et Napoléon, sous un régime centralisé qui n'a cessé de s'aggraver au cours des dernières décennies. Les collectivités territoriales et leurs élus sont traités comme des mineurs, placés sous tutelle pour gérer les affaires locales (...). Le Gouvernement entend rompre avec cette situation et reconnaître aux communes, départements et régions la maîtrise de leur devenir*⁹⁰¹ ». Cette approche, bien que contestable, au plan juridique, a au moins le mérite d'interroger sur les finalités et les moyens des autorités

⁸⁹⁹ D. Tabuteau, « Politiques de santé et territoire », art. cit., pp. 7-15

⁹⁰⁰ F. Moderne, « Problématique d'une réforme », in F. Moderne (Dir.), *La nouvelle décentralisation*, Sirey, 1983, p. 1

⁹⁰¹ Exposé des motifs du « Projet de loi relatif aux droits et libertés des communes, des départements et des régions » soumis à l'Assemblée nationale le 16 juillet 1981

décentralisées. L'œuvre décentralisatrice a introduit en 2003 dans la Constitution le principe selon lequel l'organisation de la République française est décentralisée. En parallèle, la loi du 9 août 2004 précédemment évoquée affirme le rôle central et de garant de l'État en matière de santé publique⁹⁰².

363. La tentation d'une décentralisation sanitaire peut aisément s'expliquer par l'existence de déterminants locaux de santé et de problèmes de santé circonscrits à un territoire infraétatique. Les arguments en défaveur d'une telle organisation décentralisée transparaissent dans la nécessité de garantir une protection de la santé égale en tous points du territoire⁹⁰³.

364. On peut ainsi s'interroger sur l'état de la décentralisation sanitaire française. Un embryon de décentralisation fonctionnelle a pu être perçu par la Cour des comptes qui retient à propos des ARS que « *la création d'un établissement public traduit aussi une forme de décentralisation fonctionnelle de certaines responsabilités, engagée pour la première fois à l'échelon territorial et jugée souhaitable pour permettre de disposer de marges d'initiative et d'autonomie indispensables pour une approche plus partenariale des politiques de santé*⁹⁰⁴ ». Toutefois, cette analyse, nous aurons l'occasion de l'apprécier ne s'avère pas juridiquement probante.

365. Il convient de se recentrer sur l'action et les pouvoirs conférés à la région entendue comme collectivité territoriale⁹⁰⁵ en matière sanitaire. Le code général des collectivités territoriales prévoit que la région a pour mission de contribuer au développement économique, social et culturel de la région⁹⁰⁶. Cette première énonciation bien que dénuée de la notion sanitaire apparaît comme très englobante. Jean-Marie Pontier retient à cet effet que la formule de l'article recouvre à peu près tous les domaines possibles⁹⁰⁷. Cette absence est toutefois compensée par la suite. En effet, le conseil régional « *a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région (...)*⁹⁰⁸ ». Ce fondement justifie l'action de certaines collectivités qui agissent de

⁹⁰² P. Villeneuve, « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 86-97

⁹⁰³ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, *op. cit.*, p. 62

⁹⁰⁴ Cour des comptes, *La sécurité sociale*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Septembre 2012, p. 236

⁹⁰⁵ Article L. 4111-1 du code général des collectivités territoriales

⁹⁰⁶ Article L. 4211-1 du Code général des collectivités territoriales

⁹⁰⁷ J.-M. Pontier, « Région : interventions de la région », *Encyclopédie des collectivités locales*, Folio n°1750, Didier Truchet retient encore que « les deux grandes vagues de décentralisation de 1982-1986, 2002-2004 ont considérablement accru les compétences des collectivités territoriales, notamment dans le domaine social qui entretient des liens étroits – et même de plus en plus étroits – avec le domaine sanitaire », D. Truchet, *Droit de la santé publique*, *op. cit.*, p. 61

⁹⁰⁸ Article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales

manière volontariste⁹⁰⁹. Cette possibilité est confirmée par le code de la santé publique qui retient que « *le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'État dans la région sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre*⁹¹⁰ ». Ainsi, les textes ne ferment pas la porte à une action régionale en matière de santé, mais cette dernière s'entend d'une action complémentaire à celle de l'État.

366. La région connaît encore des compétences propres en matière d'agrément des écoles et instituts de formation paramédicaux⁹¹¹, l'État conserve toutefois une part très importante de décision quant à la formation des professionnels de santé⁹¹².

367. En matière de lutte pour l'accès aux soins, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins⁹¹³. Ce dispositif peut être interprété comme un constat d'échec des politiques de santé lesquelles sont incapables de garantir un accès égal aux soins et une protection de la santé de tous. L'action des collectivités vient ici s'ajouter, ou plutôt se substituer à l'action publique nationale défailante. Cette possibilité est, une nouvelle fois placée sous le sceau du volontarisme régional ce qui peut laisser présager de grandes inégalités d'application d'une telle mesure. Cette remarque est d'autant plus importante qu'il n'est pas prévu de transfert de ressources en la matière étant donné qu'il n'y a pas de transfert de compétences⁹¹⁴. C'est donc de manière surprenante que la région prise en tant que collectivité territoriale et dont les compétences sont résiduelles en matière sanitaire se voit confier la possibilité de pallier les inégalités en matière d'offre de soins.

368. Jean-Marie Pontier explique ce traitement résiduel des régions en matière sanitaire par trois raisons principales, la première tient à l'apparition tardive de la collectivité régionale, les compétences étant alors déjà réparties, « *ensuite parce que la vocation des régions n'est pas principalement sanitaire et sociale, mais économique, enfin parce que la tendance a été, à travers les ARS de constituer à l'échelon*

⁹⁰⁹ G. Thiériot, « Pour une santé participative, l'expérience de la région PACA », *Les tribunes de la santé*, 2006/3, n°12, pp. 73-79

⁹¹⁰ Article L. 1424-1 du Code de la santé publique

⁹¹¹ Article L. 4151-9 et R. 4151-9 du Code de la santé publique

⁹¹² Article L. 4383-1 du Code de la santé publique

⁹¹³ Article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales

⁹¹⁴ Article 72-2 alinéa 4 de la Constitution du 4 octobre 1958 « tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice (...) ».

*régional un véritable pôle de santé destiné à coordonner les interventions des différentes institutions qui interviennent dans ce domaine*⁹¹⁵ ».

369. L'action des régions en matière sanitaire reste donc principalement volontariste, on peut évoquer, par exemple le dispositif des maisons régionales de santé soutenues par la région PACA, le plus souvent en collaboration avec l'agence régionale de santé depuis près de 10 ans. Toutefois, rares sont les collectivités à se saisir de cette possibilité. En effet, les actions effectuées par les collectivités sur ces problématiques le sont sur leurs fonds propres sans qu'une compensation financière leur soit allouée.

370. Le travail mené par le plan en 2005 prévoyait pour 2025 quatre scénarios pour le système de santé, l'un d'eux préfigurait « *l'an II de la décentralisation* ». Ce dernier évoquait le transfert des compétences de régulation, de planification de l'offre et de financement du système de santé aux collectivités régionales, l'État conservant seulement ses prérogatives en matière de fixation des priorités de santé et des règles communes⁹¹⁶. Force est de constater que ce scénario a été écarté par les pouvoirs publics. L'apparente ignorance des régions qui ne disposent que de peu de compétences propres en matière sanitaire marque le refus d'une décentralisation qui pourrait avoir pour conséquence l'aggravation des inégalités entre les différentes régions. Toutefois, il est indéniable que l'expertise qui est celle des régions sur leur territoire est essentielle, raison pour laquelle les compétences d'association de la région ont fortement augmenté dans les dernières lois de santé.

2. Le renforcement des compétences d'association de la région aux politiques sanitaires

371. Bien que dépositaire de quelques compétences propres en matière sanitaire, ces dernières énoncées ci-dessus restent résiduelles. L'idée selon laquelle le territoire pertinent dans l'analyse sanitaire relève de la région aurait souffert d'un paradoxe si la région n'avait pas été associée d'une manière ou d'une autre aux politiques de santé.

372. C'est dans cette logique que la collectivité régionale se voit de manière de plus en plus fréquente associée aux débats concernant la santé, sa compétence diagnostique est fréquemment

⁹¹⁵ J.-M. Pontier, « Région : interventions de la région », art. cit., Folio n°1750

⁹¹⁶ Commissariat général du Plan *Pour une régionalisation du système de santé en 202...* op. cit., p. 5

recherchée. Des représentants de la région sont présents⁹¹⁷ au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. La conférence est un organisme consultatif qui concourt, par ses avis à la politique régionale de santé. Elle constitue une instance de concertation et de démocratie sanitaire dont les moyens de fonctionnement doivent être offerts par l'ARS. Les conférences peuvent faire toute proposition au directeur de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé. Elle a encore pour mission d'émettre un avis sur le projet régional de santé et peut organiser des débats publics sur les questions de santé de son choix⁹¹⁸. Les CRSA constituent donc un support de la démocratie sanitaire par lesquelles, les collectivités territoriales peuvent trouver à s'exprimer. Pour autant, on ne peut qu'acquiescer devant le constat de Loïc Levoyer quant à la place des collectivités qui est loin d'être centrale au sein des conférences et du pouvoir de ces dernières qui « *ne disposeront qu'à la marge du pouvoir d'infléchir le sens ou les modalités de telle ou telle action*⁹¹⁹ ».

373. Les collectivités régionales sont encore présentes au sein du conseil de surveillance des ARS⁹²⁰. Le conseil, présidé par le représentant de l'État dans la région a pour mission d'approuver le budget de l'agence, il a encore le devoir d'émettre un avis sur le projet régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence et une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence. La présence de représentants des collectivités territoriales est ici anecdotique, en effet, l'influence du conseil sur la politique locale de santé se limite à un avis sur le projet régional de santé et le poids des collectivités au sein de ce dernier est très faible⁹²¹.

374. Les conseils territoriaux de santé⁹²² sont implantés au sein des territoires de démocratie sanitaire⁹²³ voient aussi la présence de représentants des collectivités territoriales, mais celle-ci reste quantitativement peu significative⁹²⁴. Il a pour mission de participer au diagnostic territorial partagé ainsi que de contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé.

⁹¹⁷ Sur la composition des CRSA, Article D. 1432-28 du Code de la santé publique

⁹¹⁸ Article L. 1432-4 du Code de la santé publique

⁹¹⁹ L. Levoyer, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », art. cit., pp. 2219-2223, dans le même sens, P. Villeneuve, « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », art. cit., pp. 86-97

⁹²⁰ Article L. 1432-3 du Code de la santé publique

⁹²¹ B. de Lard, H. Tanguy, « Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 845-857

⁹²² Article L. 1434-10 du Code de la santé publique

⁹²³ Article R. 1434-29 du Code de la santé publique

⁹²⁴ Arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé, JORF, 6 août 2016, Texte 23 le conseil territorial est composé de 34 à 50 membres et les collectivités peuvent prétendre de 4 à 7 membres, à titre d'exemple, les associations d'usagers sont présentes à hauteur de 6 à 10 membres

375. En parallèle, de la participation à ces différentes instances, la loi HPST, confirmée par la loi de modernisation du système de santé ont permis de mettre en œuvre une contractualisation entre les collectivités territoriales et l'ARS. Le texte précise ainsi que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social*⁹²⁵ ». Le contrat local de santé est un outil de mise en cohérence de la politique de santé nationale avec les problématiques locales⁹²⁶. Les collectivités territoriales sont visées par cette possibilité de conclure un contrat local de santé, toutefois, la consultation du site de l'ARS PACA permet de remarquer que ces contrats, six en tout, sont tous conclus avec des municipalités. Ils répondent donc tous à un besoin d'adaptation situé à une échelle infrarégionale. La circulaire relative à la mise en place des contrats locaux de santé précisait à cet égard que « *le contrat local de santé aura vocation à s'appliquer à l'ensemble des territoires de santé qui seront déterminés par l'ARS ; il devra cependant trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville*⁹²⁷ ». À titre d'exemple, le CLS conclu avec la ville de Marseille⁹²⁸ prévoit quatre orientations principales : promouvoir l'égalité devant la santé dès les premiers âges de la vie, anticiper et accompagner le vieillissement de la population, les personnes atteintes d'un handicap et la lutte pour l'accès aux soins, à la prévention et amélioration de la prise en charge. Bien que d'apparence très générale, les orientations sont ensuite détaillées de manière très précise dans le contrat local de santé afin de répondre aux problématiques sanitaires de la collectivité signataire du contrat.

376. Les collectivités territoriales ont encore, du moins en théorie un avis à donner sur le projet régional de santé. Le code de la santé publique prévoit que le projet régional de santé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis, dans le champ de leurs compétences respectives de la CRSA, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, du préfet de région et des collectivités territoriales. Il est encore prévu un avis donné par le conseil de surveillance comme évoqué ci-dessus⁹²⁹.

377. Ainsi, les collectivités sont présentes dans trois des cinq instances chargées de donner un avis sur le projet régional de santé, pour autant, ces avis sont uniquement consultatifs. On s'aperçoit

⁹²⁵ Article L. 1434-10 du Code de la santé publique

⁹²⁶ F. Lérique, « La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°5, pp. 859-8667

⁹²⁷ Circulaire interministérielle n°DGS/DIV/DP1/2009/68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

⁹²⁸ Contrat local de santé conclu par la ville de Marseille avec l'ARS Paca disponible sur sante.marseille.fr

⁹²⁹ Article R. 1434-2 du Code de la santé publique

ainsi que de nombreuses collectivités émettent des avis défavorables quant aux projets régionaux de santé proposés sans que des modifications ou une discussion ne soient engagées⁹³⁰. Cette relation dépend grandement de la confiance existant entre d'une part l'ARS et son directeur et, d'autre part, la collectivité régionale.

378. La collectivité régionale n'a pas à proprement parler de compétence sanitaire générale comme nous avons pu le voir, toutefois, elle connaît des compétences qui peuvent apparaître complémentaires à l'activité sanitaire et qui peuvent justifier l'existence, voire la nécessité de partenariats entre l'ARS et les régions. La plus représentative transparaît dans la compétence d'aménagement du territoire que possède la région, cette compétence apparaît comme essentielle dans la gestion des inégalités géographiques d'accès aux soins. C'est d'ailleurs dans la tentative d'une réponse à une problématique en matière d'aménagement du territoire et sanitaire que certains projets voient le jour, cofinancés par les agences régionales de santé et les ARS. Les maisons de santé pluridisciplinaires sont un exemple en la matière. Michel Laforcade, directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine relève à cet égard que, « *chaque fois qu'il y a un projet de MSP sur un territoire, la plupart du temps c'est avec la connivence, au sens positif du terme, entre des professionnels de santé qui ont décidé de se rassembler et des élus locaux (...) ayant décidé de se fédérer pour créer cette instance, la première étape étant l'approbation par l'ARS du projet médical*⁹³¹ ».

379. Des collaborations sont ainsi possibles entre les ARS et les collectivités territoriales, toutefois, ces dernières sont limitées par le budget que les collectivités peuvent engager en la matière. Au-delà de cette action volontariste, il est parfois encore difficile de travailler de concert avec les ARS dont le statut n'apparaît pas sans ambiguïtés. La création de ces dernières est historique selon Roselyne Bachelot qui voit en elles, la possibilité de corriger les deux principaux défauts du système de santé : une gestion trop cloisonnée et une excessive centralisation⁹³². Près de 10 ans après la transformation des agences régionales de l'hospitalisation en agences régionales de santé, il apparaît nécessaire d'étudier la place occupée par ces dernières au sein des territoires ainsi que les rapports qu'elles entretiennent avec l'État. Le statut ainsi que la place déterminée pour ces agences est un élément important permettant d'analyser ou non une volonté de territorialisation propice à une meilleure réponse des besoins de santé des usagers.

⁹³⁰ Région Ile-de-France, Séance plénière du 23 novembre 2012, Avis non favorable sur le projet régional de santé, B. Yvernault, « Plan régional de santé : Contrairement aux collectivités, la conférence régionale de santé et de l'autonomie favorable au plan régional de santé... mais pas sans heurt », *Le journal du centre*, 15 mai 2018

⁹³¹ M. Laforcade, « Les partenariats entre ARS et régions », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°3, pp. 443-450

⁹³² R. Bachelot-Narquin, Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur la création des Agences régionales de santé, la régionalisation du système de santé et la politique de santé publique, Paris, 1^{er} avril 2010

Section 2. L'agence régionale de santé, un établissement public sous influence

380. La transformation des agences régionales de l'hospitalisation en agences régionales de santé par la loi HPST ne fait pas exception aux réformes administratives qui bien que souvent réfléchies, programmées, proclamées et félicitées ne sont pas toujours sans faux-semblants⁹³³. Les agences régionales répondent de manière parcellaire à une volonté de réorganiser la politique de l'État au niveau local. Les objectifs qui ont gouverné leur création tenaient à renforcer le pilotage territorial de notre système de santé pour le rendre plus efficace. L'ARS est définie dans l'exposé des motifs de la loi comme la clé de voûte permettant de mettre en œuvre les trois premiers titres de la loi relatifs à la modernisation des établissements de santé, à l'accès de tous à des soins de qualité et au développement de la prévention et de la santé publique. Toutefois, il existe des difficultés dans l'appréciation de leurs pouvoirs ainsi que des liens qui les unissent à l'autorité centrale. Pour cette raison, il convient d'analyser dans un premier temps le statut de l'ARS qui apparaît comme un établissement public administratif particulier acteur de la recomposition sanitaire (§1), le deuxième temps sera consacré à l'analyse des liens qui lient l'ARS avec le pouvoir central et du contrôle qui peut émaner de ce dernier (§2).

Paragraphe 1. Un établissement public particulier au service de la recomposition sanitaire régionale

381. La mise en œuvre des ARH a contribué à l'amélioration de l'offre de soins, particulièrement par des mesures locales de restructuration des établissements de santé, toutefois, cette action était limitée au domaine hospitalier. En ce sens, elles n'ont pas permis de mettre un « *terme à l'organisation trop cloisonnée du dispositif qui sépare abusivement dans les échelons territoriaux la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social* »⁹³⁴. Ce cloisonnement participe à l'absence d'une maîtrise globale de l'offre de soins sur le territoire ce qui s'avère délétère pour l'utilisateur.

⁹³³ C. Chauvet, « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°3, pp. 405-414

⁹³⁴ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », art. cit., pp. 65-76

382. L'enjeu principal de la loi de 2009 tenait au décloisonnement de la politique régionale sanitaire au travers la création de l'agence régionale de santé (A), pour se faire, c'est le statut d'établissement public qui a été retenu, forme généralement constatée lorsqu'une volonté décentralisatrice apparaît, toutefois, nous verrons que ce statut a été ici utilisé de manière assez singulière (B) pour reprendre le terme employé par Didier Guinard⁹³⁵.

A. L'objectif de maîtrise globale de l'offre de soins sur le territoire des agences régionales de santé

383. L'agence régionale de l'hospitalisation n'avait pas pour mission de lutter contre les cloisonnements administratifs qui existent depuis la mise en place des assurances sociales en France (1). Face à ce barrage devenu source d'incohérences et d'inefficacité des politiques de santé, il est apparu nécessaire d'engager un dispositif de rupture permettant le décloisonnement des politiques sanitaires au sein d'un organe unique aux compétences étendues : l'ARS (2).

1. Un système historiquement cloisonné administrativement

384. Le système de santé français s'est construit autour d'un cloisonnement administratif qui entraîne de nombreux blocages dans la construction des politiques sanitaires. La mise en œuvre des assurances sociales en France ne s'est pas organisée comme dans de nombreux pays autour d'un service public de santé chargé à la fois de la prise en charge du risque maladie et de la garantie de l'accès aux soins⁹³⁶. La France a fait le choix d'une gestion duale répartie entre l'État et les organismes d'assurance maladie. À l'État revient la gestion de la sphère hospitalière, tandis que l'assurance maladie organise les soins relevant de l'ambulatoire⁹³⁷.

385. La mise en œuvre des ARH par les ordonnances de 1996⁹³⁸ entend former des groupements d'intérêts publics entre l'État et des organismes d'assurance maladie, dont au moins la caisse régionale d'assurance maladie, ainsi que l'union régionale des caisses d'assurance maladie⁹³⁹. Ces

⁹³⁵ D. Guinard, « L'agence régionale de santé, son directeur général et le pouvoir hiérarchique des ministres », *Droit administratif*, 2013, n°4, p. 42

⁹³⁶ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°11, pp. 1126-1136

⁹³⁷ J.-L. Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°2, pp. 267-279

⁹³⁸ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹³⁹ Article L. 710-17 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

dernières ont pour mission de « *définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources*⁹⁴⁰ ». On remarque dans cette mission des « *compétences récupérées*⁹⁴¹ » auprès de différentes autorités ou organes préexistants. On peut notamment évoquer des compétences retirées aux préfets de région et de département telles que l'établissement de la carte sanitaire, du schéma régional d'organisation sanitaire ou encore les autorisations de création, extension, transformation ou regroupement des établissements de santé, l'ensemble de ces missions tombant désormais dans le giron des agences régionales de l'hospitalisation. On comprend l'idée de rationalisation sous-jacente ainsi que la volonté de ne pas « *s'atteler à un corps préfectoral nécessairement lié aux élus locaux*⁹⁴² ».

386. Toutefois, de manière surprenante, les préfets conservent certaines missions en la matière notamment « *le contrôle des marchés des établissements publics de santé, qu'il peut toujours déléguer au tribunal administratif; il continue d'autoriser, de suspendre et de supprimer l'autorisation d'exercice de l'activité libérale dans ces mêmes établissements (...)*⁹⁴³ ». Ce partage apparaît inopportun quant à la volonté de constituer une autorité de décision cohérente, « *compétente tant pour l'hospitalisation publique que pour l'hospitalisation privée, qui remédiera à l'actuelle dispersion des responsabilités, des moyens et des compétences entre les différents services de l'État et l'assurance maladie*⁹⁴⁴ ». Il est d'ailleurs assez symptomatique de voir qu'il a été nécessaire de réaliser une circulaire relative à la coordination entre les représentants de l'État dans la région et le département et les directeurs des ARH pour préciser le rôle et les compétences de chacun⁹⁴⁵.

En outre, l'ARH ne s'intéresse pas aux questions de veille et de sécurité sanitaire qui relevaient alors de la compétence des DDASS et DRASS, de prévention et d'éducation à la santé gérées par les groupements régionaux de santé publique. Il faut encore faire état du secteur médico-social dont la compétence d'alors relevait de l'État et des conseils généraux. La multiplication des institutions compétentes dans ces différentes matières rend leur coordination complexe ce qui freine nécessairement leurs actions et participe de l'illisibilité du système.

⁹⁴⁰ Article L. 710-18 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹⁴¹ M. Ghebali-Bailly, « Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'État éclaté », art. cit., pp. 515-523

⁹⁴² Commissariat général du Plan, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025... op. cit.*, p. 11

⁹⁴³ M. Ghebali-Bailly, « Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'État éclaté », art. cit., pp. 515-523

⁹⁴⁴ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹⁴⁵ Circulaire n°97-36 du 21 janvier 1997 relative à l'organisation du contrôle de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé et à la coordination entre les représentants de l'État dans la région et le département et les directeurs des ARH

387. L'autre dissociation conservée par l'apparition des agences régionales de santé est la dualité entre des services relevant de l'État et d'autres relevant de l'assurance maladie⁹⁴⁶. L'ambition affichée par le rapport au président précité n'a malheureusement pas été suivie d'effets probants. En effet, bien que la commission exécutive de l'agence prévoie la présence paritaire entre des représentants de l'État désignés par le ministre de la santé et de la sécurité sociale et des représentants administratifs et médicaux de l'assurance maladie⁹⁴⁷, l'ensemble des institutions locales de l'assurance maladie sont conservées. Cette dualité s'explique par le fait que les ARH n'englobent que les questions relatives aux soins hospitaliers, la régulation de la médecine de ville étant laissée à la main de l'assurance maladie.

388. On peut observer que le rapport « Santé 2010⁹⁴⁸ » préconisait de manière précoce une rationalisation passant par une absorption des CRAM et CPAM par les agences régionales de santé⁹⁴⁹. En effet, il existe un « *partage de fait du pilotage financier de secteurs hospitalier (État) et libéral (assurance-maladie) qui contribue au cloisonnement des producteurs de soins sur le terrain*⁹⁵⁰ ».

389. La loi de 2004⁹⁵¹ est intervenue pour tenter d'apporter une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, le premier axe de la réforme consiste à la responsabilisation de l'ensemble des acteurs et vise à une meilleure répartition des compétences⁹⁵². La loi de 2004 réalise la centralisation des modalités d'élaboration de la politique de gestion du risque jusqu'alors confié aux unions régionales des caisses d'assurances maladie⁹⁵³. Cette loi a été accueillie avec scepticisme, le rapport Ritter retenant « *l'imprécision du partage des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie*⁹⁵⁴ ».

⁹⁴⁶ R. Ruellan, « Les nouvelles relations Etat/Assurance maladie », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°4, pp. 652-658 note à cet effet que « ce système repose sur des choix majeurs très structurants : une conception assurantielle de la prise en charge des soins et une médecine de ville libérale qui ont conduit à une répartition des rôles cloisonnant la politique de santé et l'assurance maladie et générant un conflit permanent de compétences, voire de légitimité, entre acteurs du système d'assurance maladie »

⁹⁴⁷ Article L. 710-19 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹⁴⁸ R. Soubie, *Santé 2010*, Rapport du groupe « prospective du système de santé, La documentation Française, 1993, 151 p.

⁹⁴⁹ P.-L. Bras, D. Tabuteau, « « Santé 2010 », un rapport de référence pour les politiques de santé », *Les tribunes de la santé*, 2009/4, n°25, pp. 79-93

⁹⁵⁰ R. Soubie, *Santé 2010*, Rapport du groupe « prospective du système de santé, *op. cit.*, 151 p.

⁹⁵¹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁹⁵² Exposé des motifs de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁹⁵³ M. Trépeau, « Les nouvelles relations entre l'Etat et l'assurance maladie : le cadre institutionnel de la politique de gestion du risque », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°6, pp. 1100-1111

⁹⁵⁴ P. Ritter, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, *op. cit.*, p. 13

390. L'ARH a donc été plutôt positivement saluée apportant « *quelques améliorations en matière de restructurations hospitalières*⁹⁵⁵ », mais elle n'a « *que très rarement constitué un lieu d'échange et de construction de l'ébauche d'une véritable transversalité du système de soins régional (...). Même si l'ARH n'a pas vocation à construire les stratégies de recomposition du médico-social et de l'ambulatoire, rarement les points ont été ouverts en Comex avec le sanitaire ou la santé publique*⁹⁵⁶ ». Les rapports entre l'État et l'assurance maladie n'ont pas non plus été apaisés au cours de cette période, ne permettant pas un pilotage efficace du système de santé. C'est face à ce constat qu'est revenue sur le métier, l'idée déjà ancienne⁹⁵⁷ des agences régionales de santé dans un but de décloisonnement et de rationalisation de l'offre sanitaire au niveau régional.

2. Un dispositif en rupture basé sur le décloisonnement avec des compétences renforcées

391. Fort de cet éclatement institutionnel, du cloisonnement des acteurs et de l'enchevêtrement des compétences, le rapport Ritter appelait de ses vœux « *la nécessité d'un pilotage unifié du système territorial de santé*⁹⁵⁸ », cette politique de décloisonnement s'entend à la fois du plan institutionnel avec une répartition simplifiée des compétences entre les acteurs que du plan opérationnel afin de donner une réelle efficacité aux politiques de santé. C'est dans cette direction qu'ont été lancées en grande pompe les ARS, ces dernières figuraient dans le programme des deux candidats présents au second tour de l'élection présidentielle⁹⁵⁹.

392. L'exposé des motifs de la loi HPST énonce ainsi les trois objectifs alloués aux agences régionales de santé. Il s'agit de renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire. Elles visent encore à simplifier le système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'assurance maladie. Enfin, les ARS permettent de mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé⁹⁶⁰.

L'œuvre de rationalisation a été entamée par l'insertion au sein des ARS nouvellement formées de sept organismes chargés des politiques de santé dans les régions et départements : les

⁹⁵⁵ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », art. cit., pp. 65-76

⁹⁵⁶ L.-R. Geffroy, « ARH, assurance maladie et services déconcentrés », *ADSP*, 2001, n°37, pp. 34-36

⁹⁵⁷ R. Soubie, *Santé 2010*, Rapport du groupe « prospective du système de santé », *op. cit.*, 151 p.

⁹⁵⁸ P. Ritter, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, *op. cit.*, p. 22

⁹⁵⁹ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

⁹⁶⁰ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

ARH, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales⁹⁶¹, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales⁹⁶², les unions régionales des caisses d'assurance maladie⁹⁶³, les groupements régionaux de santé publique, les missions régionales de santé et les caisses régionales d'assurance maladie. Quitte à épouser l'ensemble du champ sanitaire, on peut se poser la question de la conservation en parallèle des caisses primaires d'assurance maladie⁹⁶⁴.

393. L'apparition des ARS a donc rebattu les cartes dans la répartition des compétences entre l'État, les ARS et l'assurance maladie. La politique de gestion du risque est initialement une compétence de l'assurance maladie exercée au niveau régional par les URCAM⁹⁶⁵, les compétences ont, par la suite été centralisées auprès de la CNAM par la loi de 2004⁹⁶⁶. La loi HPST, prévoit désormais la négociation entre l'autorité compétente de l'État et l'UNCAM d'un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque⁹⁶⁷. L'évolution est donc importante en ce qu'elle « *affirme pour la première fois la place de l'État dans la détermination de cette politique*⁹⁶⁸ » par le biais d'une contractualisation avec l'UNCAM. L'ARS ayant absorbé les URCAM, la logique de glissement⁹⁶⁹ laissait penser que les agences se verraient confier l'ensemble de leurs missions. Or, l'ARS s'est seulement vu remettre la charge de la mise en œuvre d'un plan pluriannuel régional de gestion du risque qui est une déclinaison du plan national de gestion du risque⁹⁷⁰. De fait, « *l'assurance maladie a, en fait, conservé l'essentiel de ses prérogatives. Le domaine de l'assurance maladie et de la gestion du risque (...) échappe largement aux ARS*⁹⁷¹ ».

394. Pour s'assurer de la mise en œuvre et du suivi de la gestion du risque, une instance a été introduite, la commission régionale de gestion du risque, remplacée par la commission de

⁹⁶¹ Article R. 1421-5 du Code de la santé publique abrogé par le décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

⁹⁶² Article R. 1421-6 du Code de la santé publique abrogé par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention 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

⁹⁶³ Articles L. 183-1 à L. 183-4 du Code de la sécurité sociale abrogés par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

⁹⁶⁴ J.-L. Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279

⁹⁶⁵ Introduits par les Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹⁶⁶ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁹⁶⁷ Article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

⁹⁶⁸ M. Trépeau, « Les nouvelles relations entre l'Etat et l'assurance maladie : le cadre institutionnel de la politique de gestion du risque », art. cit., pp. 1100-1111

⁹⁶⁹ *Ibidem*

⁹⁷⁰ Article L. 182-2-1-1 du Code de la sécurité sociale

⁹⁷¹ J.-L. Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279

coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie par la loi de modernisation⁹⁷².

395. La tentative de décloisonnement entre l'État, les ARS et l'assurance maladie n'est ainsi guère opérante, elle repose aujourd'hui sur une distinction peu persuasive quant à sa nécessité entre, d'un côté l'organisation de l'offre de soins et, d'un autre côté la gestion du risque assurantiel. Cette distinction est pour Pierre-Louis Bras « *plus l'expression d'un conflit de pouvoirs qu'une exigence de bonne gestion*⁹⁷³ ». Cette distinction repousse une fois de plus la possibilité d'une vision décloisonnée de la gestion de l'offre de soins et de celle du risque assurantiel.

396. Le deuxième décloisonnement censé s'évanouir par la mise en œuvre des ARS est celui existant entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires, l'ARS devient un organe de l'administration centrale de la santé⁹⁷⁴. On peut par ailleurs noter l'adjonction intéressante du secteur médico-social aux compétences de l'ARS, « *la réunion du secteur hospitalier et du secteur médico-social constitue aussi un gage de cohérence*⁹⁷⁵ », cette cohérence s'envisage notamment en matière de restructuration de petits établissements hospitaliers. En effet, l'inclusion du médico-social est justifiée pour « *apporter une réponse au vieillissement de la population et au problème de la dépendance afin de laisser place à des stratégies de développement et de transformation de l'offre qui ne soient pas uniquement sanitaires*⁹⁷⁶ ». De manière similaire, l'adjonction de compétences liées au domaine ambulatoire s'explique par la nécessité d'un pilotage commun de la ville et de l'hôpital⁹⁷⁷. En effet, « *la mauvaise organisation (des soins ambulatoires) ou leur insuffisance accroît l'encombrement des hôpitaux et ne permet pas de développer dans des conditions satisfaisantes l'hospitalisation à domicile, moins onéreuse et plus favorable aux patients*⁹⁷⁸ ».

⁹⁷² L'article R. 1434-13 du Code de la santé publique issu du décret n°2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des agences régionales de santé et des organismes d'assurance maladie énonce notamment que la commission a pour mission « d'organiser la participation des organismes d'assurance maladie à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet régional de santé et du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de santé (...), de donner un avis sur le projet (...) ».

⁹⁷³ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

⁹⁷⁴ M.-L. Moquet-Anger, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », *JCP A*, 2009, n°39, pp. 2224 remarque que les Agences régionales de santé ont été placées au sein du code de la santé publique dans le quatrième livre consacré à l'administration générale de la santé

⁹⁷⁵ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

⁹⁷⁶ J.-L. Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279

⁹⁷⁷ Y. Bur, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'assemblée nationale, n°697, 2008, p. 28

⁹⁷⁸ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », art. cit., pp. 65-76

397. Ainsi, l'ARS est chargée dans chaque région de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale et des principes fondamentaux de l'assurance maladie⁹⁷⁹. Pour réaliser ces objectifs ambitieux, il est rédigé un projet régional de santé arrêté par le directeur général de l'agence après avis dans leur champ de compétences de la CRSA, du préfet de région et des collectivités territoriales de la région, du conseil de surveillance de l'ARS⁹⁸⁰. Le projet définit les objectifs pluriannuels des actions menées par l'agence dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures qui tendent à les atteindre⁹⁸¹. Il constitue un véritable cadre, déterminant le « *périmètre d'intervention fixant les grandes orientations de la politique régionale de santé*⁹⁸² ».

Ce projet comprend un cadre d'orientation stratégique qui détermine les objectifs et résultats attendus à 10 ans, un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux, et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ainsi que d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies⁹⁸³. Le schéma régional de santé constitue un outil de régulation de l'ensemble de l'offre de soins et des structures médico-sociales. Force est de constater que l'ensemble des secteurs ne sont pas logés à la même enseigne. Les professionnels libéraux bien qu'intégrés au schéma régional de santé ne peuvent se voir opposer les dispositions prévues par le schéma⁹⁸⁴ ce qui représente un frein considérable à son effectivité.

398. Ainsi, l'objectif de double décloisonnement annoncé par la création des ARS ne peut qu'être que nuancé près de 10 ans après la mise en place de celles-ci. En effet, deux domaines restent porteurs de nombreux doutes, le premier concerne la coordination avec l'assurance maladie qui semble encore précaire et ne permet pas un fonctionnement optimal de l'institution. Le second

⁹⁷⁹ Article L. 1431-1 du Code de la santé publique

⁹⁸⁰ Article R. 1434-1 du Code de la santé publique issu du décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

⁹⁸¹ Article L. 1434-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

⁹⁸² B. de Lard, H. Tanguy, « Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionale de santé », art. cit., pp. 845-857

⁹⁸³ Article L. 1434-2 du Code de la santé publique issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

⁹⁸⁴ Article L. 1434-3 du Code de la santé publique : « Le schéma régional de santé : 1° Indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-11 et des soins de second recours mentionnés à l'article L. 1411-12. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ».

tient à la gestion de l'offre libérale qui reste, à ce jour, engluée par les principes datés de la médecine libérale. Pierre-Louis Bras se questionnait en 2009 sur « *la capacité qu'auront les ARS à intervenir dans la régulation des soins de ville*⁹⁸⁵ », force est de constater que ses actions en la matière s'avèrent peu opérantes.

399. Pour réaliser ses missions, l'ARS a été constituée en établissement public composé principalement d'un directeur et d'un conseil de surveillance. Ce statut d'établissement public apparaît ici comme particulier et justifie l'étude de l'organisation interne de l'ARS.

B. L'organisation interne des ARS : un établissement public particulier

400. Les missions octroyées à l'ARS au sein du système de santé semblent donc limitées dans leur capacité à opérer un décloisonnement et à mettre en œuvre une offre de soins globale et rationnelle. La territorialisation annoncée, propice à l'amélioration de la protection de la santé au sein du système de santé dépend grandement des capacités d'action et d'autonomie des acteurs composant l'ARS ainsi que de son statut juridique. L'ARS est organisée principalement autour d'un directeur aux missions nombreuses accompagné d'un conseil de surveillance (1), il est constitué sous la forme d'un établissement public dont il conviendra de cerner les contours (2).

1. La prééminence du directeur général dans l'organisation de l'agence régionale de santé

401. Étudier la composition de l'ARS ainsi que ses compétences apparaît essentiel au regard de notre travail. En effet, l'objectif de territorialisation annoncé depuis la loi HPST passe nécessairement par des pouvoirs importants accordés à l'ARS. C'est uniquement par l'obtention d'une autonomie suffisante que les ARS seront capables de mettre en œuvre véritable territorialisation de la politique de santé basée sur des appréciations différenciées des territoires et susceptible d'améliorer la protection de la santé des usagers.

402. Concernant la gouvernance des ARS, le rapport Ritter préconisait notamment de donner à l'exécutif l'autorité nécessaire pour exercer pleinement ses responsabilités et de permettre une bonne représentation des différentes parties prenantes⁹⁸⁶. Il évoquait aussi la nécessité d'un exécutif

⁹⁸⁵ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

⁹⁸⁶ P. Ritter, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, op. cit., p. 5

fort et responsabilisé avec une réelle tutelle du niveau national⁹⁸⁷. L'aspect du contrôle des ARS et notamment de son directeur par l'État sera abordé dans le paragraphe suivant.

403. Pour les ARH, le choix avait été celui d'une commission exécutive composée à parité de représentants de l'État et de l'assurance maladie⁹⁸⁸, concernant les ARS, l'exécutif est concentré dans les mains du directeur de l'agence. Il est prévu que le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, les compétences de l'agence qui ne sont pas attribuées à une autre autorité⁹⁸⁹, il est ainsi notamment chargé « *d'une mission fondamentale de police sanitaire. Il est l'autorité chargée d'arrêter le projet régional de santé. Il lui revient de délivrer les autorisations d'activités de soins, d'équipements matériels lourds ou de création d'établissements de santé comme les licences permettant la création, le transfert et le regroupement de pharmacies*⁹⁹⁰ ». Le directeur de l'ARS reçoit donc de nombreuses missions auparavant confiées aux préfets ou aux commissions exécutives des anciennes ARH.

Le directeur a aussi le devoir de préparer et d'exécuter le budget de l'agence, il arrête après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et les organismes complémentaires d'assurance maladie, le plan pluriannuel régional de gestion du risque⁹⁹¹.

Il bénéficie aussi d'un pouvoir hiérarchique et de recrutement sur les personnels de l'agence.

Le directeur général de l'ARS est titulaire de compétences étendues en matière de fonctionnement des établissements de santé lesquelles justifient le scepticisme de Didier Tabuteau qui évoque un « *risque d'intrusion dans la gestion des établissements de santé*⁹⁹² ». Ses compétences en la matière lui permettent de demander à l'établissement de présenter un plan de redressement⁹⁹³, il peut placer l'établissement public sous administration provisoire⁹⁹⁴ il peut encore demander la conclusion d'une convention de coopération, la création d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement d'intérêt public ou encore la fusion d'établissements⁹⁹⁵, il est encore habilité à demander à un établissement en restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et des moyens⁹⁹⁶. Il est remarqué à juste titre par la doctrine que ces missions, relativement intrusives témoignent d'une « *contestable confusion des pouvoirs de contrôle et des*

⁹⁸⁷ *Ibidem*, p. 6

⁹⁸⁸ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », *AJDA*, 2009, n°40, pp. 2212-2218

⁹⁸⁹ Article L. 1432-2 du Code de la santé publique

⁹⁹⁰ D. Tabuteau, « Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°6, pp. 1056-1064

⁹⁹¹ Article L. 1432-2 du Code de la santé publique

⁹⁹² D. Tabuteau, « Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », art. cit., pp. 1056-1064

⁹⁹³ Article L. 6143-3 du Code de la santé publique

⁹⁹⁴ Article L. 6143-3-1 du Code de la santé publique

⁹⁹⁵ Article L. 6131-2 du Code de la santé publique

⁹⁹⁶ Article L. 6131-5 du Code de la santé publique

*pouvoirs de gestion qui place les ARS en position ambiguë : le contrôleur est mal à l'aise pour exercer son contrôle s'il a contribué à l'organisation ou à la gestion de l'établissement, il devient juge et partie*⁹⁹⁷ ». De tels pouvoirs laissent planer l'ombre d'une « *cogestion* » de fait de ces structures par l'autorité chargée de les contrôler⁹⁹⁸ »,

404. Les instigateurs de l'ARS n'ont pas fait le choix de la collégialité lequel aurait pu amener la création d'un conseil d'administration ou d'un directoire, il a été mis en place un conseil de surveillance. Ce dernier est présidé par le représentant de l'État dans la région et comprend notamment des représentants de l'État, des membres des organismes d'assurance maladie, des représentants des collectivités territoriales, des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que d'une personnalité choisie en fonction de sa qualification⁹⁹⁹.

405. Parmi ses missions, il est chargé d'émettre un avis sur le projet régional de santé, il approuve le budget proposé par le directeur et peut le rejeter avec une majorité qualifiée, il approuve le compte financier, il émet un avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens liant l'ARS au ministre de la santé¹⁰⁰⁰. Au renfort de Francis Chauvin, on ne peut que constater les faibles pouvoirs attribués au conseil de surveillance¹⁰⁰¹ pourtant annoncé comme « *l'instance délibérante*¹⁰⁰² » de l'ARS. On peut encore plus douter de la formule selon laquelle « *la gouvernance des ARS assurera un juste équilibre entre l'autorité forte de l'exécutif et une bonne représentation des différentes parties prenantes, indispensable à une large concertation*¹⁰⁰³ ». Ce doute est confirmé par la pondération des votes au sein du conseil de surveillance qui « *attribue trois (voix) aux représentants de l'État et une aux autres membres du conseil*¹⁰⁰⁴ ». Cette pondération assied de manière incontestable la place de l'Etat dans l'institution.

406. Il apparaît donc clairement que les pouvoirs au sein de l'ARS sont concentrés dans les mains du Directeur, ce qui suscite d'importants questionnements vis-à-vis de l'objectif de leur création lequel visait à plus de subsidiarité dans le pilotage des politiques de santé. De manière paradoxale, leur mise en œuvre peut s'apparenter à une certaine forme de recentralisation d'un

⁹⁹⁷ D. Tabuteau, « Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », art. cit. pp. 1056-1064

⁹⁹⁸ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé, op. cit.*, p. 179

⁹⁹⁹ Article L. 1432-3 du Code de la santé publique

¹⁰⁰⁰ Article L. 6143-1 du Code de la santé publique

¹⁰⁰¹ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », art. cit., pp. 65-76

¹⁰⁰² Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁰⁰³ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁰⁰⁴ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, Rapport d'information n°400, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 2014, p. 55

système qui continue d'apparaître rigide et hiérarchisée¹⁰⁰⁵. L'expression fréquemment utilisée de « *super préfet sanitaire*¹⁰⁰⁶ » illustre ce sentiment. Ces compétences importantes peuvent aisément s'expliquer par le souhait d'une action rapide, d'un objectif de performance ou d'un contrôle étendu de la part de l'État ? Ce modèle, inspiré des sociétés anonymes ne donne toutefois pas au conseil de surveillance les moyens de remplir un rôle de « *contrôle de l'exécutif et de veiller à la bonne gestion de l'agence*¹⁰⁰⁷ ». Or, en se penchant sur les itinéraires des 26 premiers directeurs nommés, près de la moitié ont exercé au sein de l'État, 27% viennent des ARH, 23% ont exercé au sein d'un organisme de protection sociale. De là à déduire une mainmise de l'État sur les ARS, il n'y a qu'un pas qui ne sera pas franchi pour l'heure.

407. Il est à signaler que le directeur a l'obligation, au moins deux fois par an de rendre compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Il a encore obligation, au moins une fois par an, de rendre compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale ainsi que des suites qui ont été données à ses avis¹⁰⁰⁸.

408. Cette démonstration implique de poser la question de l'utilisation du statut d'établissement public dans la constitution des ARS, dont la justification principale relève classiquement de la recherche d'autonomie¹⁰⁰⁹.

2. *Réflexions sur le statut d'établissement public des agences régionales de santé*

409. Clément Chauvet, dans une étude sur la nature juridique de l'Agence régionale de santé débutait son propos en retenant que : « *la réforme administrative, réfléchie, programmée, proclamée, félicitée, n'est pas toujours sans faux semblants*¹⁰¹⁰ ».

Les ARH sont constituées en 1996 sous le statut de groupement d'intérêt public¹⁰¹¹, cette catégorie de personnes publiques, apparue en 1982¹⁰¹² n'a connu une qualification de personne

¹⁰⁰⁵ *Ibidem*, p. 271

¹⁰⁰⁶ P. Ritter, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, *op. cit.*, p. 5

¹⁰⁰⁷ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », *art. cit.*, pp. 2212-2218

¹⁰⁰⁸ Article L. 1432-2 du Code de la santé publique

¹⁰⁰⁹ D. Maillard Desgrées du Loû, *Institutions administratives*, Puf, 2015, p. 143

¹⁰¹⁰ C. Chauvet, « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », *art. cit.*, pp. 405-414

¹⁰¹¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹⁰¹² Article 21 de la loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France

morale de droit public que tardive. La question se posait notamment de son autonomie vis-à-vis de l'établissement public. C'est la jurisprudence qui consacre cette autonomie par rapport à la catégorie des établissements publics en 2000¹⁰¹³. L'utilisation d'un GIP tout comme l'appellation d'agences n'ont pas manqué d'étonner et peuvent trouver leur justification dans « *la nature privée des « partenaires » associés à l'État au sein des agences*¹⁰¹⁴ ». En effet, les ordonnances de 1996 avaient pour souhait de faire participer les organismes d'assurance maladie de sorte que l'on ne pouvait avoir recours aux établissements publics dans cet objectif de partenariat public - privé.

410. C'est précisément la volonté de remettre la main sur ces organismes et de doter le directeur de prérogatives importantes notamment en matière de gestion de personnel¹⁰¹⁵ qui a justifié le recours au statut d'établissement public administratif pour la mise en place des ARS par la loi de 2009. Le rapport Bur constate qu'une des faiblesses de l'ARH « *tient au manque d'autorité hiérarchique de leur directeur sur leurs personnels, pour la plupart mis à disposition numériquement – mais pas nominativement – par leurs administrations d'origine*¹⁰¹⁶ ». L'exposé des motifs de la loi HPST justifie le choix du statut d'établissement public afin d'offrir un cadre d'action stable et robuste aux agences régionales de santé. Le rapport Ritter évoquait pour sa part la possibilité d'un choix entre le GIP et l'établissement public, ce dernier paraissant plus opérationnel¹⁰¹⁷.

411. L'établissement public est une « *personne morale de droit public à compétence spéciale, créée pour accomplir une (ou plusieurs) mission(s) de service public*¹⁰¹⁸ ». Pour Maurice Hauriou, l'établissement public constitue « *un service public personnifié*¹⁰¹⁹ » et la personnalité morale en constitue un caractère indispensable¹⁰²⁰. Blum retenait pour sa part qu'il « *faut considérer l'établissement public comme un des démembrements de l'État. Il faut le considérer comme un des organes préposés par l'État à l'exécution d'un service public*¹⁰²¹ ». Face à la multiplication des établissements publics, une partie de la doctrine a décelé une crise de la notion d'établissement public¹⁰²² et s'est interrogée sur l'automaticité du lien existant

¹⁰¹³ Tribunal des Conflits, 14 février 2000, GIP, n°03710

¹⁰¹⁴ M. Gheballi-Bailly, « Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'Etat éclaté », art. cit., pp. 571-588, l'auteur relève par ailleurs que ce partenariat apparaît curieux. En effet, « si les membres des agences sont, à parité, l'Etat et les organismes d'assurance maladie, leurs contributions financières au GIP ne suivent pas la même répartition »

¹⁰¹⁵ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », art. cit., pp. 65-76

¹⁰¹⁶ Y. Bur, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, op. cit., p. 100

¹⁰¹⁷ P. Ritter, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, op. cit., p. 13

¹⁰¹⁸ D. Maillard Desgrées du Loû, *Institutions administratives*, op. cit., p. 143

¹⁰¹⁹ M. Hauriou, *Précis de droit administratif et de droit public*, 11^{ème} édition, 1927, p. 236

¹⁰²⁰ Conseil d'Etat, Sect., 8 mars 1968, Chambre de commerce et d'industrie de Nice et Alpes-Maritimes

¹⁰²¹ Conclusions Blum, Conseil d'Etat, 21 juin 1912, Pichot, D. 1915, 3, p. 9

¹⁰²² R. Drago, *Les crises de la notion d'établissement public*, Thèse de doctorat, Droit, Paris, 1950, Paris, 287 p.

entre établissement public et service public¹⁰²³. Dans ce sens, trois éléments sont généralement retenus pour caractériser l'établissement public¹⁰²⁴ : la personnalité morale qui fait de chaque établissement un sujet de droit, doté d'une autonomie tant sur le plan juridique que financier¹⁰²⁵, une finalité d'intérêt général et le principe de spécialité.

412. L'ARS de manière assez paradoxale est apparue de manière concomitante à l'abrogation du service public hospitalier remplacé par des missions de service public¹⁰²⁶. En réalité, si le sigle a disparu pendant un certain temps avant sa réintroduction par la loi de modernisation du système de santé, les obligations des établissements sont restées les mêmes au cours de cette période. Ces obligations convergent avec celles de l'ensemble des professionnels de santé et des établissements autour de la notion d'un service public de santé de proximité. Si la peur des mots empêche pour l'heure d'apposer le sigle d'un tel service public, l'ARS opère la régulation de l'activité médicale et médico-sociale qui participent à une activité d'intérêt général.

413. Les établissements publics sont gouvernés par le principe de spécialité lequel a valeur de principe général du droit¹⁰²⁷ ce statut garantit l'établissement de l'empiètement d'autres établissements sur son champ de compétences, mais limite aussi ces dernières. L'établissement bénéficie donc de compétences d'attribution et le juge pourra engager la responsabilité d'un établissement outrepassant ses compétences¹⁰²⁸. Les compétences des ARS sont ainsi strictement énoncées par les articles du code de la santé publique¹⁰²⁹.

Ces dernières constituent à cet égard des fondations, cette dernière étant créée par une volonté qui lui est extérieure, dans le but de réaliser une mission particulière¹⁰³⁰, c'est-à-dire des « services détachés de l'administration générale à des fins exclusivement techniques et pour permettre une certaine

¹⁰²³ J. Chevallier, « Place de l'établissement public en Droit administratif français », *Publications de la faculté de droit d'Amiens*, 1972-1973, n°3, p. 7, notait à cet égard que : « Le qualificatif d'établissement public a été donné à des organismes si différents et soumis à des régimes juridiques si opposés que l'unité même de la notion paraît de plus en plus aléatoire. Il y aurait désormais des types divers d'établissements publics, les uns gérant un service public, d'autres n'en gérant pas, certains relevant des préoccupations administratives anciennes, d'autres intervenant dans le secteur économique (...) ». Ces propos sont ensuite nuancés en dénonçant un certain « pessimisme doctrinal qui paraît exagéré »

¹⁰²⁴ P. Chrétien, N. Chiffot, M. Tourbe, *Droit administratif*, Dalloz, SIREY, 16^{ème} édition, 2018, p. 399

¹⁰²⁵ Conseil d'Etat, *Rapport d'étude sur les établissements publics*, Etude adoptée par l'assemblée générale plénière le 15 octobre 2009, p. 10

¹⁰²⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁰²⁷ Conseil d'Etat, Sect., 4 mars 1938, Consorts Le Clerc, req. N°55677

¹⁰²⁸ P. Chrétien, N. Chiffot, M. Tourbe, *Droit administratif*, *op. cit.*, p. 406 cite à cet égard Conseil d'Etat, 3 juillet 1974, Dame Hurter

¹⁰²⁹ Articles L. 1431-1 et s. du Code de la santé publique

¹⁰³⁰ J.-P. Théron, *Recherche sur la notion d'établissement public*, LGDJ, 1976, p. 16

*individualisation de leur gestion*¹⁰³¹ ». Ces établissements sont historiquement opposés aux établissements publics corporatifs, l'établissement est alors créé « *pour donner à un groupe homogène de personnes directement identifiables une organisation bénéficiant de la personnalité publique ; il n'exerce pas nécessairement un service public ; mais il a, au sens large, un rôle public tant vis-à-vis de ses membres que vis-à-vis des collectivités publiques*¹⁰³² ».

414. Jean Waline note que si la collectivité territoriale est l'instrument de la décentralisation territoriale, « *l'établissement public personne publique correspond à une activité spécialisée, est l'instrument de la « décentralisation sectorielle » lorsqu'il apparaît que la gestion d'un secteur de l'administration sera mieux assurée s'il est individualisé et doté d'une certaine autonomie juridique, financière, et administrative*¹⁰³³ ». Pour Jean-Pierre Théron, la décentralisation suppose l'existence de deux entités distinctes fondées sur l'existence de groupes différents, juridiquement reconnus, or, l'établissement public n'est que le prolongement de la collectivité publique fondatrice¹⁰³⁴.

415. La doctrine dominante, concernant les ARS se range derrière l'idée d'une décentralisation de façade¹⁰³⁵ renforcée par l'idée du statut d'établissement public laquelle peut se confirmer aisément par les textes qui prévoient que la Nation définit sa politique de santé¹⁰³⁶. Tout au plus, il est possible de relever une capacité d'adaptation régionale limitée par le biais des ARS¹⁰³⁷. Clément Chauvet voit dans ce statut, « *l'expression tout à la fois de l'importance de cette politique publique pour l'Etat et de l'incapacité présumée des collectivités locales à assumer une telle activité*¹⁰³⁸ ». Ainsi, le choix du statut d'établissement public n'apparaît pas comme un hasard, en effet, il représente un outil malléable¹⁰³⁹ qui permet à l'État « *de tailler sur mesure la situation juridique des entités publiques spécialisées auxquelles il souhaite donner de l'autonomie tout en les gardant sous leur contrôle*¹⁰⁴⁰ ».

¹⁰³¹ B. Jeanneau, « Le déficit en catégories juridique du droit administratif Français », in J.-P. Marguénaud (Dir.), *Apprendre à douter : questions de droit, questions sur le droit*, Pulim, Juin 2004, p. 493

¹⁰³² G. Vedel, P. Devolvé, *Droit administratif*, PUF, Thémis, Tome 2, 1992, p. 602

¹⁰³³ J. Waline, *Droit administratif*, Dalloz, Précis, 27^{ème} édition, 2018, p. 211

¹⁰³⁴ J.-P. Théron, *Recherche sur la notion d'établissement public*, *op. cit.*, p. 45

¹⁰³⁵ M.-L. Moquet-Anger, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », art. cit., p. 2224, P. Combeau, « Les nouveaux visages de la déconcentration », art. cit., pp. 1011-1020, J.-M. Pontier, « Région : interventions de la région », art. cit., Folio n°1750

¹⁰³⁶ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique

¹⁰³⁷ Article L. 1431-2 du Code de la santé publique

¹⁰³⁸ C. Chauvet, « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », art. cit., pp. 405-414

¹⁰³⁹ G. Vedel, P. Devolvé, *Droit administratif*, *op. cit.*, p. 597 : « L'établissement public a offert au législateur une commodité, celle d'être une personne morale innommée. Aussi a-t-on fait passer dans cette catégorie toute une série d'organismes nouveaux auxquels on a donné l'étiquette d'établissements publics »

¹⁰⁴⁰ D. Truchet, *Droit administratif*, PUF, Thémis, 7^{ème} édition, 2017, p. 82

416. Devant le refus d'une décentralisation des politiques sanitaires aux mains des ARS, on peut se poser la question des mécanismes de contrôle étatique et, de tenter de décrire ce qui est annoncé comme une territorialisation de l'action sanitaire.

Paragraphe 2. L'agence régionale de santé, un établissement public fondatif sous contrôle

417. L'ARS est constituée en établissement public, l'étude des différents établissements publics permet d'y déceler un caractère fondatif par la mission qui lui est octroyée de « *gestion transversale*¹⁰⁴¹ » du système de santé. Toutefois, l'autonomie que présume l'attribution d'un tel statut d'établissement public pose question en ce qui concerne les ARS. L'étude des mécanismes de contrôle de l'autorité de rattachement qu'est l'État sur les ARS nous permettra de juger de la réalité de son autonomie (A), afin de voir si l'ARS ne constitue pas un organe de déresponsabilisation de l'État dans une matière qu'il se refuse à partager, la territorialisation consistant en ce sens à brouiller les pistes entre recentralisation, déconcentration et décentralisation (B).

A. Les mécanismes de contrôle de l'État sur les ARS

418. La notion de contrôle prête à discussion, elle fait l'objet d'un tissu doctrinal dense¹⁰⁴² qui ne constitue pas le sujet de notre étude. En matière d'établissements publics, le pouvoir de contrôle s'entend du pouvoir de l'autorité de tutelle sur l'établissement, nul pouvoir hiérarchique ne semble pouvoir, ni devoir y trouver une place prédominante. Distinguant le contrôle hiérarchique et le contrôle de tutelle, André De Laubadère retenait que « *l'agent soumis au pouvoir hiérarchique est constamment, pour la totalité de son activité, placé sous le contrôle de son supérieur, il n'y a pas de zone d'activité pour laquelle celui-ci ne puisse imposer son point de vue sur le sens des mesures à prendre. L'autorité soumise au pouvoir de tutelle possède au contraire une certaine part d'autonomie dont elle conserve la maîtrise*¹⁰⁴³ ». L'ARS est constituée sous la forme d'un établissement public rattachée à l'État, pour le compte de qui elle exerce son activité. Ce statut explique toute « *la singularité d'une autonomie qui comporte des tempéraments*

¹⁰⁴¹ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁰⁴² J.-P. Dubois, *Le contrôle administratif sur les établissements publics*, thèse Paris I, 1980, LGDJ, Coll. Bibl. dr. Pub. ; S. Passeron, *L'autonomie de gestion des établissements publics nationaux*, thèse Nice, 1965, LGDJ, Coll. Bibl. sc. Fin. ; A. Lami, *Tutelle et contrôle de l'Etat sur les universités françaises, mythe et réalité*, thèse Aix-Marseille, 2013, LGDJ, Bibl. dr. Pub.

¹⁰⁴³ A. De Laubadère, *Traité élémentaire de droit administratif*, L.G.D.J., 1970, 5^{ème} édition, p. 91

*et des contreparties*¹⁰⁴⁴ » au premier rang desquels la tutelle exercée par l'État. De fait, « *l'établissement public, apparaît bien, à travers ce lien, comme subordonné tout à la fois à une volonté extérieure, et à la mission qui lui est confiée* ». Toutefois, l'étendue des contrôles qui peuvent être opérés par l'autorité de rattachement limitent pour autant l'autonomie de l'établissement.

419. On peut ainsi voir d'une part, que le périmètre d'action des ARS apparaît limité par les textes qui les définissent ainsi que par la tutelle étatique (1) et, d'autre part, que la dualité fonctionnelle du directeur entretient le doute quant à son statut et ses liens avec le pouvoir central (2).

1. Un encadrement légal précis renforcé par la tutelle étatique

420. Bien qu'elle revête le statut d'établissement public et que son directeur soit doté de pouvoirs importants, l'ARS est fortement limitée dans son autonomie, à la fois par son champ d'action qui ne semble qu'adaptatif vis-à-vis de la politique nationale, et à la tutelle importante à laquelle elle est confrontée.

421. Concernant son domaine d'action, l'autonomie des ARS « *trouve ses limites dans le fait que la politique régionale de santé qu'elle définit est une simple adaptation territoriale de la politique nationale dont elle doit en fait décliner les objectifs*¹⁰⁴⁵ ». La loi ne transmet aucune compétence qui permette aux ARS de définir les caractéristiques particulières des politiques de santé¹⁰⁴⁶. Tout au plus, la loi permet une adaptation de la politique au contexte local, la lettre du code de la santé publique est claire à cet égard en énonçant que les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des particularités de chaque région et des besoins spécifiques, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie au niveau national¹⁰⁴⁷.

422. Cette entrave légale à l'autonomie est d'autant plus criante que le projet initial prévoyait que les ARS auraient pour mission de « *mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le respect des objectifs nationaux*¹⁰⁴⁸ », elles exerceront leurs missions dans le cadre des « *orientations fixées au niveau*

¹⁰⁴⁴ P. Gonod, F. Melleray, P. Yolka, *Traité de droit administratif*, Dalloz, Traité Dalloz, Tome 1, 2011, p. 363

¹⁰⁴⁵ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », art. cit., pp. 65-76

¹⁰⁴⁶ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

¹⁰⁴⁷ Article L. 1431-2 du Code de la santé publique

¹⁰⁴⁸ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

*national*¹⁰⁴⁹ ». Cette formule impliquait alors que l'État se borne à fixer des règles essentielles, laissant aux ARS le soin de prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui leur sont dévolues, dans le respect des orientations nationales¹⁰⁵⁰. La disparition de l'expression de politique régionale de santé présente dans le projet de loi de santé HPSI¹⁰⁵¹ confirme le retour à une certaine orthodoxie existante en matière sanitaire qui revient à confier la définition de la politique de santé à l'échelon central¹⁰⁵². L'exercice se réduit ainsi à une adaptation laquelle diffère fondamentalement de la mise en œuvre d'une politique régionale particulière.

423. Le rapport Milon justifiait à cet égard que les ARS « *constitueront un échelon déconcentré doté de compétences couvrant l'ensemble des secteurs de la santé et qui sera ainsi à même de définir les moyens d'atteindre de manière plus efficace, parce que plus cohérente et mieux adaptée aux réalités et aux besoins du terrain, les objectifs nationaux de la politique de santé*¹⁰⁵³ ». Si cette vision est cohérente si l'on souhaite maintenir une emprise étatique importante, elle est plus contestable dans une logique visant à lutter contre les inégalités existantes entre les régions. L'ARS apparaît ici comme un relai fonctionnel du pouvoir étatique. Cécile Castaing reconnaît dans la possibilité d'une politique régionale de santé une « *application en matière de santé publique du principe de subsidiarité*¹⁰⁵⁴ », une telle possibilité d'adaptation ne rencontrant pas d'obstacles juridiques majeurs dans la mesure où les juridictions admettent que des situations différentes soient réglées de façon différente¹⁰⁵⁵. Ce principe se justifie en matière sanitaire où il connaît une résonance particulière du fait des disparités existantes entre les territoires.

424. Outre la capacité intrinsèque des ARS du fait des missions qui leurs sont imparties, le mode de nomination du Directeur de l'ARS a été largement décrié pour les tenants d'une autonomie de l'agence. Ce dernier est nommé par décret pris en conseil des ministres ce qui lui garantit « *son*

¹⁰⁴⁹ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁰⁵⁰ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹⁰⁵¹ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, 22 octobre 2008, n°1210

¹⁰⁵² A cet égard, Alain Milon relevait une ambiguïté existante par l'existence d'une politique régionale de santé et l'article L. 1411-1 qui affirme le caractère national de la politique de santé : « Outre qu'ils sont contradictoires, car on ne définit pas au niveau régional une politique nationale, ces énoncés peuvent créer une confusion dangereuse sur le rôle des ARS », A. Milon, *Rapport sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Rapport n°380, 2009, p. 40

¹⁰⁵³ *Ibidem*, p. 41

¹⁰⁵⁴ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹⁰⁵⁵ Conseil d'Etat, 10 mai 1974, Denoyez et Chorques, n°88032 et n°88142, Conseil Constitutionnel, 9 avril 1996, n°96-375 DC

*autorité, non son indépendance*¹⁰⁵⁶ ». Dans ce sens et comme le souligne Pascal Combeau, le directeur de l'ARS est bien une autorité de l'État¹⁰⁵⁷, ce caractère est d'ailleurs renforcé par les compétences qu'il exerce suivant la lettre du texte « *au nom de l'État*¹⁰⁵⁸ ».

425. La possibilité de nomination entraîne donc une possibilité de renouvellement voire d'éviction en présence de directeurs récalcitrants à appliquer les directives. On peut citer le cas de Christophe Jacquinet, seul directeur d'ARS provenant de l'hospitalisation privée qui fut limogé¹⁰⁵⁹ sur proposition de la ministre de la santé en conseil des ministres en 2014¹⁰⁶⁰. Sans être évoquées comme issues de conflits, d'autres directeurs d'ARS ont pris acte de la décision les démettant de leurs fonctions¹⁰⁶¹. Si les situations contentieuses semblent assez peu nombreuses au regard du nombre d'ARS existantes, ce mode de nomination semble peu enclin à favoriser l'autonomie des ARS, et les conforte au contraire dans un consensualisme vis-à-vis de l'action étatique.

426. Il faut ajouter que l'action du directeur est strictement encadrée. Dès sa nomination il reçoit une lettre de mission qui précise « *les objectifs qui seront repris dans un contrat pluriannuel précisant les moyens attribués à l'agence et signé avec les ministres de tutelle*¹⁰⁶² ». Le texte relatif au contrat pluriannuel prévoit qu'il « *définit les objectifs et priorités d'action de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé (...). Il comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé (...). Il fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs*¹⁰⁶³ ». Le contrat pluriannuel d'objectifs est de moyens permet d'encadrer l'exercice de la tutelle et doit constituer selon le Conseil d'État, un « *support opérationnel permettant de fournir une image claire des objectifs privilégiés par la tutelle, des moyens à mobiliser pour y parvenir et du cadre concret de fonctionnement de la tutelle*¹⁰⁶⁴ ». Pour Vincent Vioujas, la négociation des CPOM met en exergue le

¹⁰⁵⁶ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹⁰⁵⁷ P. Combeau, « Les nouveaux visages de la déconcentration », art. cit., pp. 1011-1020, P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136 relève encore que « le mode de nomination des ARS marque également leur dépendance par rapport au niveau national »

¹⁰⁵⁸ L'article L. 1432-2 du Code de la santé publique dispose en son alinéa 1 que : « Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité »

¹⁰⁵⁹ P. Bette, *Pourquoi le directeur de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes est-il limogé ?*, France 3 région Auvergne Rhône-Alpes, 17 février 2014

¹⁰⁶⁰ Conseil des ministres du 14 février 2014, Mesures d'ordre individuel

¹⁰⁶¹ Christophe Devys, remplacé par Aurélien Rousseau alors que le premier n'avait pas demandé à quitter son poste, a dû prendre acte de la décision ministérielle, Décret du 25 juillet 2018 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile de France – M. Rousseau (Aurélien)

¹⁰⁶² F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », op. cit., pp. 65-76

¹⁰⁶³ Article L. 1433-2 du Code de la santé publique

¹⁰⁶⁴ Conseil d'Etat, *Rapport d'étude sur les établissements publics*, op. cit., p. 10

contrôle étroit effectué sur l'action des ARS au niveau national¹⁰⁶⁵, ce type de contrats est le plus souvent marqué par l'unilatéralité imposée par l'État¹⁰⁶⁶ et guidé par la poursuite d'un intérêt général.

D'autres tentent de voir dans cette contractualisation une logique plus partenariale que hiérarchique mais l'auteur tempère par la suite son propos en relatant qu'en réalité « *cette relation contractuelle masque mal l'existence d'un pouvoir hiérarchique*¹⁰⁶⁷ ».

Le contrôle du suivi du CPOM est organisé par le Conseil national de pilotage des ARS, présidé par le ministre de la santé¹⁰⁶⁸, une instruction ministérielle de 2015¹⁰⁶⁹ précise les modalités de suivi des CPOM. Cette compétence octroyée au CNP « *bat en brèche toute velléité d'autonomie de l'échelon régional*¹⁰⁷⁰ » et ses pouvoirs lui permettent « *d'infléchir l'action du directeur général au cours de l'exécution du contrat*¹⁰⁷¹ ». Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue donc un outil de contrôle a priori important en ce qu'il fixe des limites, mais aussi a posteriori en ce que son résultat est suivi et mesuré¹⁰⁷². L'encadrement de l'action du directeur de l'ARS par le recours à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un frein important quant à son action au bénéfice d'échelons régionaux et infrarégionaux. Ce déni de territorialisation s'avère préjudiciable pour les usagers du système de santé lesquels perdent toute chance de voir la politique nationale infléchie afin de permettre une réponse à des problématiques sanitaires locales.

427. Les ARS, se trouvent donc enserrées à la fois par leur champ de compétence qui ne leur permet pas une réelle de mettre en œuvre une réelle politique régionale de santé, mais aussi par les moyens utilisés par leur autorité de tutelle pour limiter leur autonomie. En parallèle de cette double limitation est apparu un véritable pouvoir hiérarchique à l'encontre des ARS qui n'a pas manqué d'étonner du fait de leur statut d'établissement public.

¹⁰⁶⁵ V. Vioujas, « Les nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements publics de santé : une offre que l'on ne peut pas refuser... », *JCP A*, 2012, n°43, 2344

¹⁰⁶⁶ Sur la valeur des CPOM, L. Cocquebert, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°1, pp. 34-44

¹⁰⁶⁷ T. Leleu, « Les relations entre ministres et agence régionales de santé précisées par le juge », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°2, pp. 275-282

¹⁰⁶⁸ Article L. 1433-1 du Code de la santé publique, Articles D. 1433-1 et s. du Code de la santé publique

¹⁰⁶⁹ Instruction n°2015-337 SG du 12 novembre 2015 relative aux modalités de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le ministère et les ARS pour la période 2015-2018

¹⁰⁷⁰ B. De Lard, H. Tanguy, « Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé », art. cit., pp. 845-858

¹⁰⁷¹ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹⁰⁷² C. Chauvet, « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », art. cit., pp. 405-414

2. Le pouvoir hiérarchique du ministre sur l'Agence régionale de santé

428. De manière classique, les établissements publics sont soumis à une tutelle, plus ou moins intense laquelle « *comprend des pouvoirs d'approbation, d'autorisation et exceptionnellement de substitution, elle ne comporte pas les pouvoirs d'instruction et de réformation*¹⁰⁷³ ». Le Conseil d'État dans un rapport sur les établissements publics précisait encore qu'il découle « *du principe que la tutelle ne peut s'immiscer dans la gestion interne de l'établissement*¹⁰⁷⁴ ». Il ajoutait dans un rapport relatif aux agences retenait que « *si les agences ne sont pas indépendantes du pouvoir politique, ce qui les distingue des AAI, celui-ci n'a pas vocation à intervenir dans leur gestion courante et il ne dispose pas de pouvoir hiérarchique, à leur égard lorsqu'elles sont dotées de la personnalité morale*¹⁰⁷⁵ ».

429. Les ARS, par leur statut d'établissement public semblent ainsi protégées d'un tel pouvoir hiérarchique, mais la question de celui-ci est revenue sur le métier suite à deux circulaires¹⁰⁷⁶. La première concernait le gel des crédits attribuables par les Directeurs d'ARS aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des handicapés pour l'exercice budgétaire de 2011, la seconde avait trait aux astreintes effectuées par les personnels des ARS, en définissait la notion et les modalités d'exécution au sein des ARS.

430. Dans ses conclusions relatives aux deux arrêts¹⁰⁷⁷, Maud Vialettes¹⁰⁷⁸ commence par rappeler le soin pris par le juge administratif pour tracer une limite ferme entre pouvoir de tutelle et pouvoir hiérarchique. Le rapporteur nuance son propos par la suite en relevant le statut hybride de l'ARS, ce dernier constitue un établissement public administratif, dont le directeur prend la plupart des décisions « *au nom de l'État*¹⁰⁷⁹ ». Le « *directeur général qui, au demeurant, est nommé en conseil des ministres (...), ce qui donne prise, à notre sens, à un contrôle hiérarchique*¹⁰⁸⁰ ». Il a, par ailleurs été relevé que les directeurs de ARH étaient déjà sous le joug de l'État pour lequel ils exerçaient les

¹⁰⁷³ T. Leleu, « Les relations entre ministres et agence régionales de santé précisées par le juge », art. cit., pp. 275-282

¹⁰⁷⁴ Conseil d'État, *Rapport d'étude sur les établissements publics*, op. cit., p. 56 relatant l'arrêt Conseil d'État, 4 mai 1988, Ministre des affaires sociales et de l'emploi c/ centre hospitalier de Lannion

¹⁰⁷⁵ Conseil d'État, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*, La Documentation Française, 2012, p. 120

¹⁰⁷⁶ Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A n°2011-160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, Circulaire DRH/DRH2B/2011/242 du 22 juin 2011 relative à la gestion des astreintes effectuées par les personnels des agences régionales de santé

¹⁰⁷⁷ Conseil d'État, 12 décembre 2012, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNERPA), n°350479 et Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP), n°354635

¹⁰⁷⁸ M. Vialettes, « Pouvoir hiérarchique et établissement public », *AJDA*, 2013, n°8, p. 481

¹⁰⁷⁹ Article L. 1432-2 du Code de la santé publique

¹⁰⁸⁰ M. Vialettes, « Pouvoir hiérarchique et établissement public », art. cit., p. 481

compétences et dont les décisions étaient susceptibles d'un recours hiérarchique¹⁰⁸¹, de sorte que l'expression de « *préfet sanitaire* » était fréquemment utilisée pour qualifier ce directeur.

431. Il est encore soulevé que la coordination des agences, confiée au Conseil national de pilotage, permet notamment à ces dernières de « *valider les instructions qui sont données aux agences*¹⁰⁸² » ce qui est au cœur du pouvoir hiérarchique selon les mots du rapporteur. Le Conseil d'État valide cette vision retenant que « *les directeurs généraux des (...) ARS sont, en tant qu'autorités agissant au nom de l'État, soumis au pouvoir hiérarchique des ministres compétents ; qu'à ce titre, les ministres peuvent, dans le cadre de leurs attributions respectives, leur adresser des instructions pour toutes les compétences qu'ils exercent au nom de l'État*¹⁰⁸³ ».

432. La précision selon laquelle les agences agissent au nom de l'État a été ajoutée au cours des débats parlementaires à l'initiative de la commission des affaires sociales « *ce qui dénote par rapport à la logique juridique traditionnelle des établissements publics*¹⁰⁸⁴ » et marque la volonté de marquer les ARS d'une empreinte étatique forte, liant pouvoir de tutelle et véritable autorité hiérarchique.

Ce pouvoir hiérarchique ne saurait pour autant être absolu, à cet égard, le rapporteur retient qu'il n'apparaît pas sans limite, « *il s'exerce, à notre sens, sur le directeur de l'établissement public en tant qu'il est nommé en conseil des ministres et qu'il prend des décisions au nom de l'État. En revanche, ce pouvoir hiérarchique s'arrête aux murs de l'établissement et ne permet pas aux autorités de tutelle de s'immiscer dans la vie interne de l'établissement, laquelle peut être organisée par le seul directeur*¹⁰⁸⁵ ».

433. La seconde espèce¹⁰⁸⁶ évoquée à propos de la circulaire du 22 juin 2011¹⁰⁸⁷ fixait des règles d'organisation des astreintes au sein des ARS notamment quant aux personnels concernés, à leur formation, au nombre maximal d'astreintes. Autant d'instructions entrant dans le cadre de l'organisation et du fonctionnement du service au sens de l'arrêt Jamart¹⁰⁸⁸. Le Directeur de l'ARS en tant que chef de service dispose de l'ensemble des prérogatives organisationnelles de son

¹⁰⁸¹ T. Leleu, « Les relations entre ministres et agence régionales de santé précisées par le juge », art. cit., pp. 275-282

¹⁰⁸² Article L. 1433-1 du Code de la santé publique

¹⁰⁸³ Conseil d'État, 12 décembre 2012, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNERPA), n°350479

¹⁰⁸⁴ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹⁰⁸⁵ M. Vialettes, « Pouvoir hiérarchique et établissement public », art. cit., p. 481

¹⁰⁸⁶ Conseil d'État, 12 décembre 2012, Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP), n°354635

¹⁰⁸⁷ Circulaire DRH/DRH2B/2011/242 du 22 juin 2011 relative à la gestion des astreintes effectuées par les personnels des agences régionales de santé

¹⁰⁸⁸ Conseil d'État, 7 février 1963, Jamart, R. Lebon p. 172

service¹⁰⁸⁹. L'arrêt retient ainsi que, nonobstant la circonstance, que les directeurs généraux des agences sont, en tant qu'autorités agissant au nom de l'État, soumis au pouvoir hiérarchique des ministres, les ministres ne sont investis d'aucune compétence d'organisation des agences¹⁰⁹⁰, ce qui lui permet de conclure « *qu'un tel pouvoir relève, au sein de chaque agence, du seul directeur général, en tant que chef de service, sans qu'il puisse, à ce titre, recevoir d'instructions de la part des ministres*¹⁰⁹¹ ». Ainsi, le pré carré d'autonomie des directeurs consisterait en l'organisation interne de l'agence ce qui apparaît extrêmement faible relativement aux objectifs alloués aux ARS.

434. Au terme de cette analyse, nul ne saurait mieux résumer le doute qui plane quant au statut des ARS que la formule de Benoît Apollis selon laquelle « *si organiquement il semble impossible de dire qu'il y a déconcentration, fonctionnellement, il paraît difficile d'affirmer qu'il y a décentralisation*¹⁰⁹² ». L'ARS se trouve donc enserrée par un contrôle issu de son autorité de tutelle, mais encore d'un véritable pouvoir hiérarchique. Ce double contrôle qui dicte en grande partie l'action de l'ARS constitue un « *statut sui generis*¹⁰⁹³ », qui ne permet guère à l'ARS de s'afficher comme un organe de territorialisation au service d'une protection de la santé prenant en compte les disparités régionales et interrégionales. Cette incursion importante cache mal la volonté de l'État de conserver la main sur l'action sanitaire tout en se désresponsabilisant quant à son exécution par la formation d'un corps intermédiaire.

B. Un organe de désresponsabilisation de l'État

435. Les ARS ne constituent pas un démembrement de l'État, le statut d'établissement public permet à l'État de conserver d'importants pouvoirs de contrôle sur ces dernières lesquels sont doublés de surprenants pouvoirs hiérarchiques qui bien que limités n'en constituent pas moins une singularité. Le Conseil d'État dans son rapport sur les agences de 2012 relevait ainsi que « *l'agence, comme le montre l'étude, ce n'est pas moins d'Etat ; c'est l'État autrement*¹⁰⁹⁴ ». Aux vues des analyses précédentes, il est permis de se questionner sur le caractère hybride des ARS en tant qu'outils de territorialisation (1), qui cachent mal une désresponsabilisation de l'État (2).

¹⁰⁸⁹ Reconnu notamment pour un directeur d'établissement public par un arrêt Conseil d'Etat, 4 février 1976, Section syndicale C.F.D.T du centre psychothérapeutique de Thuir, p. 970

¹⁰⁹⁰ D. Tabuteau, « Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », art. cit., pp. 1056-1064

¹⁰⁹¹ Conseil d'Etat, 12 décembre 2012, Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP), n°354635

¹⁰⁹² B. Apollis, « Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009 », *Revue générale de droit médical*, 2011, n°spécial, p. 59

¹⁰⁹³ P. Combeau, « Les nouveaux visages de la déconcentration », art. cit., pp. 1011-1020

¹⁰⁹⁴ Conseil d'Etat, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*, op. cit., p. 8

1. L'agence régionale de santé, organe hybride de territorialisation

436. La création des ARS participe d'une territorialisation entendue comme « *une réponse locale à des questions nationales*¹⁰⁹⁵ », visant à adapter la politique de santé aux besoins du territoire ainsi qu'au souhait de « *simplifier l'organisation sanitaire déconcentrée encore largement éclatée*¹⁰⁹⁶ » avant son apparition. Les compétences sont alors « *exercées par lui (État) ou en son nom dans des zones géographiques qui ne correspondent pas toujours aux contours des communes, voire des départements*¹⁰⁹⁷ ».

437. Ainsi, la territorialisation sanitaire va à l'encontre d'une « *valorisation par une politique publique du territoire comme objet*¹⁰⁹⁸ », il est ici question d'une « *territorialisation d'une politique nationale et non la définition autonome de politiques territoriales*¹⁰⁹⁹ ». C'est pourtant une telle vision qui semble gouverner l'idée de territorialisation.

438. L'utilisation de la notion d'agence n'est pas anodine, ce phénomène est, comme le soulève le Conseil d'État, influencé par la doctrine du « *New public management* » qui tend à appliquer au secteur public les méthodes du secteur privé¹¹⁰⁰. Ainsi, les agences se voient assigner des « *objectifs quantitatifs et qualitatifs*¹¹⁰¹ », ses résultats sont, par la suite évalués et sanctionnés à l'instar du dirigeant d'une entreprise. À cet égard, Didier Truchet constate que ces processus de contractualisation avec l'État font basculer l'établissement public dans une logique d'opérateur, ce basculement provoque un passage de la tutelle à un véritable pilotage stratégique de l'établissement¹¹⁰².

439. Malheureusement, toute la mesure de ce qu'auraient pu être les ARS n'a pas été prise, l'établissement est enserré dans un carcan qui ne lui permet d'agir de manière autonome. En effet, l'acception retenue du territoire est ici traditionnelle en ce qu'elle « *donne un rôle primordial à l'État dans l'élaboration des politiques de santé, les territoires infraétatiques étant essentiellement appréhendés comme des*

¹⁰⁹⁵ C. Castaing, « Propos introductifs », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires, p. 10

¹⁰⁹⁶ P. Combeau, « Les nouveaux visages de la déconcentration », art. cit., pp. 1011-1020

¹⁰⁹⁷ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, op. cit., 9^{ème} édition, p. 42

¹⁰⁹⁸ P. Combeau, « Territorialisation de la politique de santé en France », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires, p. 37

¹⁰⁹⁹ D. Truchet, *Droit de la santé publique*, op. cit., 7^{ème} édition, p. 62

¹¹⁰⁰ Conseil d'État, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*, La Documentation Française, 2012, p. 8, M.-O Baruch, P. Bezès, « Généalogies de la réforme de l'État », *Revue Française d'Administration Publique*, 2006/4, n°120 : « ensemble d'axiomes et de recettes tirés de théories économiques et de prescriptions issues de savoirs et de management appliqués aux firmes privées ».

¹¹⁰¹ C. Castaing, « Propos introductifs », art. cit., p. 14

¹¹⁰² D. Truchet, « Contractualisation et décentralisation fonctionnelle », *RFDA*, 2018, n°2, pp. 221-226

*cadres opérationnels de la déclinaison des politiques nationales*¹¹⁰³ ». Cette vision s'avère délétère pour les usagers, lesquels pouvaient espérer avec l'apparition des ARS une véritable politique territoriale permettant de prendre toute la mesure des problématiques locales. Cette action propice à l'amélioration de la protection de la santé s'est muée en une politique de rationalisation dont l'utilisateur n'est qu'un bénéficiaire par ricochet et l'ARS le cadre opérationnel.

440. L'ARS emprunte à la fois à la déconcentration en ce que nombre de ses décisions sont prises au nom de l'Etat, mais la conservation de la personnalité morale laisse planer l'ombre d'une décentralisation fonctionnelle. La décentralisation est ici, comme nous l'avons déjà remarqué une décentralisation de façade¹¹⁰⁴ qui n'octroie pas la marge de manœuvre suffisante à l'ARS pour mener une politique de santé locale. À titre d'exemple, sur les flux financiers reçus par l'ARS provenant à la fois du fonds d'intervention régional, de l'assurance maladie, de l'Etat ou encore de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, seuls 2,5% du total est affecté directement par l'ARS. « *Cette très faible maîtrise des ARS sur les choix financiers s'explique par le fait que la majorité des fonds au sein du système de santé obéissent à des règles de répartition définies nationalement*¹¹⁰⁵ ».

441. Face à ce constat, certains auteurs se sont risqués à des qualifications telles que la « *déconcentration*¹¹⁰⁶ » ou encore la « *décentration*¹¹⁰⁷ » qui appellent à une nouvelle organisation entre l'État central et ses relais faisant fi des reproches d'une décentralisation ou d'une déconcentration totale. En effet, la décentralisation des politiques sanitaires bien que défendue par quelques députés à l'aune de la création des ARS revient pour la plupart des autres députés à « *décentraliser les emmerdes* » dans un contexte politiquement délicat de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, tout en faisant courir le risque d'aggravation des inégalités entre régions riches et régions pauvres¹¹⁰⁸ ».

442. Il faut encore noter que l'UNCAM, qui conserve de larges prérogatives en matière de régulation de la médecine de ville par le biais de la négociation des conventions d'exercice des

¹¹⁰³ N. Martin-Papineau, « La construction de la politique de santé », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires, p. 22

¹¹⁰⁴ M.-L. Moquet-Anger, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », art. cit., p. 2224, P. Combeau, « Les nouveaux visages de la déconcentration », art. cit., pp. 1011-1020, J.-M. Pontier, « Région : interventions de la région », art. cit., Folio n°1750

¹¹⁰⁵ V. Duchesne, « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économies médicales*, 2018/4, Vol. 36, p. 169

¹¹⁰⁶ P. Combeau, « Territorialisation de la politique de santé en France », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires, p. 41

¹¹⁰⁷ J. Chevallier, *L'Etat post-moderne*, 3^{ème} édition, 2008, p. 80

¹¹⁰⁸ F. Pierru, « La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires, p. 93

professionnels¹¹⁰⁹ de santé écorne encore les compétences octroyées à l'ARS et ne rompt pas définitivement avec le cloisonnement pourtant largement critiqué.

443. La constitution des ARS aurait pu apparaître comme une volonté de recherche d'un nouvel équilibre entre ces deux techniques d'organisation. En ce sens, la création d'une agence nationale de santé indépendante du ministère serait apparue comme un préalable nécessaire. En effet, restructurer l'échelon régional, sans modifier l'échelon central et notamment conserver un dualisme antique entre l'État et l'assurance maladie constitue un frein important à l'envol des ARS. À la place d'une telle agence, refusée catégoriquement par la ministre de la santé, c'est un Conseil national de pilotage qui a été mis en place dont il est peu probable « *que puisse émerger une autorité forte et cohérente susceptible de piloter effectivement l'action des ARS*¹¹¹⁰ ».

444. Cet échec d'une mise en cohérence entre le niveau régional et le niveau national cache mal la centralisation sous-jacente qui laisse à penser que les ARS constituent un organe de déresponsabilisation de l'État.

2. L'agence régionale de santé comme opérateur de la déresponsabilisation de l'État

445. En créant les ARS, elles sont devenues les relais privilégiés des professionnels, des établissements de santé, mais aussi des élus locaux. Le récent rapport Vigier fait le constat d'une certaine incompréhension entre les différents acteurs, il relate les propos de l'association des maires de France qui « *déplore la méconnaissance des territoires et l'incapacité des directions d'ARS à créer un véritable dialogue avec les élus locaux*¹¹¹¹ ».

446. Le Président du Conseil national de l'ordre des médecins constate pour sa part que les directeurs d'ARS sont de véritables « *ministres régionaux* » qui sont « *otages de leur responsabilité*¹¹¹² ». Cette vision est symptomatique des relations qu'entretiennent les médecins avec une institution qu'ils considèrent comme ayant tous les pouvoirs en matière de régulation. Philippe Vigier évoque à propos des ARS de véritables « *États dans l'État* », raison pour laquelle il propose la suppression

¹¹⁰⁹ D. Tabuteau, « Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », art. cit., pp. 1056-1064

¹¹¹⁰ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

¹¹¹¹ P. Vigier, *Rapport d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire...*, op. cit., p. 128

¹¹¹² P. Bouet, *Santé : explosion programmée*, Editions de l'Observatoire, 2018, 192 p.

pure et simple des ARS remplacées par des directions départementales de la santé publique, placées sous l'autorité du préfet¹¹¹³.

447. L'ensemble de ces appréciations laisse à penser que l'écran de fumée consistant à persuader que les ARS bénéficient d'une grande autonomie et de capacités de régulation importantes est acquis. En réalité, l'ARS se trouve en première ligne face aux critiques des professionnels et des élus. Elle est encore en première ligne opérationnelle pour vérifier l'application de la politique nationale qu'elle ne peut que faiblement impacter et dont elle constitue un « *simple relai*¹¹¹⁴ ».

L'État dispose ainsi, à la fois d'une tutelle et d'un pouvoir hiérarchique sur les ARS. Il fait donc « *porter sur une structure « extérieure » la responsabilité afférente à l'atteinte ou non des objectifs de performance du système de santé*¹¹¹⁵ » sans pour autant lui conférer les pouvoirs nécessaires à de réelles adaptations locales. Jacques Chevallier notait que les établissements publics ont aussi servi à « *alléger les attributions de certains ministres qui, grâce à lui, se voient déchargés de la direction difficile de certains services techniques et ne gardent plus qu'un pouvoir de contrôle lointain et donc plus aisé à remplir*¹¹¹⁶ ». La santé, préoccupation essentielle mais qui se caractérise par une grande technicité a suivi un tel sort.

L'État confie d'une main l'ensemble de la régulation de la politique sanitaire aux ARS tout en leur imposant de l'autre un contrôle très strict qui enserme ces dernières dans un carcan bien trop réduit pour permettre de répondre aux ambitions initiales. Dans ce sens, on peut encore ajouter que l'État se « *désengage financièrement et humainement de l'administration sanitaire tant en termes de moyens de fonctionnement que d'intervention*¹¹¹⁷ ».

448. La mise en œuvre des ARS répond ainsi à une logique de déresponsabilisation des pouvoirs publics envers des agences sur lesquels ils conservent d'importantes possibilités de contrôle.



¹¹¹³ P. Vigier, *Rapport d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire... op. cit.*, p. 129

¹¹¹⁴ F. Chauvin, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », art. cit., pp. 65-76

¹¹¹⁵ V. Duchesne, « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », art. cit., p. 169

¹¹¹⁶ J. Chevallier, « Place de l'établissement public en Droit administratif français », art. cit., p. 6

¹¹¹⁷ V. Duchesne, « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », art. cit., p. 177

449. La prise en compte, par les pouvoirs publics des problématiques sanitaires est une logique ancienne longtemps partagée entre un centralisme exacerbé et un souhait ou une contrainte pour certaines collectivités de s'inscrire dans ce paysage sanitaire par le développement de compétences. L'action précoce des municipalités en matière de police sanitaire¹¹¹⁸, la compétence en matière d'organisation pour les hôpitaux ou les hospices, ainsi que la lutte contre les logements insalubres¹¹¹⁹ en constituent des illustrations.

Par suite, l'État s'est saisi de la question sanitaire et le caractère centralisé de ces compétences n'a eu de cesse que de se développer. Il est apparu au milieu du 20^e siècle qu'une prise en compte des territoires permettrait d'opérer une rationalisation de l'offre sanitaire. C'est par la prise en compte du poids économique croissant de l'hôpital¹¹²⁰ que naît la volonté de rationalisation et, du moins initialement du souhait d'une offre de soins égale sur l'ensemble du territoire. L'idée d'une véritable territorialisation des politiques sanitaire n'émerge réellement qu'en 1996 avec l'apparition des ARH dont le caractère incomplet laissait présager une évolution. C'est dans ce contexte que les ARS ont été introduites dans une optique de gestion transversale par un acteur unique au plan régional.

450. La doctrine redoutait que la mise en place des ARS jette « *un voile sur la question cruciale de la démographie médicale*¹¹²¹ », pour sa part Didier Tabuteau notait dès 2009 que « *le souci d'être au plus près des réalités pour concevoir et mener les politiques sanitaires devrait continuer à irriguer les réformes sur le secteur de la santé. Elle ne doit pas pour autant servir de leurre conduisant à différer les décisions difficiles qu'appelle la régulation du système. Maîtriser les dépenses, orienter l'installation des professionnels, rationaliser les rémunérations, garantir l'égal accès aux soins et à la prévention, imposent de prendre au niveau régional comme au niveau national, des décisions qui peuvent susciter des réserves, des réactions et même des oppositions. Réguler au niveau régional ne peut dispenser de faire les choix politiques qui relèvent des autorités nationales*¹¹²² ».

451. Force est de constater que les ARS au travers les missions qui leurs sont attribuées et du contrôle dont elles font l'objet n'ont pas permis de « *renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé et le rendre plus efficace*¹¹²³ » comme l'exposé des motifs de la loi HPST le prévoyait.

¹¹¹⁸ Loi des 16 et 24 août 1790 relative à l'organisation judiciaire

¹¹¹⁹ Loi du 13 avril 1850 relative à l'assainissement des logements insalubres

¹¹²⁰ R. Gay, « Les réformes hospitalières au début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ? Politisation de l'action publique et capacités réformatrices limitées », Quatrième congrès de l'association française de sociologie, Juillet 2011, Grenoble, France

¹¹²¹ J.-L. Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279

¹¹²² D. Tabuteau, « Politique de santé et territoire », art. cit., p. 9

¹¹²³ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Elles participent donc à la fois à un mouvement paradoxal de recentralisation des politiques sanitaires et de déresponsabilisation de l'État qui entretient un intermédiaire-fusible.

452. L'ARS apparaît comme un outil technique de déresponsabilisation de l'État créant une interface entre les acteurs du système de santé et les pouvoirs publics. Cette diversion qui se double d'une conservation des cloisonnements existants entre ARS, État et assurance maladie ainsi que ceux existant entre la médecine de ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux efface toute possibilité des agences d'organiser une véritable politique régionale de santé ce qui aurait pu contribuer de manière efficace à améliorer la protection de la santé et plus spécialement l'accès aux soins au sein du système de santé.

453. Il est désormais temps d'œuvrer dans le sens d'une meilleure protection de la santé des citoyens. Le service public de santé de proximité dont les modalités institutionnelles seront détaillées dans le chapitre suivant, a, pour objectif de redonner à chacun des acteurs la part de responsabilité et d'autonomie qui lui permettra d'œuvrer dans le sens de l'intérêt général.

Chapitre 2. L'organisation institutionnelle du service public de santé de proximité

« Il est cependant permis de douter que l'on puisse faire l'économie de révisions plus profondes, si du moins on a le souci de construire un système tourné vers l'avenir et disposant de quelques réserves d'intelligence et d'estime : les défis à relever – démographiques, économiques et scientifiques – sont trop nombreux et les lacunes de l'organisation actuelle trop patentées¹¹²⁴ »

454. Les ARS, introduites en 2009 avec l'idée de « renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé et le rendre plus efficace¹¹²⁵ », s'avèrent, aujourd'hui encore peu opérantes. Leur marge de manœuvre décisionnelle et les rapports qu'elles entretiennent avec l'autorité centrale brident leur capacité à offrir une action au plus proche des citoyens tenant compte des particularités territoriales. Plus encore, les collectivités territoriales au premier rang desquelles les régions sont encore tenues à ce jour hors du jeu sanitaire alors même que la région « s'est progressivement imposée comme le niveau de pilotage stratégique de l'action publique locale¹¹²⁶ ».

455. En ce sens, le service public de santé de proximité cherche à concilier une logique de service public moderne tout en prenant acte de la nécessité de territorialiser les politiques sanitaires. Il s'agit donc de redéfinir les institutions composant le service public de santé de proximité, leurs compétences et les liens qui les unissent.

456. L'agence régionale de santé ne doit plus être ressentie comme un organe d'application de la politique étatique et de concentration des pouvoirs. Cette situation est « mal vécue par l'ensemble des partenaires, que ce soit les professionnels, les élus ou les représentants des patients¹¹²⁷ », ce qui peut sembler paradoxal à l'heure où l'ensemble des politiques sanitaires sont prises sous le sceau de la démocratie

¹¹²⁴ R. Soubie, *Santé 2010*, Groupe « Prospective du système de santé », Commissariat général du Plan, 1993, p. 89

¹¹²⁵ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹¹²⁶ M. Abadie, J.-B. Auby, O. Renaudie, « Introduction », in M. Abadie, J.-B. Auby, O. Renaudie (Dir.), *Un nouveau système territorial ?*, Berger Levrault, 2017, p. 18

¹¹²⁷ C. Prudhomme, « Les transformations du service public hospitalier », in D. Tabuteau (Dir.), *Service public et santé*, Verbatim Santé, Sc. Po. Les presses, 2012, p. 105

sanitaire¹¹²⁸. L'ambition de la notion en matière sanitaire est « *d'élargir le champ d'application de la citoyenneté, en donnant aux citoyens prise sur les choix qui les concernent directement*¹¹²⁹ ».

457. En octobre 2000, le rapport « *Quel système de santé à l'horizon de 2020 ?* » attirait l'attention « *sur le fait que le problème ne doit pas seulement se poser en termes de qui doit faire ? (quelle institution – question qui polarise le débat), mais aussi en termes de : que doit-on faire ? (quel type de régulation, avec quelles compétences et quels outils) ?*¹¹³⁰ ». La première question semble aujourd'hui être tranchée, cependant, il est indispensable de doter les agences des clés nécessaires pour mener à bien leur mission et de répondre à la question du « *que doit-on faire ?* ».

458. La valorisation du service public de santé de proximité passe par une refonte institutionnelle pour permettre aux acteurs le plein exercice de leurs compétences. Cette action nécessite la restructuration de l'ARS afin qu'elle obtienne une autonomie suffisante à son action de territorialisation du secteur sanitaire (Section 1), le second prend acte de la nécessité d'œuvrer en synergie avec l'ensemble des acteurs et institutions sanitaires au service d'un meilleur accès aux soins des citoyens (Section 2).

Section 1. La restructuration des Agences régionales de santé au service de la territorialisation des politiques sanitaires

459. « *Les politiques régionales n'ont de sens que si elles débouchent sur une capacité d'action en proximité et sur le terrain*¹¹³¹ », c'est fort de ce constat que se base notre réflexion sur la nécessité d'agir pour une plus grande autonomie des agences régionales de santé.

460. Il s'agit de rendre, aux ARS une marge de décision et d'action conforme à l'idée initiale qui gouvernait leur mise en œuvre. Celle-ci consistait à établir une autorité sanitaire régionale,

¹¹²⁸ La notion est apparue via le Titre 2 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹¹²⁹ J. Chevallier, « Démocratie sanitaire et citoyenneté administrative », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°3, pp. 487-492

¹¹³⁰ DATAR – CREDES, *Quel système de santé à l'horizon de 2020 ?*, Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La documentation Française, p. 171

¹¹³¹ Audition de Christophe Lannelongue (Directeur ARS Grand-Est) in P. Vigier (Rapp.), *Rapport au nom de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire... op. cit.*, p. 519

déléataire en pleine responsabilité de la définition et de la mise en œuvre de la politique de santé en région, dans les limites établies par un cadrage national¹¹³².

461. Cette mise en application passe par la recombinaison interne des ARS en vue d'une plus grande autonomie (Paragraphe 1), pour autant, il ne s'agit pas d'octroyer aux ARS un statut décentralisé qui serait source d'inégalités plus importantes encore. L'ARS constitue le support du service public de santé de proximité et il convient de rénover le contrôle de leur activité (Paragraphe 2), l'ensemble de ces réflexions visent à rendre à l'ARS « *une marge de décision et d'action, bien supérieure, à celle dont bénéficie traditionnellement un service déconcentré de l'État*¹¹³³ ».

Paragraphe 1. La mutation attendue des ARS vers plus d'autonomie

462. Nombre des critiques ont été faites à l'égard des ARS et de leur autonomie réduite. Elles tiennent, notamment à la construction institutionnelle de ces dernières qui enserment leur capacité d'action. Il est crucial d'opérer une refonte institutionnelle de l'ARS, et ce, pour réaliser la volonté initiale qui était de lutter contre une gestion trop cloisonnée, et l'excessive centralisation du système de santé¹¹³⁴. L'autonomisation des ARS passe par une révision de ses différents organes (A), et par l'exercice de compétences en nom propre et non, au nom de l'État (B).

A. La refonte institutionnelle des agences régionales de santé

463. L'organisation interne de l'ARS participe à la réduction de son champ d'action. L'enjeu est ici de reconsidérer les organes composant l'ARS pour accentuer le processus démocratique des agences et lutter contre le pouvoir absolu conféré au directeur. Pour permettre d'opérer un rééquilibrage institutionnel il convient d'étudier le conseil de surveillance des agences qui ne bénéficie à ce jour que de faibles prérogatives, bien éloignées de ce qu'on l'on pourrait attendre d'un tel organe (1) et le directeur de l'ARS, qui dispose de prérogatives prépondérantes au sein de l'agence (2).

¹¹³² Le projet de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires prévoyait que : « Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique (...) »

¹¹³³ C. Courreges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », *Droit social*, 2011, n°11, pp. 1112-1118

¹¹³⁴ Déclaration de Mme R. Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur la création des Agences régionales de santé, la régionalisation du système de santé et la politique de santé publique, Paris, 1^{er} avril 2010

1. La mutation du conseil de surveillance en un conseil d'administration

464. Le conseil de surveillance pourtant présenté par la loi de 2009 comme l'instance délibérante de l'ARS ne bénéficie que de faibles compétences qui nuisent à la réalisation de son action. Cette faiblesse n'a pas permis d'atteindre « *le juste équilibre entre l'autorité forte de l'exécutif et une bonne représentation des différentes parties prenantes, indispensable à une large concertation*¹¹³⁵ ».

La faiblesse du conseil de surveillance s'explique principalement de deux manières : ses faibles attributions et sa composition qui laissent à l'État une place cruciale dans le processus de décision, certains n'hésitant pas à retenir que « *si l'on peut penser que la surveillance consiste par moments à disposer d'un pouvoir de sanction et à l'exercer, la répartition des voix dans le conseil de surveillance laisse sur ce point totalement rêveur*¹¹³⁶ ».

465. Le conseil de surveillance est composé de 25 membres et le préfet y est président de droit. Le conseil comporte en outre, 3 représentants de l'État, 10 de l'assurance maladie, 4 représentants des collectivités territoriales, 3 représentants des patients, 4 personnalités qualifiées¹¹³⁷. Cette répartition est aggravée par une pondération des voix des représentants de l'État et du préfet qui comptent triple ce qui entraîne « *une majorité quasi automatique (...), qui peut surprendre d'un point de vue démocratique et paraît contradictoire avec la fonction délibérative du conseil*¹¹³⁸ ». Cette pondération favorable à l'État implique une majorité systématique « *de sorte que le budget de l'agence ne peut qu'être approuvé et qu'aucune infortune ne peut viser le directeur de l'ARS*¹¹³⁹ ». Pour Gilles de Lacaussade, chargé de mission pour le pilotage des ARS auprès de la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, « *sa composition veut refléter le rôle et la diversité des grands acteurs ou partenaires de l'État*¹¹⁴⁰ ». Cette analyse apparaît biaisée dès lors qu'elle n'inclut pas de réflexion sur la pondération des voix de chacun des membres du conseil de surveillance. Afin que le conseil de surveillance constitue un véritable contre-pouvoir ainsi qu'une instance délibérative, il convient d'en modifier les règles de pondération des voix.

¹¹³⁵ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹¹³⁶ C. Saout, « L'intention démocratique et l'attention technocratique », *Actualité et dossier en santé publique*, n°74, mars 2011, p. 45

¹¹³⁷ Article D. 1432-15 du Code de la santé publique

¹¹³⁸ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 53

¹¹³⁹ C. Saout, « L'intention démocratique et l'attention technocratique », art. cit., p. 45

¹¹⁴⁰ G. De Lacaussade, « Les agences régionales de santé : missions et organisation », *Actualité et dossier en santé publique*, n°74, mars 2011, p. 20

466. Ce particularisme n'est malheureusement pas isolé, en effet, on peut s'étonner de la place attribuée au préfet de région comme président du conseil de surveillance. Plus qu'une spécificité, ce placement s'entend comme une redondance avec l'emprise étatique sur le directeur général de l'ARS. De fait, le conseil ne peut valablement s'afficher comme un contre-pouvoir en ayant à sa tête celui qui est le représentant de l'État à cet échelon. Au cours des discussions sur la loi HPST, un député avait, à cet égard proposer de substituer au préfet de région un élu local, « *estimant paradoxal de faire surveiller le « préfet sanitaire » par un autre préfet*¹¹⁴¹ ». Outre une remise en cause de la pondération des voix, il semble nécessaire que le président du conseil soit élu par les membres de ce dernier pour obéir à un processus plus démocratique qui permettra un renouvellement plus important et un rôle accru pour l'institution.

467. Concernant les compétences attribuées au conseil de surveillance, celles-ci n'apparaissent pour l'heure que résiduelles. Il est primordial que cet organe se voie confier les moyens d'agir dans deux domaines, le premier est relatif à la politique menée par l'agence, le second est le contrôle, notamment financier et de l'action de l'agence.

468. Le conseil de surveillance n'a que trop peu de prises sur la politique définie par l'agence, il paraît opportun d'opter pour un conseil d'administration qui fait partie des organes dirigeants généralement constatés au sein des établissements publics comme le note le rapport du Conseil d'État à ce sujet¹¹⁴². C'est cette formule de conseil d'administration qui était d'ailleurs retenue dans le rapport Santé 2010 préfigurateur des ARS dès 1993. Ce rapport octroyait au directeur et au Conseil d'administration, le rôle de « *définir les priorités régionales en termes de politique de l'offre de services, en fonction d'une analyse des besoins, et à l'intérieur d'un objectif régional d'évolution des dépenses de soins*¹¹⁴³ ».

Ce conseil d'administration doit se voir doté d'un rôle de délibération, consolidé par une pondération des votes plus juste. Cette refonte vise à asseoir le rôle des autres acteurs et à limiter l'obtention systématique d'une majorité par l'État lors des délibérations.

469. Il s'agit en sus d'élargir les missions et le domaine de compétence de ce conseil d'administration. Cécile Castaing remarque que le conseil de surveillance connaît moins de compétences que les commissions exécutives des ARH, « *il a notamment perdu ses compétences concernant la délivrance des autorisations de création, d'extension, de regroupement ou de conversion des établissements de santé,*

¹¹⁴¹ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹¹⁴² Conseil d'Etat, *Rapport d'étude sur les établissements publics*, op. cit., p. 93

¹¹⁴³ Commissariat général du Plan, *Santé 2010. Équité et efficacité du système de santé : les enjeux*, op. cit., p. 493

*la délivrance relative aux équipements des matériels lourds et aux structures alternatives à l'hospitalisation, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre l'agence et les établissements de santé*¹¹⁴⁴ » ce qui peut s'avérer surprenant dans la volonté de globalisation qui entoure les ARS, mais s'avère moins étonnant si l'on s'en tient à une volonté de resserrer les compétences dans les mains de l'État.

470. Le nouveau conseil d'administration doit avoir un pouvoir de délibération général sur la politique régionale de santé et notamment un rôle plus important concernant le projet régional de santé. Pour l'heure son rôle en matière de politique de santé se cantonne à l'émission d'un avis sur le projet régional de santé, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, et au moins une fois par an sur les résultats de l'action de l'agence¹¹⁴⁵.

471. Il est encore utile de rappeler que si la présidence du conseil par le préfet et la pondération des voix ne suffisent pas à manifester la volonté étatique, des dispositions spéciales ont été créées en vue de limiter l'action du conseil de surveillance.

En cas d'opposition du ministre à une délibération du conseil de surveillance, le président du conseil « *soumet à un nouvel examen du conseil la délibération modifiée pour tenir compte des motifs invoqués par les ministres. À défaut d'approbation par le conseil dans le délai d'un mois, la délibération modifiée peut être rendue exécutoire par décision conjointe des ministres chargés de la santé (...)*¹¹⁴⁶ ». Le Conseil n'a ici que le choix de se plier à l'écriture prescrite par le ministre.

En outre, en cas de désaccord sur le budget qui lui est proposé par le directeur général de l'agence, le conseil de surveillance ne peut le rejeter qu'à une majorité qualifiée¹¹⁴⁷ ce qui constitue un frein considérable à l'opposition de cet organe.

472. Il est crucial de doter les ARS d'un conseil d'administration possédant un véritable pouvoir de délibération et de proposition en matière de politique sanitaire, notamment concernant le programme régional de santé. On pourra par exemple se référer et s'inspirer du conseil d'administration de l'ANSM qui « *fixe les orientations de la politique de l'agence (...)*¹¹⁴⁸ ». Ce conseil doit être composé de manière équilibrée entre les représentants de l'État, des caisses d'assurance maladie, des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées et des usagers, si une pondération

¹¹⁴⁴ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹¹⁴⁵ Article L. 1432-3 du Code de la santé publique

¹¹⁴⁶ Article D. 1432-26 du Code de la santé publique

¹¹⁴⁷ Article L. 1432-2 du Code de la santé publique

¹¹⁴⁸ Article L. 5322-1 du Code de la santé publique

des voix peut être envisagée, elle ne doit pas permettre à l'État d'obtenir de manière systématique une majorité de blocage sans quoi l'autonomie de cet organe n'est pas concevable.

473. Les mécanismes de réécriture des délibérations permis par le code de la santé publique doivent encore être supprimés. Si les délibérations doivent pouvoir faire l'objet de recours, elles ne doivent pas être dictées directement par les ministères.

474. Enfin, le conseil d'administration doit pouvoir contrôler l'action de l'agence, ainsi que son budget. Le rapport des sénateurs Le Menn et Milon rejetait l'idée de transformation du conseil de surveillance en un conseil d'administration en souhaitant un « *dialogue avec le directeur général* » et appelant de manière paradoxale à de « *réels contre-pouvoirs, sans pour autant qu'ils puissent constituer une capacité d'obstruction*¹¹⁴⁹ ». Cette idée reviendrait à un *statu quo* avec la situation actuelle et ne participe aucunement à une démocratisation de cet organe pourtant appelée par le rapport précité¹¹⁵⁰.

475. Concernant la présidence du conseil d'administration, s'il semble essentiel que le préfet fasse partie de ce dernier, la fonction présidentielle doit être issue d'une élection parmi les membres du conseil d'administration. Il a principalement une fonction de représentant du conseil d'administration, s'assure du bon fonctionnement des organes de l'agence et dirige les travaux du conseil qu'il préside.

476. Il s'agit maintenant de décrire les évolutions intéressant la direction de l'agence régionale de santé lequel constitue autre point de blocage et d'influence Etatique.

2. La rénovation de la fonction de directeur général de l'agence régionale de santé

477. Le directeur général de l'ARS connaît des pouvoirs très étendus¹¹⁵¹, ce qui entrave le processus d'autonomisation de l'ARS et par conséquent ses capacités en matière d'adaptation des politiques sanitaires aux problématiques locales.

Une piste semble devoir être évoquée même si elle n'est pas, selon nous la plus opportune. Le Conseil d'État dans son rapport relatif aux établissements publics émet l'hypothèse d'un cumul

¹¹⁴⁹ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, *op. cit.*, p. 56

¹¹⁵⁰ *Ibidem*, p. 57

¹¹⁵¹ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », *art. cit.*, pp. 2212-2218

des fonctions de directeur et de président du conseil d'administration¹¹⁵². Il est indispensable d'avoir une séparation marquée entre les pouvoirs d'exécution propres au directeur et ceux de délibération qui doivent revenir au conseil d'administration et à son président.

478. Il convient de revenir à une vision plus stricte de la direction comme organe chargé de l'exécution, il est encore l'ordonnateur des recettes et dépenses ainsi que le gestionnaire des ressources humaines. Le directeur doit conduire la politique de l'établissement, le représenter dans les actes de la vie civile et peut agir en justice pour son compte¹¹⁵³.

479. Concernant l'établissement du projet régional de santé « *véritable colonne vertébrale et la raison d'être des ARS*¹¹⁵⁴ », celui-ci ne relèvera plus de la compétence exclusive du directeur de l'agence. C'est ici tout l'intérêt initial de l'ARS qui transparait, le projet régional de santé doit être le fruit de la démocratie sanitaire locale pour être ambitieux et défendu. La concentration des pouvoirs dans les mains du directeur peut se défendre du point de vue de la rapidité d'action. Toutefois, l'idée souvent évoquée d'une plus grande « *efficacité*¹¹⁵⁵ » n'est pas pertinente si l'on intègre la démocratie sanitaire et l'adaptation au contexte local dans les caractères composant l'efficacité.

Faire « plus vite » ne peut pas constituer un critère de l'action publique s'il n'est pas accompagné de l'idée de « mieux faire », ce qui correspond pour les ARS à constituer une politique sanitaire proche des problématiques propres à chacun des territoires dans un but de satisfaction de l'intérêt général local.

480. Concernant la nomination du Directeur de l'agence, les sentiments sont partagés entre rompre totalement avec l'ancien mode de nomination et en aménager les conditions.

Rompre avec l'ancien mode de nomination par le ministre tuteur permet de conserver un certain contrôle et de ne pas confondre « *capacité autonome de décision et d'action avec autonomisme et indépendance*¹¹⁵⁶ ». Pour autant, cette nomination et ce pouvoir de « censure » par le ministre de tutelle n'apparaissent pas pleinement satisfaisants. Une solution intermédiaire pourrait consister en une proposition de trois personnes qualifiées par le conseil d'administration auprès du ministre afin d'opérer sa nomination. Enfin, la solution qui semble être garante du meilleur équilibre serait la

¹¹⁵² Conseil d'Etat, *Rapport d'étude sur les établissements publics*, op. cit., p. 93

¹¹⁵³ Fonctions semblables à celles du Directeur d'établissement public de santé en la matière, Article L. 6143-7 du Code de la santé publique

¹¹⁵⁴ L. Levoyer, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », *AJDA*, n°40, pp. 2219-2223

¹¹⁵⁵ G. De Lacausade, « Les agences régionales de santé : missions et organisation », art. cit., p. 20

¹¹⁵⁶ C. Courreges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », art. cit., pp. 1112-1118

présentation de trois personnalités par le conseil d'administration auprès du Conseil national de pilotage¹¹⁵⁷.

Cette dernière hypothèse semble la plus favorable à asseoir la légitimité du directeur de l'ARS et participe à la valorisation du Conseil national de pilotage dont les missions doivent être élargies.

481. Afin d'intégrer le directeur général et d'entretenir une relation de confiance et de travail sereine avec les autres corps de l'ARS, il est concevable que le directeur participe aux travaux du conseil d'administration comme membre à part entière avec voix délibérative. Il peut aussi se voir reconnaître une compétence d'évocation sur les sujets prioritaires devant le conseil d'administration.

482. Il est un domaine où la rapidité justifie de passer outre les délibérations du conseil d'administration, il s'agit de l'urgence sanitaire. Jusqu'alors, cette matière a été dominée par « *des relations ambiguës établies par les textes entre l'ARS et le préfet, représentant de droit commun de l'État dans les territoires*¹¹⁵⁸ », de sorte qu'en cas de crise « *les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un évènement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public*¹¹⁵⁹ ». Cette compétence est strictement encadrée, un décret de 2010 rappelle à cet effet que le préfet de région est responsable de l'exécution des politiques de l'État dans la région, sous réserve des compétences de l'agence régionale de santé¹¹⁶⁰.

L'analyse de cette articulation dans le champ de la santé-environnement montre que si le préfet détient des pouvoirs finaux de décision et les responsabilités afférentes, il n'a pas autorité sur les services de préparation et de mise en œuvre. En effet, « *les protocoles départementaux*¹¹⁶¹ *préfets-ARS (...) constituent un cadre conventionnel peu propice à la recherche de solutions institutionnelles et insuffisamment guidés par la réglementation*¹¹⁶² ». Étant donné la capacité d'expertise, il semble plus opérant de confier au directeur de l'ARS les compétences lui permettant d'agir face à une urgence sanitaire. Ce dernier est le plus à même à exploiter les ressources et compétences de l'agence qu'il dirige. On peut ici réaliser un parallèle avec la fonction de Recteur d'académie qui constitue le

¹¹⁵⁷ Concernant l'organe exécutif des établissements publics, J. Waline, *Droit administratif*, Dalloz, 2018, 27^{ème} édition, p. 221, retient que ce statut est « très variable : souvent nommé (proviseur des lycées), parfois désigné sur présentation de l'organe délibérant, ce qui équivaut à une élection, parfois même élu (Président de l'Université) »

¹¹⁵⁸ D. Tabuteau, « Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », art. cit., pp. 1056-1064

¹¹⁵⁹ Article L. 1435-1 du Code de la santé publique

¹¹⁶⁰ Article 2 du Décret n°2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements

¹¹⁶¹ Protocoles de coopération Préfet-ARS prévus par l'article R. 1435-2 du Code de la santé publique

¹¹⁶² IGAS, *La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) des politiques santé-environnement*, Décembre 2011, p. 5

représentant de l'État dans le domaine éducatif¹¹⁶³. Le préfet ne doit pas pour autant être écarté, mais amené à collaborer avec les services de l'ARS. Pour tirer parti de la spécificité technique des ARS, il est essentiel de leur laisser une marge de manœuvre plus importante.

483. Comme nous venons de l'analyser au cours des dernières pages, il est indispensable de rénover les institutions de l'ARS pour les rendre plus autonomes et leur permettre de devenir un véritable « *outil d'une gestion renouvelée* » et non plus le « *simple relais du pouvoir central* » pour reprendre les mots de Cécile Castaing¹¹⁶⁴. Dans cette volonté d'autonomisation des ARS, il est nécessaire de clarifier le partage des compétences l'ARS et le pouvoir central.

B. L'évolution des liens entre l'État et les agences régionales de santé

484. Le nombre d'articles quant au statut juridique ou la nature des ARS¹¹⁶⁵ suffit à démontrer le malaise relatif à la répartition des compétences entre l'État et celles-ci en matière sanitaire ainsi qu'à leur capacité d'action. L'État doit opérer une transition et se muer en un État stratège (1) laissant aux ARS une capacité d'action optimale en matière sanitaire (2).

1. La nécessité d'un État stratège en matière sanitaire

485. Le lien entre stratégie et État est une nécessité, plus encore, il relève de l'évidence. Jacques Chevalier note à son égard qu'en « *tant que principe de rationalisation de l'organisation politique et garant de la cohésion sociale, l'État est en effet par essence investi d'un rôle « stratégique » vis-à-vis de la société*¹¹⁶⁶ ». Dans un article de 2011, Cécile Courrèges évoquait les conséquences d'un équilibre incertain entre le niveau national et le niveau régional. La menace d'un tel déséquilibre était, soit celle d'une « *autonomisation des ARS, lasse d'attendre le niveau national* », soit, « *un « raidissement du niveau national, qui*

¹¹⁶³ Article R*222-25 du Code de l'éducation : « sous réserve des attributions dévolues au préfet de région en ce qui concerne les investissements des services de l'État dans la région, le recteur, pour l'exercice de ses missions relatives au contenu et à l'organisation de l'action éducatrice ainsi qu'à la gestion des personnels et des établissements qui y concourent, prend les décisions dans les matières entrant dans le champ de compétences du ministre chargé de l'éducation et du ministre chargé de l'enseignement supérieur exercées à l'échelon de l'académie »

¹¹⁶⁴ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹¹⁶⁵ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136, D. Guinard, « L'agence régionale de santé, son directeur général et le pouvoir hiérarchique des ministres », *Droit administratif*, 2013, n°4, p. 42, C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218, D. Tabuteau, « Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », art. cit., pp. 1056-1064, C. Chauvet, « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », art. cit., pp. 405-414...

¹¹⁶⁶ J. Chevallier, « L'État stratège », in B. Badie, Y. Déloye (Dir.), *Le temps de l'État. Mélanges en l'honneur de Pierre Birnbaum*, Fayard, 2007, pp. 372-385

ne se sentant pas en mesure de piloter de façon optimale le réseau des ARS, tombe dans le travers le plus fréquent dans de telles situations, à savoir la tentation de tout contrôler, « cadencasser », et donc conserve centralisé l'essentiel du processus de décision¹¹⁶⁷ ».

486. Près de 10 ans après la mise en place des ARS, le sentiment qui domine reste celui d'une hybridation qui mêle décentralisation fonctionnelle et déconcentration. Bien que ces mouvements ne soient pas opposés, mais plutôt complémentaires, l'absence de choix assumé de la part des pouvoirs publics ne permet pas de tracer une ligne de séparation entre les compétences de l'ARS et de l'État et limite l'action des agences. À titre d'illustration, durant les neuf premiers mois des ARS, on dénombrait déjà plus de trois cents instructions ministérielles toutes définissant des conditions et détails de mise en œuvre¹¹⁶⁸. Ces dernières ne laissent que peu de place aux agences qui se muent alors en messager de l'État¹¹⁶⁹.

487. Il est donc nécessaire que l'État aborde son rôle de stratège en se limitant à des instructions « *plus simples, plus lisibles et plus stratégiques*¹¹⁷⁰ ». De manière connexe, il est nécessaire d'œuvrer pour une véritable stratégie nationale de santé, il n'est plus question que les « *objectifs s'ajoutent les uns aux autres, au gré des plans de toutes sortes, tous prioritaires, et des projets de chaque administration centrale et grands opérateurs de l'État*¹¹⁷¹ ». Alain Lopez constate en ce sens que « *cette abondance de stratégies additionnées ne fait pas véritablement une politique de santé*¹¹⁷² ». Une telle action diffuse entraîne, de fait, une illisibilité du système et une incapacité d'action.

488. L'administration centrale doit prendre acte de la création des ARS afin de se recentrer sur son rôle de stratège. La capacité d'adaptation des ARS « *requiert une forte application par le pouvoir central du principe de subsidiarité, c'est-à-dire la fixation d'objectifs plus que celle des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre*¹¹⁷³ ». Dans son rapport relatif aux agences, le Conseil d'État retient d'ailleurs que « *l'État doit conserver des compétences irréductibles et, en particulier, une capacité de pilotage, afin de pouvoir inscrire les*

¹¹⁶⁷ C. Courrèges, « Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? », *ADSP*, 2011, n°74, p. 34

¹¹⁶⁸ C. Courrèges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », art. cit., p. 1112-1118

¹¹⁶⁹ C. Rolland, F. Pierru, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé publique*, 2013/4, Vol. 25, pp. 411-419 : « de nombreux outils encadrent l'activité des agents : à la multitude de textes, décrets et notifications, pourtant filtrées par le CNP, qui « inondent » les ARS, viennent s'ajouter des productions issues d'autres segments bureaucratiques »

¹¹⁷⁰ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 48

¹¹⁷¹ C. Courrèges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », art. cit., p. 1112-1118

¹¹⁷² A. Lopez, « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé publique*, 2012/3, Vol. 24, pp. 241-251

¹¹⁷³ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 53

*agences dans une vision stratégique de son action*¹¹⁷⁴ ». Cette nécessité d'un recentrage stratégique s'inscrit plus largement en matière de politique publique. Le commissariat général du plan retenait dès 1993 que « *dès lors que les administrations s'occupent systématiquement d'exécution et de gestion, elles perdent de vue ce qui devrait être au cœur de leur vocation : l'élaboration des politiques publiques*¹¹⁷⁵ ».

489. Les pouvoirs publics semblent avoir pris la mesure de cette nécessité en adoptant la stratégie nationale de santé qui offre le cadre stratégique que les acteurs attendent selon l'exposé des motifs de la loi de modernisation du système de santé¹¹⁷⁶. La construction de ce dernier autour de quatre axes¹¹⁷⁷ déclinés en onze domaines d'intervention réunissant au total quarante-trois objectifs nationaux laisse entrevoir une action globalisante qui permet une certaine marge d'appréciation aux ARS. En effet, les objectifs définis le sont de manière large et suffisamment abstraite pour permettre d'adapter les moyens mis en œuvre pour répondre aux objectifs.. Parmi les objectifs de la stratégie nationale de santé, on peut noter par exemple « *promouvoir une alimentation saine* », « *promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité* », ou encore « *lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès aux services de santé* ».

Il reste à voir la marge de manœuvre qui sera offerte aux ARS pour décliner ces différents indicateurs. On peut imaginer deux issues à cette stratégie nationale de santé, soit elle prend acte de la nécessité de laisser aux ARS une capacité d'adaptation importante, soit la stratégie sera approfondie par de nombreuses instructions visant à préciser les moyens d'action. Preuve d'une prise en compte de cet impératif, l'adoption des projets régionaux de santé dont les ARS sont en charge ont été retardés au premier trimestre 2018 afin qu'ils puissent s'articuler avec la politique issue de la stratégie nationale de santé¹¹⁷⁸.

490. Cette redéfinition du rôle de l'État en matière sanitaire comme stratège de la politique sanitaire doit permettre de dégager une capacité d'action plus importante pour les ARS, tout en augmentant leur responsabilité.

¹¹⁷⁴ Conseil d'Etat, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*, op. cit., p. 8

¹¹⁷⁵ Commissariat général du plan, *Pour un état stratège, garant de l'intérêt général*, La documentation Française, 1993, formule reprise en termes exacts par M. Mercier, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information chargée de dresser le bilan de la décentralisation et de proposer les améliorations de nature à faciliter l'exercice des compétences locales*, 2000, p. 476

¹¹⁷⁶ Exposé des motifs de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹¹⁷⁷ Stratégie nationale de santé 2018-2022, Axe 1 : mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux. Axe 2 : lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Axe 3 : garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé. Axe 4 : innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

¹¹⁷⁸ M. Trépeau, « La stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », art. cit., pp. 389-401

2. Une capacité d'action et une responsabilisation accrue des agences régionales de santé

491. Le rapport Ritter posait la question de savoir : « *que peut-on attendre des ARS ?*¹¹⁷⁹ ». La réponse réside dans une capacité d'adaptation, de singularisation d'une stratégie définie au niveau national à des échelons connaissant des problématiques fines et diverses. Cette vision reviendrait à donner un écho à l'idée d'une « *séparation des fonctions de conception et de mise en œuvre (et) permettrait aussi d'optimiser les activités respectives de chacune des deux missions par un effet de spécialisation*¹¹⁸⁰ ». Dans cette position, l'ARS digère la stratégie nationale en tenant compte des axes et des objectifs définis à cet échelon pour en tirer la meilleure mise en œuvre à un échelon régional ou infra.

492. Cette marge de manœuvre peut leur permettre d'expérimenter dans divers domaines et notamment en matière d'innovation organisationnelle. Si Maurice Trépeau semble cantonner cette capacité d'action au cadre législatif¹¹⁸¹, il apparaît au contraire que l'innovation doit profiter à l'échelon de proximité afin de répondre à l'infinie variété des problématiques. La question des « *moyens opérationnels*¹¹⁸² » qu'ils soient contractuels, incitatifs, coercitifs ou autres offerts aux ARS pour remplir ces objectifs fera l'objet de développements ultérieurs.

493. Il n'existe, à cet égard, pas de contradiction entre la possibilité pour les ARS d'adapter la stratégie nationale et la défense de l'intérêt général. De manière classique, le Conseil constitutionnel retient que « *le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit*¹¹⁸³ ». Si l'on considère que l'intérêt général est ici celui de la protection de la santé et de l'accès aux soins, le traitement différencié opéré par les ARS se justifie par les différentes de situations appréciables entre les différents territoires en matière d'inégalités d'accès aux soins notamment. Pour autant, il ne s'agit pas d'une réponse individualisée, mais à des problématiques ciblées par la stratégie nationale de santé et dont l'adaptation est nécessaire pour une réponse adéquate au contexte du territoire concerné.

¹¹⁷⁹ P. Ritter, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, *op. cit.*, p. 24

¹¹⁸⁰ Conseil d'Etat, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*, *op. cit.*, p. 8

¹¹⁸¹ M. Trépeau, « La transformation du système de santé se nourrit-elle de l'innovation organisationnelle ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°5, pp. 862-876

¹¹⁸² Conseil d'Etat, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*, *op. cit.*, p. 24

¹¹⁸³ Conseil Constitutionnel, Décision n°96-373 DC du 9 avril 1996, loi organique portant statut d'autonomie de la Polynésie Française

Il s'agit de revenir à l'esprit initial du projet de loi relatif à la création des ARS qui évoquait que dans chaque région, l'agence régionale de santé a pour mission de « *définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé*¹¹⁸⁴ ». En retenant une telle possibilité « *l'État devra donc se borner à fixer des règles essentielles, laissant aux ARS le soin de prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui lui sont dévolues, dans le respect des « orientations » nationales*¹¹⁸⁵ ».

494. À l'instar de ce que préconisait le rapport Devictor pour le service public territorial de santé¹¹⁸⁶, l'ARS constitue le maître d'œuvre du service public de santé de proximité sur le territoire, notamment quant à la mobilisation des différents acteurs ou encore à la gouvernance du service public. Dotées d'un large périmètre d'action, les ARS doivent développer les outils propres à « *exploiter mieux qu'aujourd'hui les complémentarités qui existent entre la ville et l'hôpital dans la réponse aux besoins de santé*¹¹⁸⁷ ». Ces problématiques inhérentes à des échelons de proximité donnés ne peuvent faire l'objet d'une programmation nationale restrictive qui ne laisse pas de place à l'innovation.

495. S'il est nécessaire de donner les moyens aux ARS de s'autonomiser afin de répondre aux problématiques locales en tant qu'acteur essentiel du service public de santé de proximité, il n'est pas pour autant question de livrer à ces dernières un blanc-seing total qui laisserait planer des doutes sur la capacité de pilotage stratégique de l'État¹¹⁸⁸. Une telle opération aurait pour conséquence de verser dans une décentralisation du domaine sanitaire qui serait vecteur de plus d'inégalités encore.

496. Ainsi, la part d'autonomie donnée aux ARS doit nécessairement être contrebalancée par une responsabilisation accrue. Jusqu'ici simple « *relais du pouvoir central*¹¹⁸⁹ », l'ARS voit son rôle renforcé au service de l'intérêt général. Pour cette raison, il convient de mettre en adéquation la pratique et le contrôle étatique sur l'action de l'ARS avec les missions élargies de ces dernières dans une optique de responsabilisation.

¹¹⁸⁴ Article L. 1431-1 du code de la santé publique tel que prévu par le projet de loi HPST

¹¹⁸⁵ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹¹⁸⁶ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)...* op. cit., p. 48

¹¹⁸⁷ Y. Bur, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, op. cit., p. 52

¹¹⁸⁸ J. Chevalier, « L'Etat stratège », in B. Badie, Y. Déloye (Dir.), *Les temps de l'Etat. Mélanges en l'honneur de Pierre BIMBAUM*, Fayard, 2007, pp. 372-385 retient que « le postulat selon lequel la séparation des fonctions stratégiques et opérationnelles serait un facteur d'efficacité de l'action de l'Etat mérite d'être fortement nuancé : non seulement elle conduit à une sorte de « gouvernement à distance », en interdisant tout réel contrôle sur des services devenus autonomes, mais encore elle prive l'Etat central de certains moyens d'action ; l'affaiblissement de la capacité de pilotage stratégique se traduit par le fait que la relation entre les instances de prospective et de prévision et les décideurs tend à être moins forte qu'auparavant »

¹¹⁸⁹ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

Paragraphe 2. La rénovation de l'administration centrale et du contrôle sur les agences régionales de santé

497. Face à ces nouveaux défis, il est indispensable de renouveler le pilotage national, afin de laisser aux ARS une plus grande autonomie sans pour autant négliger le contrôle de l'action de ces dernières. Il convient d'envisager dans un premier temps la forme que doit revêtir l'institution de pilotage centrale (A), avant d'étudier les moyens mis à sa disposition pour travailler avec les ARS (B).

A. La refonte du pilotage du système de santé

498. Lors de la mise en place des ARS, la question s'est posée d'une mise en cohérence de l'échelon régional et du national. Deux solutions étaient pressenties, la création d'une véritable agence nationale de santé regroupant l'ensemble des compétences sanitaires au niveau national, ou la création d'un corps intermédiaire le conseil national de pilotage, chargé d'organiser et de coordonner le réseau des ARS. Face à la crainte de voir substituer une agence centrale au ministère de la santé, le choix s'est porté sur la deuxième solution.

499. Le conseil national de pilotage s'est vu offrir d'importantes prérogatives lesquelles n'ont pas permis de mettre en cohérence les échelons régionaux et nationaux (1), il est indispensable de prendre acte de la jonction faite entre l'ensemble des services sanitaires au niveau régional pour la retranscrire à l'échelon central ce qui implique la mise en œuvre d'une véritable agence nationale de santé (2).

1. Le Conseil national de pilotage où l'absence de cohérence entre les échelons régionaux et nationaux

500. Les débats préalables à l'introduction des ARS ont été le fruit de vifs échanges, la gouvernance nationale n'a pas fait exception. Il s'agissait de répondre à diverses problématiques assez largement résumées par l'intervention du député Preel : « *comme instaurer une coordination nationale efficace qui ne soit pas une tutelle trop stricte sur les ARS ? Comment faire fonctionner ensemble les directions du ministère, la CNAMTS et les assurances complémentaires, puisque ces dernières souhaitent être*

associées au dispositif ? Placer les ARS sous une triple commande ne risque-t-il pas de se révéler inopérant ?¹¹⁹⁰ ». C'est dans cette logique de compromis ou plutôt comme une « *impuissance de l'absence d'arbitrage sur la gouvernance des ARS*¹¹⁹¹ » qu'a été introduit le CNP.

501. De manière assez surprenante, les prérogatives qui ont été confiées au CNP apparaissent importantes. Ce dernier a notamment pour but de formuler des orientations sur les politiques et les mesures mises en œuvre par les agences régionales de santé. Il veille à la cohérence des objectifs, du contenu et de l'application des politiques conduites par les agences régionales de santé dans l'ensemble de son champ d'intervention¹¹⁹². De plus, il formule recommandations afin que la répartition entre les agences des financements qui leur sont attribués soit cohérente avec les politiques qu'elles ont à mettre en œuvre, notamment avec l'objectif de réduction des inégalités de santé¹¹⁹³.

Le Conseil national exerce donc théoriquement un rôle d'orientation et d'évaluation¹¹⁹⁴ vis-à-vis des ARS. À cet égard, le CNP a le soin de valider les instructions ministérielles adressées aux ARS¹¹⁹⁵. Ce pouvoir d'instruction « *au cœur du pouvoir hiérarchique*¹¹⁹⁶ » nécessite donc l'assentiment du Conseil national de pilotage. Il a encore la faculté d'évaluer périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

502. Malgré ces éléments, nombreuses sont les analyses à prendre acte de l'impuissance du Conseil national de pilotage, fruit d'une construction ambiguë, entretenant la dyarchie entre l'assurance maladie et l'État. Il est de plus dans l'incapacité d'être arbitre, il est « *au mieux un organe d'enregistrement*¹¹⁹⁷ ». L'exemple le plus parlant est la faculté qui lui est offerte d'analyser le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le ministre de la Santé et le directeur général de chacune des ARS¹¹⁹⁸. Le code de la santé publique prévoit que le Conseil national de pilotage examine le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avant sa signature, il approuve les objectifs assignés à chaque agence régionale de santé¹¹⁹⁹. Le simple examen ne saurait conférer au Conseil

¹¹⁹⁰ Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale, 21 janvier 2009, Intervention du député Preel

¹¹⁹¹ J.-L. Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279

¹¹⁹² Article D. 1433-2 du Code de la santé publique issu du décret n°2010-786 relatif au pilotage national des agences régionales de santé

¹¹⁹³ Article D. 1433-3 du Code de la santé publique issu du décret n°2010-786 relatif au pilotage national des agences régionales de santé

¹¹⁹⁴ C. Courrèges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », art. cit., p. 1112-1118

¹¹⁹⁵ Article L. 1433-1 du Code de la santé publique

¹¹⁹⁶ M. Vialettes, « Pouvoir hiérarchique et établissement public », art. cit., p. 481

¹¹⁹⁷ J.-L. Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279

¹¹⁹⁸ Article L. 1433-2 du Code de la santé publique

¹¹⁹⁹ Article D. 1433-5 du Code de la santé publique

national de pilotage un pouvoir d'appréciation et de contestation de ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

503. On peut encore soulever la question de la répartition des financements octroyés aux ARS. Les textes prévoient que « *le Conseil national de pilotage formule des recommandations afin que la répartition entre les agences des financements qui leur sont attribués soit cohérente avec les politiques qu'elles ont à mettre en œuvre (...)*¹²⁰⁰ ». Il s'agit encore une fois d'un mode consultatif d'intervention et non contraignant dont dispose le Conseil national de pilotage.

504. Le Conseil national de pilotage se retrouve donc en position de corps intermédiaire, « *c'est là une logique en apparence assez souple, très largement inspirée du new public management, favorisant la prise d'initiative et l'autonomie de l'agence. C'est aussi, en réalité, un puissant moyen de contrôle, a priori, par la définition des objectifs, mais aussi a posteriori, par la mesure du résultat*¹²⁰¹ ». Si l'analyse apparaît comme intéressante, elle nous paraît incomplète dans la mesure où le mécanisme de contrôle réside en fait dans la main du pouvoir étatique.

Un rapport de 2014 constate à cet égard que le « *CNP reste largement une instance administrative*¹²⁰² ». Les rapporteurs se sont vus refuser l'accès à une réunion du CNP, mais les auditions qu'ils ont menées leur ont permis de constater que les réunions sont généralement courtes et traitent des grandes orientations et de l'examen et la validation des instructions adressées aux ARS. Dans un sens connexe, signe du manque de connaissance de la pratique du CNP, certains articles de doctrine relatifs aux ARS se bornent à définir le Conseil national de pilotage par une simple phrase, chose surprenante quand l'on s'attarde sur les missions qui lui sont conférées. Ainsi, Victor Duchesne note que « *la coordination nationale est complétée au niveau ministériel par un comité national de pilotage qui assure au quotidien le suivi des ARS*¹²⁰³ ».

505. Enfin, il est indispensable de rappeler que la question du pilotage national n'était pas évoquée dans le projet initial de la loi HPST, c'est uniquement l'amendement du texte par les parlementaires qui a permis son apparition¹²⁰⁴ et qui explique de fait la place qui est la sienne.

¹²⁰⁰ Article D. 1433-3 du Code de la santé publique issu du décret n°2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé, JORF, n°0159 du 11 juillet 2010, p. 12882, texte n°21

¹²⁰¹ C. Chauvet, « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », art. cit., pp. 405-414

¹²⁰² J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 47

¹²⁰³ V. Duchesne, « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », op. cit., p. 168

¹²⁰⁴ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », *Santé publique*, 2012/3, Vol. 24, pp. 229-240

506. Malgré tout, la mise en place du Conseil national de pilotage est essentielle pour organiser la coordination des structures régionales, « nombreux sont ceux qui regrettent sa mise en place tardive et parfois sa trop faible détermination¹²⁰⁵ ». Pour autant, le CNP ont le mérite d’avoir entamé une transition vers un système intégré, qui apparaît comme le seul cohérent avec le système des ARS et leurs objectifs notamment en matière d’égalité territoriale et sociale d’accès aux soins.

Le CNP « assemble des volontés séparées, sans autorité et sans projet commun pour les rendre solidaires¹²⁰⁶ », il est désormais temps d’opérer via un système intégré avec un projet et une volonté commune qui se traduit par la mise en œuvre d’une agence nationale de santé.

2. La création d’une agence nationale de santé favorable à un pilotage unifié du système de santé

507. La création de l’agence nationale de santé vise à concrétiser un acte II du pilotage national des agences régionales de santé, tout en rompant avec la dyarchie historique néfaste entre l’assurance maladie et l’État¹²⁰⁷. Anne Laude constatait en 2012 que le « rôle respectif des instances ministérielles et des caisses nationales d’assurance maladie reste pour le moins problématique (...). Il est possible de penser que se fera rapidement sentir la nécessité d’une autre loi pour réorganiser les structures nationales¹²⁰⁸ ».

508. Il importe désormais de définir ce que pourrait être une telle agence, car comme le remarquent des auteurs, « le consensus trop rapidement assuré parmi les tenants de l’ANS masque des divergences profondes sur le mode de régulation du dispositif de santé, sur l’administration des affaires publiques et l’organisation des pouvoirs¹²⁰⁹ ».

L’agence nationale de santé a pour but essentiel d’opérer la régulation de l’offre de soins entre ville, des établissements de santé et médico-sociaux. Afin de réaliser sa mission, l’agence doit regrouper en son sein les « compétences exercées en ce domaine par l’administration centrale¹²¹⁰ et par l’assurance maladie¹²¹¹ ». L’assurance maladie n’est pas pour autant vouée à disparaître et conserve certaines prérogatives, sont essentiellement visées ici les mécanismes de gestion du risque et de négociation conventionnelle.

¹²⁰⁵ C. Courrèges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », art. cit., pp. 1112-1118

¹²⁰⁶ C. Courrèges, A. Lopez, « L’Agence Nationale de Santé : le défi d’un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

¹²⁰⁷ J.-L. Vidana « Les agences régionales de santé : de l’usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279 : « Les agences n’ont pas d’influence sur le réseau de l’assurance maladie, la dyarchie souvent dénoncée entre l’Etat et l’assurance maladie perdure au détriment des usagers du système de soins et de prévention »

¹²⁰⁸ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé, op. cit.*, 728 p., §153

¹²⁰⁹ C. Courrèges, A. Lopez, « L’Agence Nationale de Santé : le défi d’un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

¹²¹⁰ Notamment les directions d’administration centrales DSS, DGS, DGOS et DGCS

¹²¹¹ Cour de comptes, *L’avenir de l’assurance maladie*, Novembre 2017, La documentation française, p. 175

509. Cette structure ne vise pas à englober toutes les agences notamment celles qui ont trait à la sécurité sanitaire¹²¹² sans quoi l'on assisterait à la naissance d'un « *monstre administratif*¹²¹³ » se caractérisant par une importante inertie. Est ici concernée la régulation du système de santé c'est-à-dire l'amélioration de la santé et de son accès en tenant compte de la maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit d'intégrer tout le volet de gestion du risque et de négociation conventionnelle aux compétences de cette agence. Ces outils n'ont pour l'heure pas été confiés aux agences¹²¹⁴ ce qui explique en grande partie les difficultés à la régulation globale de l'offre de soins.

510. Afin d'éviter la naissance d'une nouvelle agence, on pourrait être tenté de proposer d'intégrer les missions de l'assurance maladie au sein du ministère de la Santé, toutefois une telle possibilité n'apparaît pas opportune. Néanmoins, créer une agence permet d'opérer via « *une autorité technique réalisant les attentes de la « politique », en se tenant à distance pour exécuter sans gêne sa mission*¹²¹⁵ ». Une telle création importe de tenir compte des freins décrits plus haut concernant les agences régionales de santé. L'agence nationale apparaît comme un mécanisme de rupture apte à satisfaire tant les acteurs étatiques, que l'assurance maladie en ce qu'il contribue à une redistribution équitable des cartes et rompt avec le système d'antan.

511. La crainte de Roselyne Bachelot de voir fermer le ministère de la santé¹²¹⁶ n'est pas ce qui est envisagé par la mise en place de l'agence nationale de santé. De manière anecdotique, on peut noter qu'au cours de ces mêmes auditions, la ministre de la Santé suivante posait la question : « *pourquoi ne pas créer une agence nationale de santé qui pourrait coordonner un minimum le travail des ARS ?*¹²¹⁷ », la loi de 2016 a démontré que l'opposition politique d'alors n'a pas souhaité exploiter ce raisonnement.

¹²¹² Notamment l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ou encore l'agence nationale de santé publique

¹²¹³ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

¹²¹⁴ J.-L. Vidana « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », art. cit., pp. 267-279

¹²¹⁵ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

¹²¹⁶ Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Mercredi 28 janvier 2009, Compte rendu n°34, Audition de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée à la solidarité, sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹²¹⁷ Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Mercredi 28 janvier 2009, Compte rendu n°34, Audition de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée à la solidarité, sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, Intervention de Marisol Touraine

512. Dans cette nouvelle configuration, il revient au ministère et aux directions générales de définir les orientations stratégiques ainsi que la gestion des menaces sanitaires imminentes avec les agences compétentes. L'assurance maladie pour sa part cède ses compétences en matière de gestion du risque et de politique conventionnelle, mais conserve la main sur « *ses missions relatives à la liquidation des prestations et la gestion des droits des assurés, ainsi que la lutte contre la fraude*¹²¹⁸ ».

513. La gestion des leviers tarifaires relèverait donc de l'agence qui serait compétente à la fois pour négocier et mettre « *en place des formules de rémunération transversales aux offreurs de soins. Tout en laissant des marges d'adaptation aux agences régionales de santé*^{A219} ». Une telle action transversale offrirait une visibilité plus importante sur l'état financier du système d'assurance maladie. De plus, le décloisonnement de la gestion du risque permet d'entrevoir des mécanismes ambitieux de coopération entre les différents secteurs, et ce, notamment en vue « *d'assurer la pertinence et la qualité des soins*¹²²⁰ ».

514. Pour autant, l'unification aux mains des ANS ne constitue pas l'antidote de décomplexification du système de santé, comme le remarque Dominique Polton¹²²¹, il n'existe pas de solution miracle et l'ensemble des systèmes nous entourant dans leur plus grande diversité connaissent tous un certain degré de complexité, l'intention est ici d'user du système le plus efficace pour remplir ce qui relève de l'intérêt général : une protection de la santé pour tous dans la plus stricte maîtrise des dépenses de santé.

515. L'agence nationale de santé doit disposer d'une autonomie suffisante à l'exercice de ses compétences, il est donc envisagé d'opter pour le statut d'établissement public dans la constitution de l'agence avec un directeur reconnu pour son analyse et son expertise dans le domaine sanitaire.

516. Il est indispensable de constituer des liens privilégiés entre l'ANS et les ARS, d'organiser au sein de l'agence des réunions de l'ensemble des directeurs d'ARS afin de développer leurs capacités et leur créativité face aux problématiques locales. En développant ces liens et, par conséquent cette capacité d'action locale, la tentation d'une recentralisation des compétences devrait pouvoir être régulée. Cet effort est essentiel afin de ne pas faire des ARS de « *simples antennes*

¹²¹⁸ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

¹²¹⁹ Cour de comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, op. cit., p. 175

¹²²⁰ *Ibidem*, p. 175

¹²²¹ D. Polton, « La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale », *Regards*, 2017/2, n°52, pp. 175-185

*régionales de la nouvelle agence*¹²²² ». En effet, l'introduction d'une nouvelle agence régissant les ARS ne doit pas pour autant décrédibiliser les ARS dans leur mission, mais au contraire participer à leur essor. En ce sens, il semble opportun que les ARS concluent avec l'ANS des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens renouvelés. L'évaluation de l'atteinte des objectifs de ces contrats constitue un enjeu essentiel de la régulation.

B. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens clé de la coopération échelon national et régional

517. Les ARS concluent actuellement avec l'État un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lequel « *définit les objectifs et priorités de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé (...). Il comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé, qui fixe des objectifs chiffrés d'économies*¹²²³ ». L'introduction d'une agence nationale de santé envisage le renouvellement de ces contrats dans leur contenu qui doit viser à la performance entendue comme l'atteinte d'une meilleure protection de la santé tout en maîtrisant les dépenses de santé (1). Cette contractualisation doit être encadrée par des modalités d'évaluation rigoureuses (2).

1. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : un outil de stratégie négocié

518. Bien que dénommé contrat, ce dernier interroge par l'actuelle inégalité entre les parties. Raisonant dans le cadre des CPOM liant les ARS et les établissements de santé¹²²⁴, le gouvernement retient que « *s'ils traduisent bien l'engagement d'une démarche contractuelle, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne sont pas des instruments juridiques revêtant exactement les caractéristiques d'un contrat. Ils constituent plutôt une forme moderne d'allocation des ressources publiques conjointement déterminée entre l'autorité publique et la personne, publique ou privée, chargée de mettre en œuvre la mission qui lui incombe*¹²²⁵ ».

La doctrine sur le sujet est importante et interroge sur la vocation de ce contrat qui peut être perçu successivement comme un « *acte de contrôle administratif, outil d'allocation budgétaire ou contrat*

¹²²² C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

¹²²³ Article L. 1433-2 du Code de la santé publique

¹²²⁴ D. Truchet, « Le contrat dans la loi HPST », *Revue générale de droit médical*, n°15, 2011, pp. 137-156 constate que de manière surprenante le contrat est conclu entre le ministre et le directeur général de l'ARS ce qui est difficilement explicable.

¹²²⁵ Observations du gouvernement sur la décision n°2009-584 DC du 16 juillet 2009 du Conseil constitutionnel

administratif?¹²²⁶ ». Nous allons tenter de définir ici ce que l'on est en droit d'attendre d'un tel contrat dans les rapports entre l'ANS et les ARS.

519. Concernant la nature du CPOM, il constitue un contrat administratif en ce qu'il répond aux deux critères classiques, à savoir le critère organique qui implique qu'il soit conclu par au moins une personne publique, et un critère matériel qui implique que ses stipulations révèlent un lien suffisamment fort avec le service public ou des clauses révélant un régime exorbitant¹²²⁷. Le premier critère ne pose pas de problème du fait de la personne des contractants que sont, d'une part, l'État, et, d'autre part, les ARS. Le Tribunal des conflits a, dans ce cas posé une présomption simple d'administrativité d'un contrat conclu entre deux personnes publiques¹²²⁸.

Le second critère mérite d'être explicité, en effet, un contrat est dit « *administratif s'il a pour objet (...) de faire participer son titulaire à l'exécution du service public*¹²²⁹ », s'agissant des ARS, elles participent, pour l'heure, à la mise en œuvre du service public hospitalier et constituent, la pierre angulaire du service public de santé de proximité. Plus encore, le CPOM conclu est générateur de clauses exorbitantes de droit privé, notamment en ce qu'il est prévu une évaluation et un contrôle des objectifs du contrat¹²³⁰.

520. La première génération des CPOM sur la période 2010-2013, puis finalement 2014 après extension par le CNP a été vivement critiquée par la largeur de leur champ d'application¹²³¹. La Cour des comptes retient ainsi que cette première génération « *aux objectifs et indicateurs à la fois trop nombreux, insuffisamment spécifiques et peu marqués par la prise en compte du rôle des agences dans la maîtrise de la dépense, traduit ainsi un pilotage plus administratif que stratégique d'entités dont le statut d'établissement public aurait laissé attendre bien davantage de latitude d'action et de marges d'autonomie*¹²³² ».

Face à ce constat, les CPOM ont été révisés. L'instruction relative à la mise en place des CPOM de deuxième génération vise les évolutions envisagées : « *partant d'un bilan mitigé des premiers CPOM, cette nouvelle génération a pour ambition, d'une part, de revenir à l'essence même d'un contrat pluriannuel*

¹²²⁶ L. Cocquebert, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°1, pp. 34-44

¹²²⁷ H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs*, Dalloz, 2016, p. 68

¹²²⁸ Tribunal des conflits, 21 mars 1983, UAP, n°2256, « un contrat conclu entre deux personnes publiques revêt en principe un caractère administratif, impliquant la compétence des juridictions administratives pour connaître des litiges portant sur les manquements aux obligations en découlant, sauf dans les cas où, eu égard à son objet, il ne fait naître entre les parties que des rapports de droit privé »

¹²²⁹ H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs, op. cit.*, p. 88 ; M. Long, concl. Conseil d'Etat Sect., 20 avril 1956, Epoux Bertin retient qu'un contrat est administratif lorsqu'il a pour objet la « participation au service public »

¹²³⁰ Conseil d'Etat, Ass., 26 février 1965, Société du Vélodrome du Parc des Princes, Lebon 133

¹²³¹ Ce qui peut largement s'expliquer par l'absence d'une stratégie global jusqu'alors et une politique sanitaire totalement éclatée

¹²³² Cour des comptes, *La sécurité sociale, op. cit.*, p. 242

*resserré sur un nombre limité de priorités et d'objectifs (...) et, d'autre part, de mieux articuler les priorités régionales issues du PRS avec les priorités nationales (...)*¹²³³ ». Cette instruction précise que le CPOM se construit autour de différents éléments : des objectifs nationaux communs, des leviers d'actions régionaux ou nationaux identifiés pour permettre l'atteinte de ces objectifs, d'une déclinaison régionale de ces objectifs propre à chaque ARS. Les objectifs nationaux prioritaires sont au nombre de quatre : maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé, garantir la qualité et la sécurité de prises en charge coordonnées et adaptées aux besoins des usagers, garantir l'égal accès au système de santé et enfin, faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de la santé.

521. L'appréhension vis-à-vis de tels contrats est celle d'une empreinte centrale trop marquée qui ne laisse que peu de place au développement et à l'innovation au niveau des ARS, il convient de garantir un « *contenu véritablement stratégique*¹²³⁴ » dans ces contrats. Il est donc primordial de limiter les indicateurs contenus par ces contrats en fonction des objectifs définis par la stratégie nationale de santé. Le seul travail administratif de déclinaison régionale d'un CPOM aux objectifs trop nombreux peut représenter un frein à une action efficace des ARS.

522. On peut regretter qu'à l'heure actuelle les CPOM constituent plus un cadre national et ne « *prennent pas en compte la diversité et les spécificités des situations régionales comme on aurait pu s'y attendre pour mobiliser chaque ARS sur des enjeux territorialement prioritaires*¹²³⁵ ». Un rapport du Sénat relate dans le même sens que « *la plupart des indicateurs sont communs à l'ensemble des ARS* », ce constat interroge quant à la prise en compte de spécificités locales ainsi que sur l'articulation avec les projets régionaux de santé.

Le CPOM dans ce cadre doit procéder d'un véritable échange entre les ARS et l'ANS et non sur un contrat standard imposé du fait d'un déséquilibre entre les parties¹²³⁶. C'est dans la réalisation d'une véritable œuvre commune dans laquelle « *s'installent pour une vie commune, des partenaires qui ont tout à gagner à la réussite collective du projet contractuel*¹²³⁷ » selon la formule de Jean-Claude Ricci que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens trouvera une application optimale. Pour l'heure on ne peut que constater une véritable avalanche de contrats à la lecture de la loi

¹²³³ Instruction SG n°2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM Etat-ARS 2015-2018

¹²³⁴ C. Courreges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », art. cit., pp. 1112-1118

¹²³⁵ Cour des comptes, *La sécurité sociale, op. cit.*, p. 243

¹²³⁶ V. Duchesne, « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », art. cit., pp. 159-179 retient à propos des CPOM que : « dans ces conditions, la suprématie de la partie hiérarchique la plus haute, à savoir ici le pouvoir ministériel (ministre et directions ministérielles), est incontestable et déséquilibre de fait l'égalité entre les parties »

¹²³⁷ J.-C. Ricci, « Le contrat au service des politiques publiques », *RFDA*, 2015, pp. 652-656

HPST qui donne « à chacun le sentiment qu'il a son mot à dire dans l'application des règles qui lui sont imposées (...) »¹²³⁸.

523. Ce contrat rénové doit porter sur des objectifs propres à chacune des régions fonction des problématiques locales entrant dans le champ des objectifs de la stratégie nationale de santé. Il faut dès à présent tirer les conséquences de « cet échec de la gestion contractuelle »¹²³⁹ depuis la loi HPST dans les relations liant le pouvoir central et les ARS. En outre, il faut questionner l'intérêt de la superposition d'une lettre de mission adressée aux directeurs généraux des ARS qui apparaît comme redondante aux objectifs principaux du CPOM¹²⁴⁰.

524. Enfin, il est nécessaire de laisser le temps aux ARS de remplir ces objectifs, « sa logique pluriannuelle doit permettre d'éviter les aléas connus par le passé d'une redéfinition permanente des priorités et objectifs, obligeant à autant de remobilisation des équipes, et source au final de démobilisation et de déresponsabilisation »¹²⁴¹. Il faut viser à la satisfaction des objectifs dans un délai raisonnable qui doit s'écarter des échéances politiques.

Bien que les indicateurs et objectifs doivent être réduits pour plus d'efficacité, ils doivent toutefois viser des objectifs tant qualitatifs que quantitatifs, mais correspondants aux réalités locales¹²⁴².

2. L'évaluation des performances des agences régionales de santé

525. Le code de la santé publique prévoit que le CNP est chargé de suivre l'exécution et d'évaluer les résultats de l'action de l'ARS dans le cadre du CPOM¹²⁴³. Concernant la méthode d'évaluation, des indicateurs précisés par le CPOM « permettent de mesurer/objectiver, à échéance régulière, une partie des actions menées par l'ARS pour atteindre les objectifs »¹²⁴⁴. Il s'agit de définir des méthodes d'évaluation qui poussent les ARS à la performance. Pour viser à une telle performance, il faut que l'évaluation

¹²³⁸ D. Truchet, « Le contrat dans la loi HPST », art. cit., pp. 137-156

¹²³⁹ T. Leleu, « Les relations entre ministres et agences régionales de santé précisées par le juge », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°2, pp. 275-282

¹²⁴⁰ C. Castaing, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », art. cit., pp. 2212-2218

¹²⁴¹ C. Courrèges, « Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? », art. cit., p. 33

¹²⁴² J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 8 : « adapter réellement les objectifs fixés aux agences dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) aux spécificités des territoires et aux besoins médico-sociaux »

¹²⁴³ Article D. 1433-5 du Code de la santé publique

¹²⁴⁴ Instruction n°2015-337 SG du 12 novembre 2015 relative aux modalités de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le ministère et les ARS pour la période 2015-2018

intervienne au terme d'un délai suffisant d'action. Dans cette optique, il semble que des CPOM conclus sur un rythme triennal avec une évaluation en fin de cycle soit la solution adéquate. En effet, imposer un contrôle trop régulier ne fait qu'alourdir la charge administrative et ralentir l'ARS dans son action.

L'autorité de contrôle et d'évaluation des objectifs du CPOM doit être l'ANS avec qui le contrat aura été négocié. Pour autant, l'encadrement doit être continu sur la durée du CPOM, pour cette raison, il est essentiel, au moins une fois par an d'échanger entre les différents échelons quant aux avancées ou aux difficultés rencontrées pour satisfaire les indicateurs. Cette réunion annuelle doit favoriser un débat serein entre le directeur général de l'ARS et l'ANS, il ne s'agit à ce stade pas d'une évaluation, mais uniquement d'un échange qui permet d'aiguiller l'action de l'ARS en cas de difficultés.

526. Dans le même sens, il est indispensable de promouvoir le collège des directeurs d'ARS¹²⁴⁵ qui peut constituer un lieu d'échange et de travail bénéfique pour les ARS, et ce, notamment dans le sens d'une meilleure réponse aux différents indicateurs. Les expérimentations des uns peuvent connaître une généralisation, ou un élargissement à d'autres territoires si elles sont porteuses d'améliorations.

527. Concernant l'évaluation qui doit clore les CPOM triennaux, il est nécessaire de constituer auprès de l'ANS une commission d'évaluation indépendante spécialisée¹²⁴⁶.

Si certains objectifs sont quantifiables et donc facilement évaluables¹²⁴⁷, d'autres apparaissent comme difficilement objectivables ce qui rend la tâche difficile. Le rapport Bur proposait de manière originale de « *disposer en région d'un organisme d'analyse des données de santé qui soit aussi indépendant que possible des décideurs et des financiers régionaux, comme peuvent l'être les observatoires régionaux de santé*¹²⁴⁸ ». Le concours de l'observatoire régional de la santé peut apparaître comme intéressant dans la mesure où il dispose de nombreuses clés notamment en termes de données de santé pour évaluer l'action des ARS. Toutefois, il semble intéressant que l'organe de contrôle soit le même pour l'ensemble des ARS ce qui est vecteur d'une plus grande égalité de traitement.

¹²⁴⁵ Communiqué du 22 novembre 2011, ARS Collège des directeurs généraux, *Les 26 directeurs généraux des Agences Régionales de Santé se sont constitués en collège afin de renforcer la visibilité nationale de leurs agences et développer leur communauté de travail*

¹²⁴⁶ J. Attali, *Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française*, 2008, p. 18 conseille de « créer des agences pour les principaux services au public et faire évaluer tout service public (...) par des organismes indépendants ».

¹²⁴⁷ On pense notamment aux indicateurs relatifs à la maîtrise des dépenses de santé

¹²⁴⁸ Y. Bur, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, *op. cit.*, p. 46

Il est donc important que la voie contractuelle soit exploitée de manière plus importante, les rapports liés aux échanges et à l'évaluation doivent être simplifiés et faire du CPOM un objet négocié permettant des initiatives de la part des ARS. En contrepartie de cette capacité de négociation et d'initiative, il est indispensable de mettre en œuvre une logique basée sur des sanctions en cas de non atteinte des objectifs fixés par le CPOM ou au contraire des incitations en cas de réussite. Le CPOM doit répondre à une logique contraignante. Ce mécanisme d'incitation/sanction pourrait s'organiser par la mise en place d'une part variable du salaire et une remise en question des postes de cadres et de direction au sein des ARS.

528. Cette section nous amène à repenser les institutions chargées de mettre en œuvre le service public de santé de proximité. Cette rénovation implique, plus de souplesse dans le cadre fixé aux ARS pour l'exercice de leurs missions au service d'une plus grande capacité d'adaptation favorables aux territoires. Elle implique encore de repenser l'échelon central autour d'une agence nationale qui rompt avec la dichotomie historique entre l'assurance maladie et l'État.

La redéfinition des compétences entre l'État, l'ANS et les ARS effectuée, il convient de considérer les acteurs qui doivent légitimement être associés à la création et la mise en œuvre de la politique sanitaire dans un double objectif de réponse à l'intérêt général et de démocratie sanitaire.

Section 2. Les acteurs associés à la définition et à la mise en œuvre du service public de santé de proximité

529. Outre les trois acteurs que sont l'État, l'ANS et les ARS dont l'articulation des compétences a été étudiée dans la section précédente, la définition du service public de santé de proximité ne saurait être complète sans évoquer les différents protagonistes qui doivent participer à la fois à sa définition et à sa mise en œuvre. Les apports de ces différents acteurs au SPSP peuvent être classés selon qu'ils proposent une capacité d'analyse technique au service de l'intérêt général (§1) ou qu'ils répondent au besoin de démocratisation sanitaire (§2)

Paragraphe 1. L'association d'acteurs à compétence technique au service public de santé de proximité

530. Les collectivités territoriales, les professionnels, établissements de santé et médico-sociaux sont des acteurs de terrain fondamentaux qu'il convient d'associer au SPSP. En effet, leur

connaissance des territoires, ainsi que celle des besoins des citoyens en matière de santé sont essentielles (A), et doivent se traduire par un engagement important au sein du service public de santé de proximité (B) pour permettre de garantir un accès aux soins et une protection de la santé efficiente.

A. Des acteurs aux capacités d'expertise technique fondamentales

531. Outre les acteurs énoncés auparavant, le SPSP comprend un certain nombre d'acteurs associés pour leurs compétences de terrain et d'analyse technique. On peut distinguer d'une part, les collectivités territoriales qui connaissent des compétences propres indispensablement solubles avec les considérations sanitaires (1) et, d'autre part, l'ensemble des praticiens ainsi que des établissements de santé et médico-sociaux qui forment la cheville ouvrière du service public de santé de proximité mais doivent encore participer à sa constitution (2).

1. L'apport de compétences techniques au service public de santé de proximité

532. Les régions ne possèdent que des compétences résiduelles en matière sanitaire¹²⁴⁹. Leur « *immixtion (...) en tant que collectivité territoriale dans le champ sanitaire et social résulte plus d'une volonté politique que d'une véritable obligation légale*¹²⁵⁰ ». Le code de la santé publique prévoit, par exception que le conseil régional peut « *définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes*¹²⁵¹ ». Cette disposition issue de la loi de 2004¹²⁵² connaissait alors une valeur particulière du fait de l'inexistence des ARS, mais sa portée est diminuée par l'apparition des contrats locaux de santé¹²⁵³ et par l'association entre l'ARS et les collectivités dans de nombreux projets.

533. Le conseil régional a compétence « *pour promouvoir le développement économique, social, culturel et scientifique de la région, le soutien à l'accès au logement et à l'amélioration de l'habitat, le soutien à la politique de la ville et à la rénovation urbaine et le soutien aux politiques d'éducation et l'aménagement et l'égalité de ses territoires*

¹²⁴⁹ T. de Berranger, « Les compétences des régions en matière de santé dans les quinze Etats membres de l'Union Européenne », *Revue de droit sanitaire et social*, n°2, pp. 249-274 constatait déjà que « la santé est une matière restée, sauf à la marge avec l'aide sociale, assez largement en dehors de la redistribution des compétences opérée par les grandes lois de décentralisation en 1982-83 »

¹²⁵⁰ R. Marié, « Quel avenir pour les conseils régionaux en matière de politique de santé ? », 2012, n°2, pp. 190-196

¹²⁵¹ Article L. 1424-1 du Code de la santé publique

¹²⁵² Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

¹²⁵³ Article L. 1434-10 du Code de la santé publique

(...) ¹²⁵⁴ ». C'est donc par une approche sectorielle de la santé que la région peut, du fait de ses compétences apporter son expertise technique à la politique sanitaire. La compétence par excellence de la région qui connaît ici un intérêt est l'aménagement du territoire. L'aménagement du territoire est d'ailleurs indispensable au service public en ce qu'il permet de satisfaire à la nécessaire adaptation du service public ¹²⁵⁵. Emmanuel Vigneron constate qu'« *que se porte le regard au sein du monde de la santé, les questions d'aménagement du territoire sont manifestes* ¹²⁵⁶ ».

À cet égard, les régions doivent élaborer un schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires ¹²⁵⁷. Le SRADDET de la région PACA évoque dès son introduction la nécessité de répondre « *à de multiples défis pour rendre la région encore plus attractive, performante et améliorer le bien-être de l'ensemble des habitants* ¹²⁵⁸ ». L'expression de bien-être n'est pas sans rappeler la définition de la santé adoptée par l'OMS entendue comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social (...)* ¹²⁵⁹ ». Cet outil très complet permet une analyse au plus proche des territoires et de leur population qui apparaît essentiel à la définition d'une politique régionale de santé. Le SRADDET précité accumule nombre d'éléments qui peuvent nourrir la politique régionale, il est notamment constaté « *une population régionale vieillissante et une attractivité démographique très ralentie* ¹²⁶⁰ », cette indication peut amener des raisonnements sur la quantité de soins consommés qui augmente statistiquement avec l'âge. Le schéma constate encore l'existence de « *fortes inégalités et une fracture territoriale qui s'accroît* ¹²⁶¹ » et cherche à construire une politique de « *désenclavement des territoires ruraux* ¹²⁶² ».

Le schéma s'avère ambitieux en la matière et énonce la volonté d'améliorer « *les connexions, faciliter l'accessibilité aux services, à la formation, à la santé* ¹²⁶³ ». L'aménagement du territoire constitue ainsi une compétence majeure des régions. Par ce biais, elle peut apporter aux ARS et au système de santé des capacités d'expertise très importantes.

¹²⁵⁴ Article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales

¹²⁵⁵ Y. Madiot, « Service public et aménagement du territoire », *AJDA*, 1997, n°HS, pp. 83-89

¹²⁵⁶ E. Vigneron, « Santé publique et aménagement du territoire », *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, n°29, p. 19

¹²⁵⁷ Article L. 4251-1 du Code général des collectivités territoriales

¹²⁵⁸ Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires PACA, Rapport V4, 29 mai 2018, p. 4

¹²⁵⁹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants des 61 Etats

¹²⁶⁰ Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires PACA, Rapport V4, 29 mai 2018, p. 23

¹²⁶¹ *Ibidem*, p. 24

¹²⁶² *Ibidem*, p. 36

¹²⁶³ *Ibidem*, p. 50

534. On peut encore relever le rôle des observatoires régionaux de la santé¹²⁶⁴ qui constituent des observateurs privilégiés de la santé et des déterminants de santé en région¹²⁶⁵. Jean-Marie Pontier note que « *toutes les régions participent financièrement au fonctionnement de ces observatoires (...) en vue de fournir des informations sur l'état sanitaire de la population, informations qui doivent constituer un véritable outil d'aide à la décision*¹²⁶⁶ ».

535. En parallèle du fait régional, on peut encore évoquer l'action municipale en matière sanitaire. Il n'est pas rare d'entendre qu'une municipalité a attribué des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé au sein d'une zone déficitaire¹²⁶⁷. Cette hypothèse n'est pas sans rappeler les « *circonstances exceptionnelles* » évoquées par le Conseil d'État pour autoriser la mise en place d'un service médical gratuit au sein d'une commune¹²⁶⁸. Ce socialisme municipal ne peut, malheureusement constituer une solution globale, mais apparaît plus comme un pansement voué à lutter contre une difficulté extrême d'accès aux soins dans un territoire précis.

Plus intéressants, sont les ateliers Santé-Ville qui combinent les compétences en matière d'exclusion et des compétences sanitaires. Ils constituent une « *articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé*¹²⁶⁹ » et contribuent ainsi à la réduction des inégalités de santé. Ils visent à associer « *des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux*¹²⁷⁰ ». Bien qu'intéressants il est indispensable de bien délimiter le périmètre des ateliers santé-ville afin qu'ils ne se superposent pas avec les contrats locaux de santé. La question de l'articulation entre les deux dispositifs est étudiée dans le référentiel relatif à la mise en place des ateliers santé-ville¹²⁷¹.

¹²⁶⁴ Introduits par la Circulaire DGS/PGE/1 A n°245 du 28 juin 1985 relative aux observatoires régionaux de la santé (O.R.S), BO affaires sociales n°85/44

¹²⁶⁵ Le site de l'ORS PACA résume : « parce qu'on ne peut élaborer une politique de santé publique et établir des priorités à l'échelle d'un territoire sans connaître les états de santé de ses habitants, parce qu'on ne souffre et ne meurt pas de la même manière selon son milieu et ses conditions de vie, il est indispensable de disposer d'informations précises sur les besoins et les problèmes de santé de la population », orspaca.org/orspaca/qui-sommes-nous

¹²⁶⁶ J.-M. Pontier, « Région : interventions de la région », art. cit., Folio n°1750

¹²⁶⁷ Article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales

¹²⁶⁸ Conseil d'Etat, 29 mars 1901, n°94580 : « que si les conseils municipaux peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, intervenir, pour procurer des soins médicaux aux habitants qui en sont privés, il résulte de l'instruction qu'aucune circonstance de cette nature n'existait à Olmeto (...) »

¹²⁶⁹ Circulaire DIV DGS du 13 juin 2000 sur la mise en œuvre des ateliers santé-ville

¹²⁷⁰ Ateliers Santé Ville « une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », Les éditions de la DIV, 2007, p. 8

¹²⁷¹ Secrétariat général du CIV, Référentiel national des ateliers santé ville (ASV), Les éditions du CIV, 2012, Paris, 43 p.

536. Nombreuses sont les capacités d'analyse et d'expertise qui résident dans les mains des collectivités territoriales. L'intérêt de ces expertises implique d'associer de manière prioritaire les collectivités territoriales à l'action sanitaire. Ce rôle prépondérant ne doit pas occulter d'autres acteurs qui méritent d'être associés au service public de santé de proximité que sont l'ensemble des professionnels de santé et médico-sociaux.

2. L'association des professionnels de santé et médico-sociaux au service public de santé de proximité

537. Nous évoquerons ici, pour plus de facilité, sous le vocable de professionnels de santé et médico-sociaux l'ensemble des professionnels œuvrant dans ces champs d'activité qu'ils exercent à titre privé, public en libéral ou au sein d'établissements ou autres structures pluridisciplinaires. L'enjeu n'est pas celui d'une telle classification, mais de montrer la nécessité de leur association à la définition et à l'action du service public de santé de proximité. Comme le notait Richard Bouton en 1996, « *la modernisation de notre système de soins ne se fera pas sans l'adhésion d'une partie significative des médecins libéraux*¹²⁷² », plus largement nous pourrions dire sans l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé et médico-sociaux. Ces derniers sont un rouage essentiel du service public de santé de proximité et ne doivent, de fait, pas être écartés des processus d'élaboration et de mise en œuvre du SPSP. Cette association est indispensable pour lutter contre « *l'isolationnisme identitaire de la médecine libérale*¹²⁷³ » qui se traduit par un « *un antagonisme avec les pouvoirs publics* ». Si Didier Tabuteau n'évoque au travers son propos que les médecins libéraux, cette défiance, crainte permanente vis-à-vis des pouvoirs publics peut être élargie à l'ensemble de la population médicale. Il est à présent temps de rompre avec cette tradition d'opposition entre le corps médical et les pouvoirs publics pour construire un service public au service des citoyens.

538. Les médecins influent de plusieurs manières sur la législation sans pour autant prendre part intégrante à la remise à plat du système de santé. Cette immixtion parcellaire se fait via différents canaux. Le premier sont les ordres professionnels qui « *bénéficient du privilège de préparer les codes de déontologie, c'est-à-dire du pouvoir de proposer les règles d'exercice professionnel que l'État peut édicter (...)*¹²⁷⁴ ». L'auteur explique à cet égard la revendication de plusieurs professions paramédicales à la création d'un ordre professionnel. Ces derniers constituent une force de négociation auprès des pouvoirs publics. Un autre canal d'influence est la négociation des conventions médicales entre les syndicats

¹²⁷² R. Bouton, « Qui trop embrasse mal étroit », *Droit social*, 1996, n°9-10, pp. 866-867

¹²⁷³ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », art. cit., pp. 383-392

¹²⁷⁴ D. Tabuteau, « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les tribunes de la santé*, 2010/1, n°26, p. 103-121

médicaux et l'assurance maladie. À ce sujet, on assiste à la fois à « *l'émiettement et l'éparpillement des forces syndicales destinées à représenter les professions de santé*¹²⁷⁵ ». Les pouvoirs conférés sont très importants et il n'est donc « *pas étonnant que certaines problématiques, pourtant essentielles (...) aient eu du mal à trouver leur place dans les réformes du système de santé*¹²⁷⁶ ».

539. En outre, les unions régionales des professionnels de santé¹²⁷⁷ participent à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé, à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins ainsi qu'à l'organisation de l'exercice professionnel¹²⁷⁸.

540. Les médecins possèdent le « *monopole légitime de l'expertise technique*¹²⁷⁹ » de la profession, à cet égard les politiques publiques doivent nécessairement tenir compte analyse technique. Pour autant, ces professionnels ne doivent pas envisager leur rôle comme celui, unique de défenseurs de leur profession et de leur monopole en agissant comme s'ils appartenaient à un lobby¹²⁸⁰, mais dans l'intérêt d'un système de santé au service des citoyens.

541. Il est regrettable que se superposent les structures de représentation, « *quelles professions peuvent se targuer de disposer cumulativement d'académies, de structures ordinales, d'unions régionales et nationales et de syndicats représentatifs dotés d'un pouvoir quasi législatif ?*¹²⁸¹ ». La multiplication de ces représentations brouillent le plus souvent le message des professionnels de santé et participe à l'émergence de nombreux désaccords sur des sujets fondamentaux pour le futur du système de santé.

Quoi qu'il en soit, les professionnels constituent à la fois la cheville ouvrière du service public de santé de proximité, mais doivent aussi participer à sa mise en œuvre, son évolution. Leur vision du système de santé ainsi que de la pratique médicale est essentielle pour nourrir les débats visant à une amélioration de la prise en charge. Comme le notait Bernadette Devictor, il faut « *remettre au premier plan les valeurs de service à la population et lutter contre les risques d'une individualisation excessive de l'exercice des professions de santé, et du sentiment d'esseulement qui en résulte*¹²⁸² ».

¹²⁷⁵ M. Borgetto, « La représentativité des syndicats en droit de l'assurance maladie », *Les tribunes de la santé*, 2008/1, n°18, pp. 39-45

¹²⁷⁶ D. Tabuteau, « Pouvoirs publics et professions de santé », art. cit., p. 103-121

¹²⁷⁷ Article R. 4031-1 du Code de la santé publique

¹²⁷⁸ Article R. 4031-2 du Code de la santé publique

¹²⁷⁹ M. Loriol, *L'impossible politique de santé publique en France*, 2002, ERES, 2002, p. 33

¹²⁸⁰ Sur la question du lobby médical notamment auprès de l'Assemblée nationale, F. Pierru, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les tribunes de la santé*, 2007/1, n°14, pp. 73-83

¹²⁸¹ D. Tabuteau, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », art. cit., pp. 37-55

¹²⁸² B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)... op. cit.*, p. 31

542. Il est donc décisif de mobiliser les professionnels dans une logique et autour des valeurs du service public. Pour se faire, il faut dépasser les oppositions historiques qui freinent le développement du service public. Les professionnels ne doivent pas être considérés comme de simples exécutants, mais comme des acteurs à part entière dont l'avis importe dans la satisfaction du service public.

543. Une fois développées les capacités techniques et d'expertise des collectivités territoriales et des professionnels de santé, il convient de voir de quelle manière ces derniers peuvent être associés au service public de santé de proximité afin d'y participer activement et d'apporter les compétences précitées.

B. Les modalités d'association de l'ensemble de ces acteurs au service public de santé de proximité

544. Aux vues des compétences techniques énumérées de ces acteurs, il est primordial de les associer de manière préférentielle dans deux domaines, le premier relève du diagnostic territorial en vue d'établir une politique locale de santé, tant les collectivités que les professionnels doivent avoir une place essentielle à cette étape (1), le deuxième relève plus largement d'une place plus importante auprès des organes décideurs pour qu'ils aient accès aux fonctions stratégiques du pilotage du système de santé (2). Ce n'est que par la revalorisation de leur place au sein des instances de décision ainsi que par l'échange de l'ensemble de ces compétences que l'adhésion de ces acteurs sera emportée.

1. Une participation accrue à la politique de santé de proximité

545. Du fait de leurs compétences, il apparaît essentiel d'associer les collectivités territoriales et les professionnels de santé à la définition et à la mise en œuvre de la politique sanitaire de proximité. Dans ce cadre, les liens avec les ARS nécessitent d'être renouvelés pour évoluer vers plus de codécision et non uniquement des procédures de consultation.

546. Pour l'heure, les collectivités territoriales et les professionnels de santé sont présents au sein de différents organes et commissions dont les compétences et l'impact sur la politique locale de santé sont fortement limités. Ils font tout d'abord partie de la conférence régionale de santé et de

l'autonomie¹²⁸³ laquelle ne bénéficie que de faibles capacités d'action sur la politique régionale de santé. Ils sont encore membres des conseils territoriaux de santé¹²⁸⁴ qui « réunissent l'ensemble des parties prenantes du territoire¹²⁸⁵ ». Ces derniers ont pour mission de participer à la réalisation d'un diagnostic territorial partagé entendu comme l'identification des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'une population concernée sur un territoire défini. Par ses travaux, le conseil territorial de santé contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé. L'intention de façade est honorable, toutefois, c'est l'ARS qui « arrête un projet territorial de santé servant à élaborer le projet régional de santé¹²⁸⁶ ». L'impact du travail mené par le conseil territorial de santé est considérablement réduit, si l'on peut espérer que ses travaux ne soient pas totalement ignorés, ils ne lient d'aucune manière l'ARS quant à la définition du projet régional de santé. Tout au plus, le directeur de l'agence régionale de santé doit communiquer, dans un délai de trois mois aux conseils territoriaux de santé les suites qui ont été réservées à leurs avis et propositions¹²⁸⁷.

547. Pour emporter l'adhésion des acteurs locaux et favoriser leur participation, il faut renforcer les pouvoirs du conseil territorial de santé pour que ses capacités deviennent décisionnelles. C'est en ce sens que le rapport Devictor avait prévu le remplacement des conférences de territoire par les conseils territoriaux de santé. Le rapport appelait de ses vœux un principe de « *co-construction des politiques*¹²⁸⁸ » afin de rompre avec le système historique organisé autour de financeurs qui décident et d'acteurs qui exécutent. La loi de santé a, en définitive écarté cette vision du conseil territorial de santé envisagé comme un organe de codécision afin de le réduire au rang de simple organe consultatif. Pour l'heure, les conseils territoriaux souffrent des mêmes maux que les conférences de territoires auxquelles il était reproché un manque de visibilité et d'efficacité¹²⁸⁹. Dans la continuité du système existant, « *le législateur n'a pas prévu que le conseil territorial serait amené à se prononcer sur un projet territorial de santé*¹²⁹⁰ », ce qui était pourtant prévu dans le projet de loi initial et apportait du crédit à la place des professionnels et des collectivités territoriales.

¹²⁸³ Article D. 1432-28 du Code de la santé publique

¹²⁸⁴ Article L. 1434-10 du Code de la santé publique

¹²⁸⁵ Exposé des motifs de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹²⁸⁶ P. Villeneuve, « La loi de modernisation de notre système de santé et les collectivités territoriales », *AJCT*, 2016, n°2, pp. 64-67

¹²⁸⁷ Article R. 1434-40 du Code de la santé publique

¹²⁸⁸ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)... op. cit.*, p. 26

¹²⁸⁹ V. Vioujas, « De la loi HPST à la loi n°2016-41 du 26 janvier : convergences et inflexions dans l'effort de modernisation de notre système de santé », art. cit., 2012

¹²⁹⁰ C. Evin, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », art. cit., pp. 107-118

548. Le virage d'une plus grande démocratisation vis-à-vis des professionnels de santé et des collectivités territoriales n'est donc, pour l'heure pas engagé. Leur poids sur les décisions de l'ARS est encore beaucoup trop faible et l'expression de « *parlements territoriaux de la santé*¹²⁹¹ » est à ce jour totalement illusoire.

549. Outre l'influence incertaine sur le projet régional de santé exercé par le diagnostic territorial issu du travail, des conseils territoriaux peuvent découler de ce travail des contrats territoriaux de santé. Ces derniers sont conclus entre l'ARS et les équipes de soins primaires¹²⁹² ou les communautés professionnelles territoriales de santé¹²⁹³. Ils sont négociés sur la base des projets de santé des ESP et des CPTS, pour répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial¹²⁹⁴. Toutefois, le diagnostic territorial ne constitue ici qu'un cadre général dans lequel s'inscrivent ces contrats territoriaux de santé, qui ne sont pour l'heure pas obligatoires. Si l'ARS peut provoquer la mise en place d'un CPTS devant le refus ou le manque de volontarisme¹²⁹⁵, elle n'oblige pas pour autant à conclure un contrat territorial de santé. Le maigre pouvoir dévolu aux membres des conseils territoriaux de santé se trouve ainsi dilué dans un dispositif de contractualisation qui peine à se développer. Ces contrats territoriaux de santé peinent de plus à se distinguer des contrats locaux de santé¹²⁹⁶, bien que les signataires puissent ici être des collectivités territoriales et non uniquement les professionnels, les CLS visent à mettre en œuvre le projet régional de santé, ce qui est, normalement aussi le cas du contrat territorial censé être l'émanation du diagnostic partagé.

550. Le rôle des collectivités et des professionnels de santé doit être revalorisé, pour se faire, le rôle des conseils territoriaux de santé doit être modifié, afin d'en faire un acteur de codécision, le diagnostic partagé doit servir de base à une concertation, puis au bout de celle-ci à la définition du projet régional de santé. Cette procédure de concertation entre les acteurs de terrain et l'agence régionale de santé au travers notamment de conseils territoriaux et des diagnostics territoriaux partagés constitue le ciment du service public de santé de proximité. Cette chaîne de décision vise à inclure ces acteurs pour emporter leur adhésion et leur expertise autour d'un projet de proximité au service des citoyens.

¹²⁹¹ CISS, *Le point sur les conseils territoriaux de santé*, Octobre 2016, CISS Auvergne-Rhône-Alpes, p. 2

¹²⁹² Article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique

¹²⁹³ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique

¹²⁹⁴ Article L. 1434-13 du Code de la santé publique

¹²⁹⁵ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique

¹²⁹⁶ L'article L. 1434-10 IV. du Code de la santé publique prévoit que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social »

551. Au-delà d'un investissement au niveau de proximité pour définir les besoins et la mise en œuvre de la politique sanitaire de proximité, les acteurs précités doivent devenir des partenaires privilégiés dans le pilotage du système de santé.

2. La participation à la définition stratégique et au pilotage du service public de santé de proximité

552. S'il est indispensable d'inclure les acteurs de terrain dans la politique sanitaire de proximité. Il l'est tout autant qu'ils participent au pilotage et à la définition de la stratégie nationale du système de santé.

553. Au niveau national, la représentation tant des collectivités territoriales que des professionnels de santé et médico-sociaux apparaît à ce jour largement inopérante. Ces deux corps sont absents du Conseil national de pilotage¹²⁹⁷ qui exerce pourtant théoriquement un rôle d'orientation et d'évaluation auprès des ARS¹²⁹⁸. Ces missions importantes questionnent sur l'absence de représentants des professionnels de santé et médico-sociaux ainsi que des collectivités territoriales en son sein. Le rapport des Sénateurs Milon et Le Menn relèvent que « *le CNP joue certes, à de rares occasions, un rôle de « filtre », mais qu'il devrait plutôt jouer celui de « catalyseur »*¹²⁹⁹ ». Sa plus-value serait celle d'un organe capable de fédérer afin d'élaborer collectivement les politiques publiques. Dans ce sens, l'absence des auteurs précités en son sein constitue un véritable frein à la collégialité et à l'élaboration d'une telle politique concertée.

554. Cet impératif d'association constitue un élément supplémentaire au crédit de la création d'une agence nationale de santé qui par symétrie avec l'échelon régional¹³⁰⁰ pourrait voir installer en son sein une conférence nationale de santé et de l'autonomie comportant l'ensemble des acteurs du système de santé. Cécile Courrèges et Alain Lopez, dans leur fiction relative à la création d'une agence nationale de santé proposaient d'organiser un « *dispositif de concertation restructuré au niveau national, de manière à assurer un dialogue construit et constant entre l'autorité publique nationale et les représentants des élus, des partenaires sociaux, des usagers, des professionnels de santé, des gestionnaires de structures et services*¹³⁰¹ ».

¹²⁹⁷ Article L. 1433-1 du Code de la santé publique

¹²⁹⁸ C. Courrèges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », art. cit., p. 1112-1118

¹²⁹⁹ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 51

¹³⁰⁰ Sont ici évoquées les conférences régionales de santé et de l'autonomie

¹³⁰¹ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

Cette idée peut paraître redondante avec un organe existant : la conférence nationale de santé¹³⁰², organe consultatif placé auprès du ministre de la Santé qui a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé¹³⁰³. Elle est notamment consultée par le gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé, elle établit un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, elle formule des avis et propositions au gouvernement et contribue à l'animation de débats publics. Si nombre des avis et rapports rendus par la conférence nationale de santé apparaissent comme qualitatifs¹³⁰⁴, on peut se poser la question de l'impact de ces derniers sur les politiques sanitaires. Une illustration de cette valeur peut être appréciée au regard de l'avis de la conférence nationale de santé rendu sur le projet de stratégie nationale de santé¹³⁰⁵. Cet avis particulièrement bien construit malgré le temps limité préconisait notamment d'enrichir les principes d'action en évoquant l'éthique, la solidarité, la démocratie en santé, de prévoir au sein de la SNS d'améliorer la gouvernance du système de santé et d'inscrire au sein de la stratégie un sous-ensemble d'objectifs prioritaires. Ces préconisations n'ont malheureusement pas donné lieu à des modifications notables de la stratégie nationale de santé.

Sans négliger le poids de cette instance, il est préférable d'envisager le rôle des collectivités territoriales ainsi que des professionnels au sein d'une commission de démocratie sanitaire ad hoc interne à l'agence nationale de santé. Celle-ci permettrait de travailler en concertation avec les services de l'État et de l'assurance maladie dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et non en amont de celle-ci comme le fait l'actuelle conférence nationale de santé. Cette commission ne doit pas constituer un nouvel organe consultatif aux pouvoirs limités, mais participer activement à la politique sanitaire notamment, elle doit participer à la déclinaison de la stratégie nationale de santé par le biais des CPOM conclus entre l'agence nationale de santé et les agences régionales de santé.

555. Outre l'exigence d'associer les collectivités territoriales et les professionnels de santé et médico-sociaux à la définition et la mise en œuvre du service de santé de proximité, l'utilisateur doit voir sa place renouvelée au sein du service public de santé de proximité, pour répondre à la volonté d'une véritable démocratie sanitaire.

¹³⁰² Instituée par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

¹³⁰³ Article L. 1411-3 du Code de la santé publique

¹³⁰⁴ Notamment, Avis du 29 novembre 2012 sur le bilan de la démocratie sanitaire en région, Avis du 6 juillet 2017, La littératie en santé – usagers et professionnels : tous concernés

¹³⁰⁵ Avis de la conférence nationale de santé du 23 novembre 2017 sur le projet de stratégie nationale de santé

Paragraphe 2. L'utilisateur en quête de démocratie sanitaire, acteur prioritaire du service public de santé de proximité

556. Depuis la loi Kouchner de 2002, la notion de démocratie sanitaire¹³⁰⁶ irrigue les politiques publiques de santé. Cette notion dernière participe à l'émergence progressive d'une citoyenneté sanitaire (A) qui peine encore à être reconnue et à se structurer institutionnellement (B).

A. La lente construction d'une citoyenneté sanitaire

557. La mise en place d'une citoyenneté sanitaire passe par le développement de droits collectifs au profit des usagers du système de santé (1), l'expression de ces droits constitue un enjeu fondamental pour le service public de santé de proximité (2).

1. L'apparition de droits collectifs des usagers du système de santé

558. La notion d'utilisateur du système de santé semble aujourd'hui être communément acceptée en ce qu'elle permet « de couvrir l'intégralité des situations¹³⁰⁷ », qu'il s'agisse d'établissements privés ou publics ou encore d'une personne atteinte ou non d'une pathologie. Si certains ont pu regretter que la notion d'utilisateur évince l'aspect citoyen et décisionnel¹³⁰⁸, l'apparition juridique de l'utilisateur du système de santé avec la loi du 4 mars 2002¹³⁰⁹ lie nécessairement ce dernier à la démocratie sanitaire¹³¹⁰.

559. La démocratie sanitaire ne constitue pas simplement une « juxtaposition de forces de pression dans une démocratie politique ; on va vers l'idée de construction commune dans un mouvement d'ensemble¹³¹¹ ». Ce raisonnement se fonde sur la nécessité d'associer aux acteurs habituels que sont l'État, l'assurance

¹³⁰⁶ Titre II de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹³⁰⁷ G. Rousset, « Comment nommer dans le système de santé ? », *Recherches en communication*, 2009, n°32, pp. 103-117

¹³⁰⁸ M.-L. Moquet-Anger, « Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? », *Revue générale de droit médical*, n°12, 2004, pp. 43-52

¹³⁰⁹ Pour rappel le Titre II de la loi du 4 mars 2002 relatif à la démocratie sanitaire contient notamment un chapitre concernant les droits de la personne, un chapitre sur les droits et responsabilités des usagers et un chapitre sur la participation des usagers au fonctionnement du système de santé

¹³¹⁰ M.-L. Moquet-Anger, « La réalité de la démocratie sanitaire », in C. Castaing, *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude du 22 novembre 2011, Les études hospitalières, pp. 173-189 relève qu'il existe des traces d'une participation dès 1975 et plus particulièrement avec l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée qui introduit des mécanismes de représentation des usagers du système de santé dans les instances décisionnelles et consultatives.

¹³¹¹ Entretien de D. Tabuteau, réalisé par M. Berthod-Wurmster, R. Legal, « La loi de 2002 : origines, acteurs et construction. Où en est-on ? », *Revue française des affaires sociales*, 2017/1, pp. 135-142

maladie et les représentants des professionnels et établissements de santé et médico-sociaux de nouveaux acteurs que sont les usagers du système de santé au processus à la fois d'analyse et décisionnel. Ce sont les crises sanitaires à répétition et notamment le développement massif de l'épidémie de VIH qui ont entraîné « *la montée en puissance et la transformation des associations de malade*¹³¹² ».

560. Le patient, usager obtient ainsi un statut double statut, celui d'acteur dans la gestion de sa thérapie et celui d'acteur de la politique de santé¹³¹³. Dans cette deuxième possibilité, la loi de 2002 a fait émerger un certain nombre de droits collectifs au profit des usagers qu'il convient d'analyser. Elle introduit un principe de participation des usagers au fonctionnement du système de santé. Cette participation passe notamment par le biais d'associations de représentation qui nécessitent un agrément pour exercer leurs prérogatives¹³¹⁴. Les représentants des usagers membres de ces associations¹³¹⁵ sont susceptibles de porter divers mandats de représentation auprès d'instances qui nécessitent leur présence. La représentation au sein de l'ensemble de ces structures permet l'exercice et la défense d'intérêts collectifs, et plus largement l'expression des usagers.

Au niveau national¹³¹⁶, des représentants des usagers sont présents au sein de la conférence nationale de santé¹³¹⁷, du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie¹³¹⁸, de la haute autorité de santé¹³¹⁹. Au niveau local, les représentants font partie du conseil de surveillance des ARS¹³²⁰, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie¹³²¹ ou encore le conseil territorial de santé¹³²².

561. De manière ambitieuse, la loi du 4 mars 2002 avait ouvert la voie d'une démocratisation sanitaire de la décision en matière de politique sanitaire. Des conseils régionaux de santé devaient établir de manière annuelle un rapport sur la politique de santé dans la région. À partir de ces rapports, le gouvernement devait remettre au Parlement pour débat, un rapport sur les orientations de la politique de santé auquel était joint l'avis de la Conférence nationale de santé.

¹³¹² D. Tabuteau, *Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, 2013, p. 219

¹³¹³ A. Laude, « Le patient, nouvel acteur de santé ? », *Recueil Dalloz*, 2007, pp. 1151-1155

¹³¹⁴ Article L. 1114-1 du Code de la santé publique

¹³¹⁵ Initialement les usagers membres des associations agréées « avaient droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat », la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 a introduit une obligation de formation de base qui doit être conforme à un cahier des charges

¹³¹⁶ Pour un panorama complet des lieux de représentation, France assos, *Où siègent les représentants des usagers du système de santé ?*, 2017, 6 p.

¹³¹⁷ Article L. 1411-3 du Code de la santé publique

¹³¹⁸ Décret n°2006-1370 du 10 novembre 2006 modifié par le décret n°2008-1058 du 14 octobre 2008 relatif à la composition et au fonctionnement du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

¹³¹⁹ Article L. 162-37 et L. 161-41 du Code de la sécurité sociale

¹³²⁰ Article D. 1432-15 du Code de la santé publique

¹³²¹ Article D. 1432-28 du Code de la santé publique

¹³²² Article R. 1434-33 du Code de la santé publique

Malheureusement ce dispositif a été supprimé par la loi de 2004. Cette suppression est regrettable, au même titre que Didier Tabuteau, on ne peut que penser que « *l'idée qu'il y ait en début d'année un débat au niveau régional où les associations et les professionnels de santé sont présents, puis un débat au niveau national et parlementaire pour arrêter les grandes priorités de la politique de santé, et qu'ensuite le PLFSS mette ces questions en musique sur un plan financier correspondait tout à fait à l'exercice d'une démocratie sanitaire bien conçue et équilibrée*¹³²³ ».

562. Il ne s'agit pas pour autant de développer une « *tyrannie de l'usager*¹³²⁴ », mais une citoyenneté sanitaire basée sur des droits collectifs permettant à l'usager de prendre part aux « *processus de réflexion, de concertation et de décision (...) pour l'élaboration de la politique de santé*¹³²⁵ ». Malgré ces efforts, Marie-Laure Moquet-Anger note que : « *s'agissant du pouvoir de décider, il convient de remarquer que le législateur a soit limité le nombre de représentants des usagers dans les instances délibérantes, soit réduit les attributions des organes délibérants où siègent les représentants*¹³²⁶ ». Ces droits doivent être reconnus et exercés tant à un échelon de proximité que vis-à-vis des politiques nationales. Si la mise en œuvre de droits collectifs au profit des usagers ne semble aujourd'hui plus contestée, il convient de mettre en avant les enjeux liés au développement d'une telle citoyenneté sanitaire.

2. Les enjeux de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire au cœur du service public de santé de proximité

563. Les objectifs liés au développement de la démocratie sanitaire sont divers et non négligeables et il convient de les exposer à présent. La démocratie sanitaire constitue une partie de réponse au désir des citoyens de participer de manière plus importante au débat politique, à la prise de décisions. Le récent mouvement des gilets jaunes illustre cette aspiration citoyenne et cette crise de la représentativité. En effet, « *partout, le consensus autour des pouvoirs tend à s'effriter ; la substitution aux procédés de commandement de mécanismes souples, reposant sur le consentement et l'adhésion, apparaît comme un moyen de remédier à cette crise de légitimité*¹³²⁷ ». Il s'agit donc, tant que possible, de mettre en œuvre des processus plus démocratiques. La loi de modernisation du système de santé entretient cette idée et

¹³²³ Entretien de D. Tabuteau, réalisé par M. Berthod-Wurmster, R. Legal, « La loi de 2002 : origines, acteurs et construction. Où en est-on ? », art. cit., pp. 135-142

¹³²⁴ P. Lascoumes, « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politique et management public*, Vol. 25, n°2, 2007, pp. 129-144

¹³²⁵ D. Tabuteau, *Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé*, op. cit., p. 221

¹³²⁶ M.-L. Moquet-Anger, « La réalité de la démocratie sanitaire », art. cit., pp. 173-189

¹³²⁷ J. Chevallier, « Démocratie sanitaire et citoyenneté administrative », art. cit., n°3, pp. 487-492

entend « *renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire* » et notamment « *associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé (...)*¹³²⁸ ».

564. Pour faciliter la mise en œuvre d'une telle démocratie sanitaire, on peut imaginer mélanger des procédés classiques tels que la représentation par le biais des associations agréées d'usagers¹³²⁹ ainsi que des outils numériques qui sont propices à l'échange et à prise en compte des voix citoyennes¹³³⁰. Des structures en ligne peuvent par exemple servir à récolter l'avis de centaines de milliers de personnes. Par le développement d'outils numériques et de la représentation par le biais d'associations agréées, les pouvoirs publics œuvrent dans le sens d'une plus grande légitimité d'action et d'adhésion des citoyens aux politiques sanitaires¹³³¹. En ce sens, « *la représentation des usagers est une condition de l'équilibre d'un système de santé moderne*¹³³² ».

565. L'émergence de la démocratie sanitaire peut avoir un effet bénéfique en matière de responsabilisation des usagers du système de santé. La responsabilisation s'entend vis-à-vis des décisions prises. Dans cette dimension collective, « *l'exercice de cette démocratie directe, parce qu'elle s'inscrit dans une démarche de codécision, s'accompagne, aussi, d'une plus grande responsabilisation*¹³³³ ». Pour l'heure, la démocratie sanitaire ne consiste pas en une démocratie directe, toutefois, elle est créatrice de responsabilité pour les représentants des usagers ainsi que les associations agréées. Anne Laude relève que la faculté reconnue aux associations en matière d'orientations générales de la santé « *passé inévitablement par la détermination de flux de dépenses, de recettes, de recettes nécessaires à la réalisation des actions déterminées. Ainsi les usagers vont devenir par l'intermédiaire de ces associations responsables des choix financiers que la politique de santé publique impose*¹³³⁴ ».

566. La mise en œuvre de ces processus de démocratisation sanitaire n'est pas sans risques tant ces choix peuvent avoir des conséquences importantes sur le système de santé et l'économie. Une telle participation mérite des processus d'appropriation par les usagers du système de santé qui

¹³²⁸ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Titre IV « Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire », Chapitre IV « associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits »

¹³²⁹ C. Compagnon, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014, p. 15 : « Les trente dernières années ont été marquées par une maturation et une mobilisation forte des associations envers la reconnaissance des droits des malades d'une part et la reconnaissance de leur expertise, les rendant légitimes pour être des interlocuteurs des pouvoirs publics et des professionnels »

¹³³⁰ Par exemple le développement du site granddebat.fr lancé le 15 janvier 2019 pour recueillir les doléances des Français

¹³³¹ A. Laude, « Le patient, nouvel acteur de santé ? », art. cit., pp. 1151-1155

¹³³² D. Tabuteau, *Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé*, op. cit., p. 224

¹³³³ A. Laude, « Le patient, nouvel acteur de santé ? », art. cit., pp. 1151-1155

¹³³⁴ *Ibidem*

passé notamment par la « reconnaissance d'un droit à l'information¹³³⁵ », dont la caractérisation la plus récente et pertinente est le déploiement du service public de l'information en santé¹³³⁶. Danièle Cristol note à cet effet que « l'avancée du processus démocratique passe par la diffusion auprès de tous d'une information accessible et fiable (...)»¹³³⁷. L'information constitue un préalable à l'expression de la démocratie sanitaire.

567. La formation spécifique des représentants des usagers apparaît indissociable et complémentaire de cette information. Comme le constatait déjà Etienne Caniard, « des représentants non formés pourraient vite devenir de simples alibis¹³³⁸ ». Or, le manque de formation des représentants des usagers, encore aujourd'hui, constitue un frein à l'exercice effectif des droits collectifs.

568. Malgré tous ces points qui font de la démocratie sanitaire « un puissant moteur d'évolution¹³³⁹ », il faut garder à l'esprit que cette démocratisation doit avoir pour objectif final l'intérêt général de protection de la santé égale pour tous ainsi que l'amélioration notable dans la qualité de la prise en charge des usagers du service public de santé de proximité.

Bien que des droits collectifs aient été progressivement reconnus tendant à répondre à un triple objectif de rénovation des pratiques démocratiques, de légitimation et d'adhésion aux politiques sanitaires et de responsabilisation des usagers, il est nécessaire de mesurer l'effectivité de la démocratie sanitaire et l'ampleur du « partage harmonieux des responsabilités entre citoyens, usagers du système de santé, État et professionnels de santé¹³⁴⁰ » appelé des vœux du groupe de travail d'Etienne Caniard.

B. L'institutionnalisation de la démocratie sanitaire

569. On ne peut nier l'émergence progressive de droits collectifs et d'enjeux de démocratie sanitaire. Cependant on peut sur l'effectivité de cette démocratie ou au contraire d'une certaine « hypocrisie sociale ?¹³⁴¹ ». Dans un premier temps nous verrons qu'il existe un paradoxe entre la multiplication des structures au sein desquelles les représentants des usagers sont présents et les

¹³³⁵ J. Chevallier, « Démocratie sanitaire et citoyenneté administrative », art. cit., n°3, pp. 487-492

¹³³⁶ Article L. 1111-1-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹³³⁷ D. Cristol, « L'utilisateur dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°3, pp. 413-427

¹³³⁸ E. Caniard, *La place des usagers dans le système de santé*, Décembre 2000, p. 20

¹³³⁹ J. Chevallier, « Démocratie sanitaire et citoyenneté administrative », art. cit., n°3, pp. 487-492

¹³⁴⁰ E. Caniard, *La place des usagers dans le système de santé*, op. cit., p. 7

¹³⁴¹ A. Laude, « Le patient, nouvel acteur de santé ? », art. cit., pp. 1151-1155

faibles compétences qui leur sont dévolues (1) avant d'analyser les mécanismes qui pourraient participer d'une rénovation de la démocratie sanitaire (2).

1. *Le paradoxe de la représentation des usagers*

570. Le phénomène de la démocratie sanitaire se répand largement depuis la loi du 4 mars 2002. La multiplication des études doctrinales à son sujet, le nombre d'associations agréées ou encore d'instances accueillant des représentants des usagers démontrent un intérêt certain. Néanmoins, divers facteurs montrent que plus de seize ans après les débuts de l'institutionnalisation de la démocratie sanitaire cette dernière peine encore à être effective.

571. Le premier élément qui participe d'une certaine illisibilité du système est la multiplication des instances au sein desquelles siègent des représentants des usagers. Un document du CISS réalise un panorama des multiples lieux de représentation¹³⁴². On ne dénombre pas moins de treize instances au niveau des territoires infranationaux et dix pour les instances nationales. Face à la multiplication des instances, un rapport sénatorial préconisait de « *rationaliser les structures pour éviter les doublons*¹³⁴³ ».

572. Au niveau territorial on retrouve des représentants des usagers au sein de la conférence régionale de la santé¹³⁴⁴ et de l'autonomie ainsi qu'au sein des conseils territoriaux de santé¹³⁴⁵. Bien que ces deux instances s'inscrivent dans des échelons territoriaux différents, régional pour le premier et au niveau des territoires de démocratie sanitaire¹³⁴⁶ pour les seconds, leurs missions pourraient aisément être rationalisées pour plus d'effectivité. L'inclusion, par exemple de représentants siégeant au sein des conseils territoriaux de santé dans les CRSA peut-être une idée qui permettrait de donner du liant aux mécanismes des deux instances.

573. La multiplication des instances au sein desquelles sont présents les représentants des usagers, si, elle apparaît factuellement intéressante peut tout aussi bien desservir la cause et brouiller

¹³⁴² Pour un panorama complet des lieux de représentation, France assos, *Où siègent les représentants des usagers du système de santé ?*, 2017, 6 p.

¹³⁴³ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 11

¹³⁴⁴ La proportion de représentants des usagers issus des associations agréées est de 9 pour 108 membres que compte la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (Article D. 1432-28 du Code de la santé publique)

¹³⁴⁵ Le collège des usagers et associations d'usagers au sein des conseils territoriaux de santé est composé d'au moins 6 membres et d'au plus 10 membres pour un conseil en comprenant entre 34 et 50 (Article R. 1434-33 du Code de la santé publique)

¹³⁴⁶ Article R. 1434-29 du Code de la santé publique

les messages. Cette impression est d'autant plus forte que les compétences des instances sont souvent uniquement consultatives. Les propos de Bernadette Devictor à l'égard des CRSA montrent le déficit de confiance qui les entoure : « être une instance consultative, c'est une belle mission, mais parfois difficile à assumer dans la durée quand on n'a aucune idée de la suite qui est donnée aux avis, aucune explication des raisons pour lesquelles ils ne sont pas considérés soit en totalité, soit même en partie¹³⁴⁷ ». Le représentant peut ainsi se retrouver déstabilisé par une action qu'il ne maîtrise pas et sur laquelle il n'a en définitive que peu d'emprise. Ces méthodes s'avèrent contre-productives en ce qu'elles peuvent participer d'un désintérêt progressif de la représentation des usagers.

574. Il serait profitable de resserrer la présence des représentants des usagers au sein d'instances aux capacités délibératives plus importantes. Il est d'ailleurs souvent préconisé de renforcer l'autonomie et les capacités délibératives des CRSA¹³⁴⁸. À cet égard, « la loi HPST n'a pas doté la CRSA de véritables compétences, notamment pour en faire un lieu de débat contradictoire. Par ailleurs, la loi ne donne pas les moyens aux CRSA de mener à bien leur mission, la limitant de facto¹³⁴⁹ ». Didier Tabuteau considère la loi HPST en retrait par rapport à la dynamique de la décennie précédente dans la mesure où la création des CRSA aurait pu constituer un lieu de passage et d'un débat contradictoire pour toutes les grandes décisions de l'ARS¹³⁵⁰, cette position est renforcée par un *statu quo* opéré par les lois successives.

575. Une meilleure autonomie et des pouvoirs plus importants accordés aux CRSA constituent une piste intéressante à la fois pour le mécanisme de représentation des usagers, mais aussi pour l'association des représentants des collectivités territoriales et des professionnels. La démocratie sanitaire doit se développer à partir de l'échelon de proximité afin de transmettre un message au plus proche des considérations des usagers du système de santé et que ces revendications aient une chance d'être reprises à un échelon supérieur. Il persiste en la matière un déficit de confiance et de volonté de collaborer entre les usagers et certains professionnels de santé, la démocratie sanitaire ne pourra espérer être effective qu'au prix de « changements de mentalité des différents acteurs¹³⁵¹ » décidés à travailler main dans la main.

¹³⁴⁷ B. Devictor, « Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », *Santé publique*, 2010/1, Vol. 22, pp. 121-129

¹³⁴⁸ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, op. cit., p. 11

¹³⁴⁹ J.-P. Domin, « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », *Les tribunes de la santé*, 2014/5, n°HS 3, pp. 21-29

¹³⁵⁰ D. Tabuteau, « 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013/1, Vol. 31, pp. 53 à 67

¹³⁵¹ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, « Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°2, pp. 217-228

576. La multiplication des associations agréées porte également le risque d'une instrumentalisation de ces dernières par divers lobbys. Pour éviter cet aléa, il a été préconisé la mise en place d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé assistée par des délégations territoriales¹³⁵². Celle-ci est chargée de mettre en place une charge des valeurs qui vise notamment à maintenir l'indépendance des associations¹³⁵³. Cette indépendance « *ne se limite pas à l'absence de liens financiers, mais implique également une autonomie vis-à-vis des syndicats, des partis politiques, etc. qui tous ont pour mission de défendre les multiples intérêts à l'œuvre dans le champ de la santé, mais d'une manière autre que celle des associations d'usagers*¹³⁵⁴ ».

577. Pour éviter ces diverses pierres d'achoppement susceptibles de freiner le mouvement de démocratie sanitaire, il est indispensable d'accompagner celui-ci de moyens importants, lesquels ne doivent pas être réduits aux moyens financiers.

2. La rénovation des moyens alloués à la démocratie sanitaire

578. Ce constat d'un paradoxe entre une représentation toujours plus importante quantitativement et d'un manque d'effectivité des mécanismes de démocratie sanitaire ne doit pas faire l'objet d'un *statu quo*. Il est désormais nécessaire de mettre en œuvre des leviers pour que la démocratie sanitaire ne demeure pas une coquille vide. Les moyens qui doivent être déployés pour servir la démocratie sanitaire sont de deux types. Il s'agit de moyens financiers mis à disposition des associations agréées et des représentants des usagers et de moyens ou leviers intellectuels qui sont le fait d'une formation indispensable des représentants des usagers.

579. Concernant tout d'abord les moyens financiers, il est nécessaire de fournir aux associations agréées ainsi qu'aux instances au sein desquelles les représentants sont issus les moyens de remplir leurs missions. Or, on constate, une évolution négative du financement de la démocratie sanitaire. L'enveloppe prévue pour les ARS au titre du fonds d'intervention régional a ainsi été revue entre 2014 et 2015 pour attribuer une part aux associations nationales, « *le montant attribué aux régions a été*

¹³⁵² Décret n°2017-90 du 26 janvier 2017 relatif à l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

¹³⁵³ E. Couty, *Concertation pour la création et la mise en place d'une union nationale des associations agréées des usagers du système de santé*, 2016, p. 20

¹³⁵⁴ D. Thouvenin, T. Berger, « Le comité de déontologie de France Assos Santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°HS, pp. 131-146

*réduit de moitié en 2015, l'autre moitié ayant été attribué aux associations nationales*¹³⁵⁵ ». Ce redécoupage apparaît en contradiction totale avec le souhait de faire vivre au sein des ARS la démocratie sanitaire de proximité. La démocratie sanitaire ne peut plus vivre de « *bouts de ficelles* » sans « *moyens matériels propres à permettre son fonctionnement*¹³⁵⁶ ».

580. Outre les moyens financiers alloués aux associations agréées et aux instances dont font partie les représentants des usagers, il est capital de doter les représentants de connaissances propres à les éclairer sur la compréhension du système de santé et à garantir une composition représentative au sein de ces instances.

Pour réaliser leur mandat, les représentants des usagers se voient garantir certains droits, ces fonctions de représentation sont chronophages et souvent incompatibles avec un exercice professionnel¹³⁵⁷. Le rapport Compagnon proposait la mise en place d'un véritable statut de représentants des usagers¹³⁵⁸. Si l'on comprend la volonté de diversifier les profils de représentants des usagers qui sont généralement des personnes à la retraite, l'usager ne perd-il pas de sa condition de simple usager en devenant un véritable professionnel de la représentation ?

581. Les droits des représentants des usagers ont été définis antérieurement à la loi de modernisation de 2016 et comprennent le droit à un congé de représentation¹³⁵⁹, le droit au défraiement, et le droit à une formation. Le droit à un congé de représentation permet au représentant des usagers de siéger au sein des instances où il est nommé. Il a un pour intérêt de justifier l'absence du salarié pendant l'exercice de son mandat, mais aussi de lui octroyer une indemnité lui permettant de compenser de manière forfaitaire sa perte de revenus¹³⁶⁰. Le droit au défraiement permet une prise en charge des frais relatifs au déplacement occasionnés par le mandat de représentation, on remarque que souvent les représentants ne sont pas au fait de cette possibilité et ils sont nombreux à ne pas demander ces remboursements.

582. Ces deux droits n'ont pas connu d'évolution avec la loi de 2016, la formation a, pour sa part évoluée. Le texte prévoyait auparavant que les représentants des usagers ont droit à une

¹³⁵⁵ IGAS, *Evaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux*, 2016, n°2015-179R, p. 24

¹³⁵⁶ J. Hardy, « Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°2, pp. 229-238

¹³⁵⁷ Collectif Interassociatif sur la Santé, *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé*, IVème édition, p. 28

¹³⁵⁸ C. Compagnon, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », *op. cit.*, p. 15

¹³⁵⁹ Article L1114-3 du Code de la santé publique : « Les salariés, membres d'une association visée à l'article L.1114-1, bénéficient d'un congé de représentation (...) lors qu'ils sont appelés à siéger (...) ».

¹³⁶⁰ Pour plus de détails concernant les modalités de demande, d'octroi et possibilités de s'opposer à un congé de représentation voir : CISS, *Fiche thématique du CISS n°27 – Le congé de représentation des représentants d'usagers du système de santé*, 2014

formation facilitant l'exercice de leur mandat. Il s'agissait donc d'une action volontaire de la part des représentants des usagers et cette dernière formation n'était pas définie ou encadrée, elle était encore moins obligatoire. La loi de modernisation du système de santé vient rendre obligatoire la formation¹³⁶¹ et lui octroi un cadre grâce à un cahier des charges défini par arrêté ministériel¹³⁶². La formation, de deux jours, organisée dans les six mois suivants la prise de mandat, doit ainsi être généraliste et permettre de donner aux représentants d'usagers la capacité de comprendre le système de santé, de veiller à la bonne expression des attentes et besoins des usagers, de construire une parole transversale et généraliste de l'utilisateur en santé et d'apprendre à travailler en réseau. Cette formation doit permettre aux représentants des usagers d'acquiescer « *les moyens de prendre part aux débats et participer activement à l'amélioration du système de santé grâce à une connaissance suffisante de l'environnement global (vision globale du système de santé) et de thématiques spécifiques*¹³⁶³ ». Cette volonté trouve un écho favorable dans la stratégie nationale de santé laquelle prévoit de « *renforcer la représentation et le rôle d'expertise des usagers et des citoyens dans le système de santé par le développement de la formation et par la simplification des instances*¹³⁶⁴ ». On peut espérer que la formation prévue soit améliorée et approfondie par les législations futures. L'obligation constitue une avancée significative, mais la durée apparaît relativement faible pour appréhender le système de santé et ses problématiques dans leur globalité.

583. Pour offrir une formation de qualité et homogène sur l'ensemble du territoire, un arrêté¹³⁶⁵ est venu fixer les organismes habilités à dispenser ces formations. Afin de financer cette formation, cet arrêté a été suivi d'un décret¹³⁶⁶ visant à définir les modalités d'allocation de la subvention publique aux associations habilitées à assurer la formation des représentants des usagers. Le décret prévoit l'attribution d'une subvention publique versée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour les associations agréées au niveau national et par les agences régionales de santé, pour les associations agréées au niveau régional.

584. C'est seulement au prix de moyens financiers renforcés et d'une formation approfondie que la démocratie sanitaire pourra voir émerger un débat porteur pour l'intérêt général.

¹³⁶¹ Article L1114-1 II, du Code de la santé publique : « II. –Les représentants des usagers (...) suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées »

¹³⁶² Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges de la formation de base des représentants d'usagers

¹³⁶³ D. Cristol, « L'utilisateur dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle », art. cit., pp. 413-427

¹³⁶⁴ Stratégie nationale de santé 2018-2022, p. 69

¹³⁶⁵ Arrêté du 9 décembre 2016 fixant la liste des associations habilitées à délivrer la formation de base des représentants d'usagers du système de santé

¹³⁶⁶ Décret n°2016-1768 du 19 décembre 2016 relatif au financement de la formation de base des représentants des usagers du système de santé



585. Ce chapitre confirme qu'il est indispensable de « *faire confiance aux acteurs les plus proches du terrain*¹³⁶⁷ ». En effet, le service public de santé de proximité ne pourra se passer de la participation de l'ensemble des acteurs et particulièrement ceux, qui apparaissent jusqu'alors en retrait dans la définition des politiques de santé que sont les collectivités territoriales, les professionnels et établissements de santé et médico-sociaux et les usagers du système de santé.

586. L'émergence du service public de santé de proximité vise, dans le but d'une plus grande protection de la santé et d'un accès aux soins renouvelé à mettre en place une gouvernance et un pilotage rénové. Cette remise en ordre institutionnelle s'inscrit dans un double mouvement visant à donner aux ARS une responsabilité réelle en matière de territorialisation du secteur sanitaire et à solliciter l'ensemble des acteurs à hauteur de leurs compétences afin de permettre une synergie d'action au service du service public de santé de proximité.

587. La restructuration autour des ARS passe par tout d'abord par une refonte de l'échelon central, de ses compétences et des liens entre l'ARS et ce dernier. Le service public de santé de proximité se base sur un État qui agit en tant que stratège, de guide qui limite ses instructions et établit un cadre d'action général. Le parallélisme institutionnel implique encore l'apparition d'une agence nationale de santé en lieu et place du Conseil national de pilotage des ARS. Cette agence nationale de santé apparaît comme un vecteur susceptible d'offrir une plus grande unité dans le pilotage du service public de santé de proximité en rompant avec la dyarchie existante entre l'État et l'assurance maladie. L'agence nationale a ainsi pour mission de mettre en œuvre un cadre de régulation global envers l'ensemble des professionnels, établissements de santé ainsi que médico-sociaux, en récupérant notamment les compétences de l'assurance maladie en matière de gestion du risque et de politique conventionnelle.

588. Une fois cette agence constituée, il convient d'offrir aux ARS une capacité d'action suffisante qui passe par la négociation de contrats pluriannuels et de moyens négociés entre l'ANS et l'ARS. L'ARS doit bénéficier d'une forte application du principe de subsidiarité afin de permettre une territorialisation optimale.

¹³⁶⁷ J. Le Menn, A. Milon, *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*, *op. cit.*, p. 7

589. Outre cette organisation institutionnelle, le service public de santé de proximité requiert l'association de différents acteurs dont les compétences techniques sont bénéfiques à une meilleure protection de la santé. Dans ce cadre, les collectivités territoriales sont un acteur indispensable à la satisfaction de la protection de la santé. Outre leurs compétences diagnostic, les collectivités par leurs compétences propres peuvent être associées aux politiques sanitaires de proximité. En effet, il serait inopportun d'imaginer un isolement de la politique sanitaire, celle-ci s'inscrit dans galaxie qui mêle politiques éducatives, d'aménagement du territoire ou encore environnementale...

590. Les professionnels de santé et médico-sociaux quel que soit leur type d'exercice doivent encore participer à la mise en œuvre du service public de santé de proximité. Ils doivent prendre part à l'ensemble des concertations et négociations et leurs capacités d'innovation doivent être promues comme un vecteur d'amélioration de la protection de la santé des usagers.

591. Enfin, les usagers doivent participer de manière active à la mise en œuvre du service public de santé de proximité. La démocratie sanitaire qui peine à se structurer depuis plus de 15 ans doit trouver dans ce service public une capacité d'action, notamment par des moyens financiers renforcés qu'elle n'a pu obtenir jusqu'alors.

CONCLUSION PARTIE 1.

592. La protection de la santé constitue un droit fondamental¹³⁶⁸ offert à l'ensemble des citoyens. Son enjeu essentiel, bien que non exclusif, réside dans la possibilité pour chacun de bénéficier des soins nécessités par son état sans que des obstacles géographiques ou sociaux viennent contrarier cette opportunité. Cette possibilité s'avère aujourd'hui contrariée ce qui entraîne de profondes inégalités dans l'accès aux soins. Ces inégalités trouvent leur source dans l'incapacité du système à fournir des prestations de soins sur l'ensemble du territoire du fait de systèmes de régulation différenciés qui subsistent entre les établissements de santé et les professionnels libéraux. Ce constat se double de la difficulté qui existe au sein du système de santé à coordonner l'action des différents services de santé qui peinent à assurer la continuité des soins.

593. Le constat d'une carence en matière d'égalité dans l'accès aux soins, ainsi que dans la continuité offerte ouvre la voie d'une organisation basée sur un service public regroupant l'ensemble des acteurs du système de santé. Le service public de santé de proximité vise à organiser l'action coordonnée des acteurs au sein des territoires, en s'affranchissant des barrières inhérentes à la cohabitation de systèmes cloisonnés. Cette coordination des soins au sein des territoires de proximité nécessite la revalorisation de l'exercice de médecine générale qui constitue la pierre angulaire du service public de santé de proximité. L'expression de pivot du système de santé est, depuis longtemps utilisée pour qualifier le généraliste sans qu'il n'en résulte d'effets pratiques, Suzanne Maury émettait, à juste titre, en 2012 l'hypothèse de « *dispositions alibi, séduisantes en principe mais qui, faute d'un statut juridique et financier solide*¹³⁶⁹ » ne se traduisent que par des réalisations marginales. Acteur fondamental du service public, ses missions, ses modes d'exercices et sa rémunération doivent évoluer afin d'attirer plus d'étudiants en médecine vers cet exercice fondamental à la réalisation de l'intérêt général.

594. La mise en œuvre du service public de santé de proximité va, une fois de plus au-delà des intentions, l'apparence de territorialité développée avec l'apparition des ARS doit laisser la place à un système rénové tirant parti de l'ensemble des acteurs au service des usagers. Dans ce système, l'État se cantonne à un rôle de stratège fixant les axes d'action. L'ARS voit son autonomie étendue vis-à-vis de l'État et intervient dans une optique de singularisation, d'adaptation de cette stratégie.

¹³⁶⁸ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique

¹³⁶⁹ S. Maury, « Réhabiliter les soins de proximité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°1, pp. 84-96

L'Agence Nationale de Santé revêt le rôle de pilote et de régulateur en réalisant la jonction entre les services des administrations centrales et de l'assurance maladie, elle assure son rôle en contractualisant avec les ARS qui constitue un levier fondamental et négocié, d'action et d'évaluation.

595. Outre ces acteurs, l'intégration des collectivités territoriales ainsi que des professionnels de santé est indispensable tant leur capacité d'expertise au sein des territoires est importante. Les collectivités peuvent, de plus, agir de manière conjointe dans des champs d'interventions qui leurs sont propres. Enfin l'association des usagers, à l'heure de l'an II de la démocratie sanitaire¹³⁷⁰ sonne comme une évidence tant l'investissement de l'Etat en matière sanitaire s'avère important.

596. La description des objectifs alloués au service public de santé de proximité, ainsi que de son périmètre institutionnel ne suffit malheureusement pas à sa concrétisation pratique. La deuxième partie de cette étude permettra d'analyser précisément les moyens développés jusqu'alors par les pouvoirs publics dans la régulation du système de santé et de mettre en lumière les nouveaux outils de régulation offerts par le service public de santé de proximité.

¹³⁷⁰ En référence à l'ambitieux rapport, C. Compagnon, *Pour l'An II de la démocratie sanitaire*, 2014, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la santé

Partie 2. Les moyens d'action du service public de santé de proximité, une construction hésitante

597. La protection de la santé réside au cœur des intérêts du service public de santé de proximité. Celui-ci se voit doté d'une forme institutionnelle rénovée permettant aux agences régionales de santé d'agir avec une plus grande autonomie afin d'organiser une réponse adéquate sur leurs territoires.

598. Les moyens du service public de santé de proximité se traduisent par une capacité d'action auprès des professionnels de santé dans un but de satisfaction des besoins de santé de proximité. La persistance d'inégalités territoriales et sociales dans l'accès aux soins et la menace de leur creusement nécessitent une attention particulière et une capacité d'action innovante. Ces constats de la carence en matière d'accès aux soins ont eu tendance à se multiplier émanant du corps législatif¹³⁷¹, de différents organes et notamment du défenseur des droits¹³⁷², des collectivités territoriales¹³⁷³ ou encore des associations d'usagers du système de santé¹³⁷⁴. De manière plus surprenante, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est prononcé en 2012¹³⁷⁵ pour une obligation d'exercice au sein d'un territoire déficitaire d'une durée de 5 ans pour les jeunes diplômés ce qui n'a pas manqué de susciter un tollé auprès des étudiants et médecins, cette position a par ailleurs été soutenue par le Professeur Perrotin, alors Président de la Conférence des doyens¹³⁷⁶.

¹³⁷¹ De nombreuses propositions de loi ont eu pour objet de réguler l'installation des médecins libéraux à l'issue de leurs études, par un mécanisme d'obligation de service public temporaire par exemple (Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, 8 novembre 2011, n°3914), ou par la mise en œuvre d'un conventionnement sélectif (Proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale, 19 décembre 2018, n°1541). On peut encore citer le contrat santé solidarité présent dans le projet de loi HPST, lequel ne se verra jamais doté de décrets d'application, avant d'être supprimé par la loi Fourcade moins de deux ans plus tard

¹³⁷² Le défenseur des droits, *Les inégalités de santé*, 2015, p. 3

¹³⁷³ Les collectivités territoriales se saisissent de la question de l'accès aux soins de manière plus ou moins fantaisiste, G. Rousset, « La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°6, pp. 1061-1073 évoque une élue locale qui a proposé de faire appel à des vétérinaires pour faire face à la pénurie sous condition de réalisation d'une passerelle de formation

¹³⁷⁴ France Assos a consacré différents dossiers à l'accès aux soins, notamment sur le volet social des restes à charge

¹³⁷⁵ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Accès aux soins : recommandations du CNOM*, Communiqué de presse du 29 mai 2012

¹³⁷⁶ Entretien avec le Pr Perrotin, « Pour un service public des jeunes médecins de deux à trois ans », *Le quotidien du médecin*, 14 juin 2012

599. Face au défi de l'accès aux soins, les pouvoirs publics se sont positionnés en faveur d'une régulation souple basée sur des incitations qui font la part belle aux capacités d'auto-organisation des médecins et dont les effets sur la démographie médicale s'avèrent très relatifs faute d'une analyse ainsi que d'une organisation rationnelle de l'offre incitative (Titre 1). L'échec, bien que relatif de ces modes de régulation souples doivent permettre d'envisager une régulation active de l'activité médicale propre à rendre effectif l'accès aux soins sur le territoire (Titre 2).

Titre 1. L'échec relatif des moyens purement incitatifs de régulation

600. Le Larousse définit l'incitation comme l'action d'inciter, de pousser à faire quelque chose. En matière de régulation sanitaire, il s'agit d'inciter les acteurs à s'installer au sein d'un territoire ou à adopter des pratiques d'exercices ou financières qui s'avèrent propices à permettre un accès aux soins égal et continu de l'ensemble des usagers ou encore susceptibles d'améliorer la protection de la santé. Les incitations à l'installation viennent spontanément à l'esprit quand on évoque la lutte contre les inégalités dans l'accès aux soins, la réalité est bien plus variée, ces dernières peuvent consister dans la promotion d'une pratique rénovée, pluridisciplinaire, sur le développement d'actions de santé publique, de pratiques tarifaires particulières ou de la mise en œuvre d'actions de coordination.

601. Les pouvoirs publics ont fait le choix, depuis de nombreuses années d'une action de régulation tournée exclusivement autour d'outils incitatifs qui mettent en avant la capacité d'auto-organisation des professions de santé. La loi du 13 août 2004 et la convention médicale de 2005¹³⁷⁷ signée dans la foulée constituent les prémices de ce système incitatif. La première mesure mise en œuvre visait à supprimer les pénalités relatives aux consultations hors parcours de soins auprès de praticiens nouvellement installés en libéral au sein de zones déficitaires¹³⁷⁸.

602. L'autorité publique « *prélevant des fonds privés doit alors se préoccuper non seulement de la maîtrise de la dépense (...), mais aussi de l'emploi des fonds prélevés et de la qualité de ce que l'on produit (et consomme) avec. En effet, pour qu'il soit avantageux socialement de confier l'administration du budget de la santé à la puissance publique, il faut qu'elle soit meilleur consommateur de soins que l'assuré ou le patient et partant, un meilleur producteur de santé*¹³⁷⁹ ». L'allocation des ressources financières par le biais de mesures incitatives n'apparaît pas extravagante s'il en résulte, pour l'accès aux soins des effets bénéfiques. La réaction est toute autre, si ces ressources alimentent un système incapable de satisfaire à l'exigence d'accès aux soins des usagers.

¹³⁷⁷ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°0190 du 17 août 2004, p. 14598

¹³⁷⁸ R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », art. cit., pp. 404-411

¹³⁷⁹ M. Grignon, « La question de la régulation des systèmes de santé », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2006/2-3, pp. 43-62

603. Qu'ils relèvent d'un alibi, ou d'une volonté politique assumée, les dispositifs incitatifs se sont multipliés à l'initiative de différents acteurs, sous diverses formules. Le « marché » de l'incitation apparaît aujourd'hui tentaculaire, les nombreuses aides proposées entrent en concurrence ce qui nuit fortement à l'efficacité des dispositifs censés favoriser l'accès et la continuité des soins (Chapitre 1). Néanmoins, abandonner le système incitatif ne constitue pas une solution, il convient d'opérer une rationalisation des dispositifs vectrice d'un accès aux soins renforcé (Chapitre 2).

Chapitre 1. L'inefficacité du mille-feuille incitatif introduit depuis la loi HPST

« Souvent, la jungle (des aides) répond au désert¹³⁸⁰ »

604. Le paysage institutionnel sanitaire reste, pour l'heure encore éclaté. Ce manque de cohérence et de synergie entre les différents acteurs composant le système de santé transparait dans les moyens dont il dispose tout autant que dans son action.

605. Le constat d'une aggravation des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins est récurrent¹³⁸¹. Le Conseil national de l'ordre des médecins dans son dernier atlas annuel de la démographie médicale retient que « *les inégalités territoriales entre les départements se creusent (...). Les écarts de densité peuvent atteindre des rapports de 1 à 3 selon les départements et les spécialités* », il est en outre constaté que les territoires à faible densité médicale cumulent souvent les fragilités¹³⁸². Les pouvoirs publics recherchent désespérément, du moins en apparence, les outils pour pallier les carences en matière de démographie médicale.

606. Cette volonté de lutter contre les inégalités d'accès aux soins est constamment rappelée. Preuve en est, la loi HPST plaçait « *l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités*¹³⁸³ ». Par la suite, la loi de modernisation du système de santé entendait « *améliorer l'accès de tous à la santé et à des soins de qualité*¹³⁸⁴ ». Plus récemment encore, la stratégie nationale de santé a fait de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins l'une des quatre priorités de la politique de santé¹³⁸⁵.

607. L'idée de mille-feuille est relative à un empilement de dispositifs, d'outils de diagnostic, sans réelle logique ni hiérarchisation. La notion est, par ailleurs fréquemment utilisée en matière de

¹³⁸⁰ C. Paul, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013*, Tome II, 17 octobre 2012, n°302, p. 15

¹³⁸¹ E. Doineau, T. Mesnier, S. Augros, *Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins*, octobre 2018, 70 p.

¹³⁸² Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, Situation au 1er janvier 2018, p. 1

¹³⁸³ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹³⁸⁴ Exposé des motifs de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹³⁸⁵ Stratégie nationale de santé 2018-2022, Axe 1 : mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux. Axe 2 : lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Axe 3 : garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé. Axe 4 : innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

collectivités locales¹³⁸⁶, de manière critique comme conséquence des lois de décentralisation et semble innover d'autres domaines de l'action publique¹³⁸⁷. Les différents intervenants, qu'il s'agisse de l'État, des ARS, de l'assurance maladie ou encore de l'ensemble des collectivités territoriales agissent en ordre dispersé fruit d'une absence de cohérence qui n'est ni bénéfique en matière d'accès aux soins ni de gestion des deniers publics. Dans ce sens, le Conseil économique, social et environnemental soulève que les collectivités territoriales « *se sont engagées, avec des intentions légitimes, vers une forme de surenchère des initiatives qui s'avère coûteuse et pénalisante pour les collectivités les plus pauvres*¹³⁸⁸ ».

608. Pour l'heure, la démarche introduite par les pouvoirs publics consiste dans la recherche d'un compromis acceptable tant du point de vue des médecins que des usagers en vue de leur garantir un égal accès aux soins (Section 1), pour autant, plus de 10 ans après la mise en oeuvre des premiers dispositifs incitatifs visant au rééquilibrage de la démographie médicale sur le territoire, il apparaît un échec, du moins relatif de l'ensemble de ces mesures (Section 2).

Section 1. La recherche d'un compromis entre les intérêts des médecins et des usagers du système de santé dans l'objectif d'un égal accès aux soins

609. Les principes qui régissent encore à l'heure actuelle la médecine libérale sont hérités de la Charte de 1927¹³⁸⁹. Si leur valeur ne pouvait être contestée jusqu'en 1971, date à laquelle fut signée la première convention médicale, il apparaît paradoxal que le législateur ait choisi cette année précise pour consacrer la liberté d'installation¹³⁹⁰.

¹³⁸⁶ H. Oberdorf, N. Kada, *Les institutions administratives*, Dalloz, Sirey Université, 8^{ème} édition, 2016, p. 174 ; P. Chrétien, N. Chiffot, M. Tourbe, *Droit administratif, op. cit.*, p. 333 ; M. Verpeaux, *Histoire des collectivités territoriales et de la décentralisation*, JurisClasseur Administratif, Fasc. 116-5, 23 juillet 2018

¹³⁸⁷ S. Bernard, « D'un millefeuille à l'autre... », *AJDA*, 2018, n°13, pp. 705-707

¹³⁸⁸ S. Castaigne, Y. Lasnier, *Les déserts médicaux*, Conseil économique, social et environnemental, n°2017-27 du 14 décembre 2017, p. 24

¹³⁸⁹ Confédération des syndicats médicaux français, Charte de la médecine libérale, 1927

¹³⁹⁰ Article L. 257 du code de la sécurité sociale issu 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

610. L'échange de bon procédé entraîna, pour un temps, un cadre vertueux dans lequel des millions de Français accédaient aux soins plus facilement, tandis que les médecins pouvaient enfin être honorés en espèces¹³⁹¹.

611. La réaffirmation des principes déontologiques fondamentaux au sein du code de la sécurité sociale¹³⁹² marque donc une étape fondamentale dans le renforcement de la médecine libérale. Dès lors, les médecins se sont arcboutés sur ces principes au point de voir l'ensemble des mesures coercitives proposées pour attenter la liberté d'installation rendues caduques ou inopposables (§1). Face à cette opposition des médecins libéraux, les différents acteurs ont multiplié les incitations en multipliant notamment les outils contractuels pour pallier les problèmes d'inégalités d'accès aux soins, espérant que le cycle vertueux de 1971 se renouvelle (§2).

Paragraphe 1. L'orientation souple et volontariste privilégiée par les pouvoirs publics

612. Les législations qui se succèdent depuis plus de quinze ans sont toutes marquées d'un même sceau qui est la valorisation des mesures incitatives pour tenter de parer les difficultés d'accès aux soins. La voie choisie par les différents acteurs pour leur action dans la lutte pour un meilleur accès aux soins répond au souhait d'éviter une opposition frontale avec les médecins libéraux lesquels refusent catégoriquement de se voir appliquer des mesures de régulation contraignantes (A), ce qui justifie le choix du contrat comme mesure de régulation, dont la souplesse permet de concilier les intérêts des parties (B).

A. Une position de principe ferme à l'égard des dispositifs de contrainte à l'installation

613. La fin de la liberté d'installation est un serpent de mer évoqué à chaque fois que des débats sur l'accès aux soins réapparaissent. En ce sens, il est intéressant de voir que certains outils introduits pour analyser et rendre l'accès aux soins plus efficient sont rendus inopérants par cette

¹³⁹¹ M. Chassang, « Brèves réflexions sur l'avenir de la médecine libérale », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2011, p 7-14

¹³⁹² Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale : « 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 (...) ».

position de principe (1), et que les propositions de loi en la matière, bien que multiples trouvent toujours une opposition importante qui empêche toute évolution (2).

1. L'existence et le maintien d'outils de diagnostic et d'action inopérants

614. Afin de mettre en avant et de lutter contre les inégalités d'accès aux soins, et plus largement pour protéger la santé publique, de nombreux outils diagnostics ont été développés mais ces derniers sont le plus souvent non opposables aux professionnels libéraux. On espère par leur simple mise en œuvre éveiller un sursaut de conscience chez ces derniers. La mise en place de dispositifs coûteux quant à leur développement et dont les résultats sont très incertains interroge. On peut exposer successivement deux outils, dont les potentialités sont anéanties par leur manque d'ambition.

615. Le premier dispositif en question est le schéma régional de santé arrêté par le directeur de l'agence régionale de santé, ce dernier est une composante essentielle du projet régional de santé¹³⁹³. Le SRS fondamental en ce qu'il détermine les besoins en implantation pour l'exercice des soins de premier et de second recours et en prévoit les objectifs futurs. Le SRS comporte quatre objectifs¹³⁹⁴ principaux : développer la prévention et la promotion de la santé, améliorer l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, en particulier en mobilisant les équipes de soins primaires¹³⁹⁵ et les communautés professionnelles territoriales de santé¹³⁹⁶.

Le schéma régional de santé porte donc des ambitions importantes en matière de santé et d'accès aux soins. Depuis la loi HPST et jusqu'alors, le schéma régional d'organisation des soins qui prévalait était inopposable à l'égard des professionnels libéraux¹³⁹⁷. Le projet de loi relatif à la santé enregistré en 2014¹³⁹⁸ remplace le schéma régional d'organisation des soins par le schéma régional de santé, négligence ou volonté du gouvernement, la mention de l'inopposabilité du schéma n'apparaissait pas dans le projet de loi. De nombreux amendements ont été déposés pour souligner l'absence d'un rappel à la liberté d'installation et de la précision de l'inopposabilité du

¹³⁹³ Article L. 1434-1 du Code de la santé publique : « Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale »

¹³⁹⁴ Article R. 1434-6 du Code de la santé publique

¹³⁹⁵ Article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique

¹³⁹⁶ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique

¹³⁹⁷ Article L. 1434-7 du Code de la santé publique

¹³⁹⁸ Projet de loi relatif à la santé, n°2302, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014

schéma aux professionnels libéraux¹³⁹⁹. Le gouvernement a acquiescé à ces demandes en modifiant le texte initial du projet de loi¹⁴⁰⁰ pour revenir à une version comparable à celle qui prévalait pour le schéma régional d'organisation des soins. Le texte revient donc au paradoxe énoncé plus haut et dispose que « *le schéma régional de santé indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantation pour l'exercice des soins de premier recours (...), et de deuxième recours (...). Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux*¹⁴⁰¹ ». La mesure prive ainsi d'effet concret le schéma

On peut se questionner sur les opportunités offertes par un tel schéma vidé de toute force exécutoire. Si l'outil de diagnostic semble au point en ce qu'il permet notamment de souligner les besoins en implantation pour permettre un accès aux soins de tous, son inopposabilité ne lève-t-elle pas tout potentiel d'action ? L'édition du schéma régional de santé, laisse donc place au volontarisme des professionnels libéraux pour répondre aux problématiques soulevées par ce dernier, notamment en ce qui concerne la coordination et la coopération avec les autres acteurs.

616. Il est un autre domaine qui reste, malgré les débats à son sujet largement soumis à la volonté des professionnels de santé, la permanence des soins. La permanence des soins est une mission de service public¹⁴⁰² organisée par l'ARS¹⁴⁰³. Le code de déontologie médicale prévoit au sujet de la permanence des soins qu'il « *est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent*¹⁴⁰⁴ ». En parallèle, le Code de la santé publique a été modifié notamment du fait d'un mouvement de grève des gardes en 2001/2002. Le code prévoit alors que « *les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat*¹⁴⁰⁵ ». Cette situation apparaît paradoxale, « *dans un domaine très sensible de santé publique, le pouvoir réglementaire renvoie à l'auto-organisation collective des médecins libéraux, laissant à chacun d'entre eux le choix de prendre part ou non à la permanence*¹⁴⁰⁶ ».

¹³⁹⁹ Notamment, amendement n°AS580 présenté par M. Siré, M. Myard, M. Hetzel, M. Decool et Mme. Louwagie qui relève qu'il est « indispensable, dans cette proposition de rédaction des nouveaux articles relatifs au schéma régional de santé, de réintroduire les références au respect de la liberté des professionnels de santé libéraux. Par ailleurs, ce projet de loi supprime la disposition existante du Code de la santé publique qui précise expressément que le schéma régional de santé, et les dispositions qu'il comporte, ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux »

¹⁴⁰⁰ Amendement n°AS978 présenté par le Gouvernement

¹⁴⁰¹ Article R. 1434-7 du Code de la santé publique al. 3

¹⁴⁰² Article L. 1435-5 du Code de la santé publique

¹⁴⁰³ V. Vioujas, « La réforme de la permanence des soins : un seul pilote pour davantage d'efficacité ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°4, pp. 692-705

¹⁴⁰⁴ Article R. 4127-77 du Code de la santé publique modifié par le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003

¹⁴⁰⁵ Article R733 du Code de la santé publique créé par le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003

¹⁴⁰⁶ M. Del Sol, « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *Revue de droit sanitaire et social*, 2004, n°2, pp. 261-277

617. La loi de modernisation du système de santé tout comme la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé auraient pu constituer des occasions d'introduire une régulation plus efficiente de la permanence des soins. Un rapport de Catherine Lemorton abondait dans le sens d'une nécessité de réformer la permanence en relevant que « *si la PDSA repose sur le volontariat des professionnels de santé, celui-ci se révèle son talon d'Achille*¹⁴⁰⁷ ». Le rapport soulignait encore l'érosion du volontariat sur l'ensemble du territoire¹⁴⁰⁸, baisse par ailleurs qualifiée par le Conseil national de l'ordre des médecins d'inquiétante¹⁴⁰⁹. Cette baisse du volontariat est d'autant plus importante dans les territoires qui connaissent déjà des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. Plus encore, la Cour des comptes rappelle qu'avant 2002, la permanence était assurée par des tous de garde des médecins libéraux ce qui constituait une obligation, or, depuis la transformation en un système basé sur le volontariat rémunéré par un forfait d'astreinte les coûts ont considérablement augmenté. La Cour des comptes relève en 2012 près de 700 millions de dépenses directes liées à la permanence des soins soit un triplement depuis 2001, le tout, sans pour autant désengorger les urgences hospitalières¹⁴¹⁰. Il en résulte donc une augmentation des dépenses, alors que les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins sont pourtant en baisse sur la même période.

618. Face à ce constat d'échec d'une organisation basée sur la volonté des médecins concernant la permanence des soins, peut-on légitimement espérer que ces derniers seront capables de s'autoadministrer de manière rationnelle, en vue de concilier une maîtrise des dépenses de santé et un meilleur accès aux soins ? Nombreuses sont les personnalités¹⁴¹¹ qui estiment qu'une régulation efficiente ne pourra intervenir que par l'introduction d'une part de coercition quant à la régulation des professionnels libéraux, idée, qui pour l'heure est systématiquement refusée par les pouvoirs publics.

2) *Le mythe de la régulation de la liberté d'installation*

¹⁴⁰⁷ C. Lemorton, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins*, n°2837, 2015, p. 7

¹⁴⁰⁸ *Ibidem*, p. 32

¹⁴⁰⁹ CNOM, *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013*, 2014, p. 13

¹⁴¹⁰ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013*, *op. cit.*, p. 7

¹⁴¹¹ C'est le cas notamment de Guillaume Garrot (Proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale, 19 décembre 2018, n°1542), et Philippe Vigier (Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, 12 octobre 2016, n°4119) ; P. Véron, « Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te fourcade », *Revue droit et santé*, n°44, 2011, pp. 591-592

619. La liberté d'installation constitue un acquis fondamental pour les médecins libéraux. Toutefois, face au creusement des inégalités territoriales d'accès aux soins¹⁴¹² nombreuses ont été les institutions à soulever la nécessité d'une réflexion autour de la liberté d'installation. En 2007, le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conseillé de continuer dans la voie d'incitations positives, nuanciant son propos par la suite en notant que si cette politique s'avérait « *décevante, il conviendrait de reprendre au fond le dossier et d'étudier des mécanismes plus directifs d'installation (notamment en mettant en place des mécanismes de désincitation à l'installation en zones de surdensité)*¹⁴¹³ ». La même année, la Cour des comptes dont la ligne est similaire depuis en la matière préconisait « *de réguler la liberté d'installation des médecins s'installant par des mesures nettement dissuasives (baisse importante ou suppression de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, voire d'autres pénalités financières)*¹⁴¹⁴ ». On peut encore rappeler la position de l'Académie nationale de médecine qui proposait dès 2007, dans un délai de trois à cinq ans d'établir à l'échelon régional un bilan de l'efficacité des mesures incitatives et de ne recourir à des mesures contraignantes que si la situation au sein de ces zones ne connaissait pas d'amélioration significative¹⁴¹⁵.

620. Bien entendu, ces positionnements en faveur d'un durcissement des mesures de régulation ont été accueillis négativement par les médecins¹⁴¹⁶. C'est dans ce climat que les négociations de la loi HPST ont débuté. Le projet de loi semblait accorder une importance capitale à la question de la répartition des médecins et relevait notamment qu'en « *raison d'une coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, l'accès aux soins devient une question croissante pour nos concitoyens*¹⁴¹⁷ ». Les termes de l'exposé des motifs pouvaient laisser présager que les pouvoirs publics allaient saisir à bras le corps la question de la régulation médicale.

621. La loi HPST a ainsi connu une innovation majeure avec l'introduction du contrat santé solidarité¹⁴¹⁸, mesure « *audacieuse*¹⁴¹⁹ » votée sous l'impulsion de la ministre Roselyne Bachelot-

¹⁴¹² Le rapport Y. Berland, *Mission « démographie des professions de santé »*, Rapport n°2002135, Novembre 2002, T1, 114 p. constitue un des points de départ sur la nécessité d'œuvrer de manière plus positive au regard des difficultés d'accès aux soins

¹⁴¹³ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, *Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux*, 24 mai 2007, p. 6

¹⁴¹⁴ Cour des comptes, *La sécurité sociale 2007*, 2007, p. 202

¹⁴¹⁵ Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2007, 191, n°3, 641-651, séance du 27 mars 2007

¹⁴¹⁶ E. Lefebvre, « Liberté d'installation : l'avertissement des médecins au gouvernement », *Les Echos*, 17 septembre 2007

¹⁴¹⁷ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁴¹⁸ Article L. 1434-8 du Code de la santé publique issu 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

¹⁴¹⁹ G. Rousset, « La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », art. cit., pp. 1061-1073

Narquin grâce à l'appui de l'opposition. Il est prévu par le texte de permettre après concertation avec les conférences régionales de santé et les représentants des médecins de proposer aux médecins exerçants dans des zones à l'offre particulièrement élevée d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population de zones sous dotées. Le texte précisait ensuite que les médecins qui refusent de signer le contrat ou qui n'en respectent pas les conditions doivent s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle.

Cette mesure est la première et unique à ce jour incursion du législateur dans le domaine de la contrainte en matière de régulation de l'installation des médecins libéraux. Elle a été largement contestée par les professionnels de santé comme contrevenant aux libertés médicales et une partie de la doctrine à l'instar de Rémi Pellet qui note « *qu'en la matière la coercition n'est pas nécessairement la politique la plus efficace*¹⁴²⁰ ». Si l'on adhère à l'idée selon laquelle la seule coercition ne peut réguler le système de santé, une régulation plus active sera nécessaire pour rééquilibrer la démographie médicale comme nous aurons l'occasion de le voir.

622. En la matière, il apparaît pourtant essentiel de se prévaloir de l'intérêt général de protection de la santé, et des limites qu'il peut entraîner à certaines libertés. Guillaume Rousset rappelle ainsi que « *certain droits et libertés peuvent être violés tant que cela est justifié par l'existence d'un objectif supérieur et que le moyen pour l'atteindre est proportionné*¹⁴²¹ ». On peut d'ailleurs rappeler que le Conseil constitutionnel n'a pas eu de mal à valider l'introduction d'une majoration financière pour les patients consultant hors du parcours de soins¹⁴²² alors même que le libre choix du médecin constitue, au même titre que la liberté d'installation un principe déontologique fondamental¹⁴²³. A contrario, on se demande bien ce qui pourrait limiter l'introduction d'une pénalité à l'égard d'un médecin qui refuserait d'aller porter des soins là où sa fonction est nécessaire.

623. Le texte concernant le contrat santé solidarité restait dans l'attente de ses décrets d'application lorsque la ministre de la santé prononce son discours du 25 juin 2010 devant le congrès national de médecine générale. Le ton change de nouveau et la ministre déclare : « *preuve de ma confiance, je vais mettre volontairement entre parenthèses deux dispositions de la loi HPST, celle relative à la déclaration et celle relative au contrat santé solidarité*¹⁴²⁴ ». Cette intervention fait écho à la parution d'un

¹⁴²⁰ R. Pellet, « Assurance maladie et territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 38-64

¹⁴²¹ G. Rousset, « La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », art. cit., pp. 1061-1073

¹⁴²² Conseil constitutionnel, Décision n°2004-504 DC du 12 août 2004

¹⁴²³ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁴²⁴ Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur la place de la médecine générale dans le système de santé et le statut des médecins généralistes, Nice le 25 juin 2010

rapport demandé par le Président de la République concernant la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale qui préconise de « *supprimer le caractère résolument coercitif qui le rend peu opérationnel*¹⁴²⁵ », tout en mobilisant des « *mesures incitatives fortes*¹⁴²⁶ ». L'opposition n'est pas plus étayée ou soutenue par des études chiffrées qui auraient apporté une plus-value considérable au travail.

Quoi qu'il en soit, moins de deux mois plus tard, la Ministre de la santé change son positionnement sur la question du contrat santé solidarité, il s'agit alors de faire machine arrière sur un texte pourtant voté par le pouvoir législatif, ce qui ne manque pas de questionner quant au dévoilement du pouvoir législatif. La déconstruction du texte se termine par l'adoption de la loi Fourcade¹⁴²⁷ qui sans supprimer le contrat lui enlève toute coloration coercitive¹⁴²⁸, et par la même occasion son intention première.

624. Depuis lors¹⁴²⁹, les propositions et projets de loi se sont multipliés visant à introduire diverses mesures relatives à la régulation de l'installation des médecins libéraux. Jean-Marc Ayrault proposait ainsi en 2011 de « *revoir sans tabou le dogme de la liberté d'installation*¹⁴³⁰ » en insérant une régulation par autorisation des ARS au sein des zones surdenses. La question a été de nouveau discutée en octobre de la même année au sujet d'une proposition qui prévoyait qu'à l'issue de l'obtention du titre de docteur en médecine, les médecins désireux d'exercer à titre libéral devaient exercer a minima pour une durée de deux ans au sein de territoires où l'offre ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population. Ce dispositif repose selon les auteurs de la proposition « *sur le principe selon lequel la collectivité nationale qui a financé les études de médecins - dont le coût moyen est estimé à 200.000euros - est en droit d'attendre en retour un acte de solidarité de leur part : leur installation, pour une durée provisoire, dans un secteur sous médicalisé*¹⁴³¹ ». Une référence à l'intérêt général eut été intéressante à ce stade de la proposition de loi.

¹⁴²⁵ M. Legmann, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, Avril 2010, p. 16

¹⁴²⁶ *Ibidem*

¹⁴²⁷ P. Véron, « Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te Fourcade ! », *Revue droit et santé*, n°44, 2011, pp. 591-592 : « Fourcader : toilerter une loi, mais à rebrousse-poil ; par extension, réformer une loi jugée contraire à l'intérêt d'une catégorie professionnelle ; par extension encore, céder, capituler (devant des pressions lobbyistes par exemple) ; plus généralement, satisfaire à peu de frais à un groupe d'individus avant une échéance électorale »

¹⁴²⁸ Article 3 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions 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

¹⁴²⁹ Différentes propositions avaient déjà été déposées avant 2011 en faveur d'une meilleure régulation de l'installation des professionnels libéraux, on peut notamment citer la proposition de loi n°1444 du 24 février 2004 tendant à assurer la présence des professionnels de santé dans les zones déficitaires ou la proposition de loi n°200 du 27 septembre 2007 relative à la présence des médecins en zone rurale

¹⁴³⁰ Proposition de loi n°3158 du 9 février 2011 pour l'instauration d'un bouclier rural au service des territoires d'avenir

¹⁴³¹ Proposition de loi n°3827 du 18 octobre 2011 visant à garantir un égal accès aux soins des citoyens en tout point du territoire

Par suite, plus de dix propositions¹⁴³² ont été déposées pour tenter d'introduire une régulation par des moyens coercitifs à l'installation des médecins libéraux. Toutefois, l'ensemble de ces propositions ont été retoquées et les pouvoirs publics ont choisi de développer différents outils contractuels qui visent à concilier les intérêts en présence. Ce choix est assumé de nouveau par l'actuelle ministre de la santé selon qui « *il n'y a pas réellement d'endroit surdoté, sauf deux endroits qui sont les mêmes depuis 30 ans*¹⁴³³ ».

B. Le contrat comme outil de conciliation des intérêts des usagers du système de santé et des médecins

625. Le contrat, développé sous des formes diverses et de plus en plus fréquent en matière sanitaire et médico-sociale. Il constitue un outil qui permet selon les pouvoirs publics, d'une part, de négocier en préservant les libertés médicales des professionnels libéraux (1), et apparaît, d'autre part, comme un possible outil de planification au service de l'intérêt général (2).

1. Un outil de négociation vis-à-vis des offreurs en santé

626. Si selon Portalis, la loi « *permet ou elle défend ; elle ordonne, elle établit, elle corrige, elle punit ou elle récompense*¹⁴³⁴ », le contrat pour sa part appelle à une « *société de la négociation : il permet, par le réseau de droits et de devoirs qu'il crée, d'obtenir l'adhésion des citoyens, d'orienter leurs comportements et d'inciter sans contraindre*¹⁴³⁵ ». Le contrat peut alors être utilisé dans deux registres différents, il peut permettre de « *conduire l'action publique ou de mener des politiques publiques (...). Mais il est également une source de normes juridiques, au côté de la loi*¹⁴³⁶ », c'est le cas notamment des conventions nationales qui renvoient aux syndicats et à l'assurance maladie le soin de négocier dans divers domaines.

¹⁴³² Proposition de loi n°3914 du 8 novembre 2011 visant à garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire, Proposition de loi n°4144 du 10 janvier 2012 relative à la lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins sur le territoire français, Proposition de loi n°455 du 27 novembre 2012 visant à instaurer une régionalisation du numerus clausus et à favoriser l'installation des médecins dans les zones de désertification médicale, Proposition de loi n°555 du 19 décembre 2012 relative à la présence des médecins dans les zones rurales, Proposition de loi n°810 du 13 mars 2013 tendant à prévoir une année de stage obligatoire des étudiants en médecine dans les « zones à sous densité médicale », Proposition de loi n°2597 du 18 février 2015 visant à lutter contre les déserts médicaux, Proposition de loi n°1542 du 19 décembre 2018 pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale

¹⁴³³ Propos rapportés par M. Weinberg, « Liberté d'installation des médecins : Agnès Buzyn renvoie le CESE dans ses buts », *L'Opinion*, 14 décembre 2017

¹⁴³⁴ J.-M.-E. Portalis, *Discours préliminaire du premier projet de Code civil*, 21 janvier 1801

¹⁴³⁵ Conseil d'Etat, *Le contrat, mode d'action publique et de production de normes*, Vol. 2, 2008, p. 8

¹⁴³⁶ F. Tiberghien, « Le contrat en droit administratif », *Recueil Dalloz*, 2008, n°17, p. 1192

627. Pour les pouvoirs publics et les professionnels de santé, la contractualisation constitue à ce jour, le seul outil susceptible d'entraîner une meilleure répartition territoriale des professionnels. On peut déceler, dans la contractualisation une « *perte de la légitimité traditionnelle de l'État démocratique : il ne lui suffit plus de parler pour convaincre ; de décider pour être obéi, il lui faut encore dialoguer, se faire accepter*¹⁴³⁷ ». Son action, ses souhaits, ne pouvant se retranscrire légalement, se trouvent alors conditionnés par la volonté du corps médical.

L'utilisation du procédé contractuel n'est pas une nouveauté, comme l'indique Didier Tabuteau les premières conventions conclues entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins remontent aux années cinquante¹⁴³⁸. Initialement conclues pour « *instaurer une médecine de ville de qualité et de faciliter, à l'époque de pénurie de personnel médical, l'accès de toute la population aux soins sur l'ensemble du territoire (...)*¹⁴³⁹ », le champ des conventions a évolué au fur et à mesure, il n'a ainsi « *plus pour objectif premier d'améliorer la situation des assurés, mais bien de régler les relations financières entre des professions libérales et la sécurité sociale et de contenir la progression des dépenses de médecine de ville*¹⁴⁴⁰ ». Il convient de nuancer cette vision dans la mesure où la dernière convention médicale¹⁴⁴¹ introduit divers dispositifs contractuels visant à permettre une régulation de l'accès aux soins sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Les conventions constituent donc les prémices d'un système contractuel qui n'a fait que s'étoffer par la suite. Le contrat constitue un « *puissant instrument de modernisation des services publics et de renouvellement des relations entre l'État et la société (...). Sa vocation est de contribuer à l'efficacité de l'action publique ainsi qu'à sa stabilité et à la sécurité de la norme*¹⁴⁴² ».

628. L'utilisation du contrat marque une volonté d'action par le biais de la négociation plutôt que par l'imposition de l'autorité de l'État sur des activités. Le choix d'une telle négociation concernant le domaine de la médecine libérale s'explique par les vives oppositions des acteurs libéraux à se voir imposer une quelconque régulation. La contractualisation constitue alors plus un renoncement de la part de l'État à la régulation légale du système de santé qu'une réelle volonté de négociation. Les professionnels brandissent constamment la menace d'un exercice salarié ou d'une

¹⁴³⁷ A. Lami, *Tutelle et contrôle de l'Etat sur les universités françaises, mythe et réalité*, op. cit., p. 380

¹⁴³⁸ D. Tabuteau, « Politiques de santé et territoire », art. cit., pp. 7-15

¹⁴³⁹ E. Fieschi-Bazin, *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale. Outils juridiques et stratégies de régulation*, Bordeaux, LEH Edition, 2017, Coll. Décideur Santé, p. 133

¹⁴⁴⁰ *Ibidem*, p. 134

¹⁴⁴¹ 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

¹⁴⁴² Conseil d'Etat, *Le contrat, mode d'action publique et de production de normes*, op. cit., p. 10

fuite vers d'autres spécialités en cas de mesures contraignantes à leur égard¹⁴⁴³, la ministre de la santé estimant même ces mesures comme potentiellement « *contre-productives*¹⁴⁴⁴ » sur la démographie médicale. Ainsi, on peut dire que c'est l'opposition systématique des médecins libéraux à ces mesures qui gouverne le recours par les pouvoirs publics à l'outil contractuel et non la volonté de l'utilisation d'un procédé souple de régulation.

629. Ces considérations mises à part, le contrat peut, en présence de deux parties volontaires permettre de trouver un équilibre, une conciliation bénéfique. Si le volontarisme est de mise dans un certain nombre de contrats, notamment ceux qui constituent des incitations à l'installation en zones sous dotées ou à la participation à des exercices coordonnés au sein d'un territoire. À l'opposé, la convention nationale des médecins, bien qu'elle n'ait aucun caractère obligatoire, conditionne dans de telles mesures leur rémunération que ces derniers y sont fortement liés.

630. Ces contrats ne font pas l'objet d'une réelle négociation, ils correspondent plus à des propositions qui sont faites par des acteurs institutionnels et qui sont, par la suite acceptées ou au contraire refusées par les professionnels. D'autres permettent l'introduction d'une marge de négociation. C'est le cas des aides attribuées par les collectivités territoriales destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones sous dotées par le biais de conventions¹⁴⁴⁵, peuvent consister dans la prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement, la mise à disposition de locaux, la mise à disposition d'un logement ou encore le versement d'une prime à l'installation¹⁴⁴⁶. Quid du médecin qui n'a que peu d'attache et se dirige vers la collectivité la plus offrante ? On permet, de fait, le creusement des inégalités, les collectivités aux budgets les plus restreints étant, les plus souvent les plus isolées et soumises à des problématiques diverses. Cette situation peut prêter à sourire, mais appelle à questionner ce mode de régulation.

631. Pour autant, les contrats administratifs permettent d'envisager une régulation plus efficace basée sur des sanctions financières. Les contrats administratifs peuvent contenir des clauses exorbitantes du droit commun qui sont susceptibles de déséquilibrer le contrat au profit de

¹⁴⁴³ Interview du Vice-président du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants, « Installation des jeunes médecins dans les déserts médicaux : « La contrainte ne sera jamais la solution » », *France Info*, le 29 novembre 2017

¹⁴⁴⁴ Réponse du ministère des solidarités et de la santé (JO Sénat du 5 avril 2018, p. 1365) à une question écrite de Mme I. Raimond-Pavero n°02125 (JO Sénat du 23 novembre 2017)

¹⁴⁴⁵ Article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales

¹⁴⁴⁶ Article R. 1511-44 du Code général des collectivités territoriales

l'administration¹⁴⁴⁷. De telles clauses sont justifiées par l'existence de dispositions prises dans l'intérêt général constitué ici par la protection de la santé et l'accès aux soins, toutefois, l'exemple de feu, le contrat de santé solidarité montre qu'un tel déséquilibre en faveur de l'administration au profit de l'intérêt général est loin d'être accepté par les praticiens.

632. Dans une optique plus optimiste, l'outil contractuel tel qu'utilisé à ce jour peut permettre de responsabiliser les professionnels libéraux et d'établir un rapport de confiance avec les pouvoirs publics¹⁴⁴⁸. La multiplication des dispositifs, doublée par une meilleure information à leur sujet ainsi que sur les difficultés rencontrées par certains territoires peut participer d'une prise de conscience du corps médical et, de fait, d'une adhésion plus grande aux dispositifs incitatifs.

633. Si les professionnels libéraux n'ont que peu de prise sur la modulation des contrats incitatifs proposés, ils bénéficient de la possibilité de ne pas souscrire à de tels contrats¹⁴⁴⁹. Le plus souvent, l'équilibre contractuel semble pencher en faveur des professionnels de santé au détriment de l'intérêt général et de l'accès aux soins. L'accès aux soins réside donc sur leur volontariat sans lequel ces mesures peuvent rester lettre morte. Plus encore, les effets d'aubaine temporaires et les détournements de ces mécanismes incitatifs ont tristement été nombreux sans qu'une réaction sur l'évaluation des dispositifs ne soit envisagée.

634. En parallèle de son caractère négocié, le modèle contractuel vise à établir une planification des soins pour la médecine libérale.

2. Un outil de planification au service de l'intérêt général d'accès aux soins

635. Le développement du contrat en matière de régulation de l'installation des médecins libéraux peut constituer un outil ingénieux de planification en santé. L'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux sont soumis à un régime d'autorisation pour la mise en œuvre de leurs activités, or, il n'en est rien pour les praticiens libéraux. Tout au plus, à l'issue des épreuves classantes nationales, il est possible de savoir combien de médecins sont diplômés au niveau

¹⁴⁴⁷ Conseil d'Etat, 31 juillet 1912, n°30701, Société des granits porphyroïdes des Vosges

¹⁴⁴⁸ Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur la place de la médecine générale dans le système de santé et le statut des médecins généralistes, Nice le 25 juin 2010

¹⁴⁴⁹ M. Badel, « La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ? », art. cit., pp. 520-531 : « La convention de 2011, dans la continuité des textes qui laissent au praticien le choix de l'adhésion, autorise le médecin à graduer son engagement et lui permet soit de rester en retrait sur certains points, soit au contraire d'accroître son implication dans la politique de santé »

national dans chacune des spécialités, cela ne présume cependant pas le mode d'exercice qu'ils choisiront ni le lieu de leur exercice futur. Il existe donc une planification initiale au niveau de la première année de médecine et de l'internat et malgré une « certaine adhérence à la région de formation¹⁴⁵⁰ » on ne peut considérer que cela permette de satisfaire à une volonté planificatrice.

636. Les contrats qui incitent à une installation ou à un exercice particulier au sein de zones sous denses peuvent constituer des outils de planification entendue ici comme la gestion des effectifs de médecins libéraux sur une durée donnée au sein du territoire. Dans une certaine mesure, les incitations peuvent offrir une visibilité sur les effectifs disponibles au sein des territoires. Toutefois la proportion de médecins souscrivant à de tels contrats est relativement faible ce qui ne permet pas d'offrir une visibilité importante sur les effectifs à venir.

637. De plus, la majorité des dispositifs contractuels ne prévoient pas de durée minimale d'exercice, ou alors des durées très courtes. À titre d'exemple, les projets de maisons de santé¹⁴⁵¹, n'obligent pas les médecins qui exercent en leur sein à un exercice sur une durée prédéterminée, ces derniers étant pourtant souvent destinataires d'aides importantes. De fait, certaines collectivités se retrouvent à avoir investi des sommes importantes dans ces dispositifs sans qu'il en résulte une amélioration de la démographie médicale durable sur le territoire. Ces coquilles vides ont tendance à se multiplier¹⁴⁵² ce qui biaise la planification en plus, de l'effet néfaste sur le budget de collectivités territoriales.

638. On peut encore mettre en avant le contrat d'engagement de service public qui permet aux étudiants en médecine¹⁴⁵³ de percevoir une allocation mensuelle durant leur cursus s'ils s'engagent à exercer leurs fonctions à l'issue de leur formation dans des zones de faible densité médicale. La durée de leur engagement est égale à la durée pendant laquelle ils ont perçu leur allocation et ne peut être inférieure à deux ans. Cette durée minimale particulièrement faible ne permet pas d'obtenir une visibilité suffisante quant à la planification au sein d'un territoire.

¹⁴⁵⁰ ONDPS, *Les d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens*, Vol. 1, Mars 2015, p. 52

¹⁴⁵¹ Dispositif prévu par l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique

¹⁴⁵² P. Bienvault, « Les maisons de santé, une solution face aux déserts médicaux ? », *La Croix*, 12 octobre 2017, relate le cas d'une commune de 2000 habitants qui a investi près de 450.000euros dans une maison de santé avant que les deux médecins qui s'étaient positionnés ne choisissent pour l'un, une autre région, et, pour l'autre, un cabinet de groupe situé à proximité ; A. Hamtiti, « Territorialisation des soins primaires : initiatives des collectivités et des professionnels de santé sur le Massif central pour une autre gouvernance », *Noréis*, 2014/4, n°233, pp. 55-66 : « Au moment de notre enquête, plusieurs maisons cherchaient des médecins et d'autres professionnels pour exercer dans les nouveaux locaux construits ou rénovés (...) »

¹⁴⁵³ Article L. 632-6 du Code de l'éducation

639. Ainsi, dans une optique résolument positive, c'est-à-dire d'un plus grand engagement dans ces contrats de la part des professionnels, ou encore d'un meilleur cadrage quant à leur durée, l'on pourrait imaginer que le contrat constitue un outil potentiel de planification. À l'opposé, Laurent Richer questionne sur la pratique contractuelle : « *le recours systématique au contrat incite à se demander si cette panacée n'est pas trop universelle pour être curative ; ne s'agit-il pas d'une source pour réformateurs aux idées courtes qui renvoient les solutions à plus tard et préfèrent le redéploiement des moyens à leur augmentation ? Bref une imposture*¹⁴⁵⁴ ». Nous préférons, au regard des sommes investies par l'ensemble des acteurs apprécier le contrat de manière plus positive comme un mode possible de planification et de régulation de l'offre de soins. Les pouvoirs politiques sont résolument engagés dans une démarche optimiste impliquant le volontarisme des professionnels de santé pour pallier les difficultés d'accès aux soins. Dans ce sens, les dispositifs contractuels se multiplient.

Paragraphe 2. Le développement d'un éventail contractuel incitatif au service de l'accès aux soins de qualité

640. Les acteurs susceptibles de s'intéresser à la question sanitaire sont multiples ce qui nuit à la lisibilité du système de santé. Le domaine des mesures incitatives visant à permettre un meilleur accès à des soins de qualité n'échappe pas à cet écueil. Se mêlent tout de go des incitations prévues par les conventions médicales, par l'État au travers les agences régionales de santé ou encore par les collectivités territoriales.

641. Fort de ce constat, il est ici fait le choix de présenter ces mesures selon l'objectif qu'elles visent, les premières correspondent à une incitation à l'installation individuelle au sein de territoires sous dotés (A), tandis que les secondes visent à une rénovation de la pratique de la médecine libérale pour un accès à des soins de qualité (B).

A. Les mesures d'incitation à l'installation

642. Au sein des mesures visant exclusivement à améliorer la démographie médicale, les mesures peuvent être classées selon le public qu'elles visent. La première série relève des mesures proposées

¹⁴⁵⁴ L. Richer, « La contractualisation comme technique de gestion des affaires publiques », *AJDA*, 2003, n°19, pp. 973-975

aux étudiants en médecine (1), les secondes, visent les incitations à destination des professionnels libéraux installés (2).

1. Les mesures incitatives à destination des étudiants en médecine

643. Les étudiants en médecine constituent un public privilégié pour le développement de politiques incitatives. Ces derniers sont susceptibles d'être plus réceptifs dans la mesure où leur projet professionnel est susceptible de ne pas être fixé.

644. La première mesure développée pour inciter les futurs médecins à s'inscrire dans des territoires défavorisés est le contrat d'engagement de service public. Cette disposition introduite au sein du code de l'éducation par la loi HPST prévoit un contingent annuel de contrats décidé par le ministre de la santé¹⁴⁵⁵. Le contrat « ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales¹⁴⁵⁶ ». La durée de l'engagement est, au minimum de deux ans. En contrepartie du versement de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer, leurs fonctions à titre libéral ou salarié à la fin de leur formation au sein d'une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou connaissant des difficultés dans l'accès aux soins pendant une durée au moins égale à la durée du versement de l'allocation.

François Mandin note, à l'égard du contrat d'engagement de service public qu'il « fonctionne comme un contrat d'adhésion. Il ne laisse aucune place à la négociation¹⁴⁵⁷ ». La réalité est quelque peu plus nuancée, sans parler de négociation, une double modulation du contrat est possible. La première modulation est relative à la durée du versement de l'allocation¹⁴⁵⁸, en effet, elle peut s'étendre de deux ans, à la totalité du cursus, l'engagement étant alors maximal. Ce contrat agit ainsi sur un ressort psychologique et sur le fait que de nombreux étudiants contractent des crédits ou travaillent en parallèle de leurs études pour les financer¹⁴⁵⁹ pour justifier l'atteinte momentanée qu'ils consentent aux libertés médicales et plus précisément la liberté d'installation. La seconde

¹⁴⁵⁵ Arrêté du 11 février 2019 fixant le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public au titre de l'année universitaire 2018-2019

¹⁴⁵⁶ Article L. 632-6 du Code de la santé publique

¹⁴⁵⁷ F. Mandin, « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, pp. 591-598

¹⁴⁵⁸ Arrêté du 27 juillet 2010 relatif au montant et aux modalités de versement de l'allocation prévue en application du décret n°2010-735 du 29 juin 2010, l'allocation s'élève à 1200 brut par mois et n'a pas été revalorisée depuis 2010

¹⁴⁵⁹ Observatoire de la vie étudiante, *Enquête nationale conditions de vie des étudiant-e-s 2016. L'activité rémunérée des étudiants*, Avril 2017, p. 11-15 relève que plus de 50% des étudiants dans les filières santé exercent une activité rémunérée au cours de leur cursus et près de 55% de ces étudiants exercent cette activité car elle leur est « indispensable pour vivre »

modulation tient au fait que les internes choisissent au cours de la dernière année de leur cursus leur futur lieu d'exercice. Ces lieux d'exercice sont fixés par le centre national de gestion sur proposition des directeurs généraux des agences régionales de santé dans la limite des plafonds définis par le ministre de la santé¹⁴⁶⁰.

645. À l'issue de l'internat, les étudiants qui ont signé un CESP choisissent leur poste sur une liste spécifique¹⁴⁶¹ établie annuellement en fonction des besoins des différents territoires. Cela peut permettre comme le remarque le centre national de gestion un effet d'aubaine sur certaines spécialités qui sont particulièrement prisées à l'issue des ECN¹⁴⁶², toutefois, pour beaucoup d'étudiants ce contrat constitue la « *peur de perdre la possibilité de choisir librement leur spécialité et leur lieu d'exercice*¹⁴⁶³ ». Le CESE a d'ailleurs, dès 2011 préconisé la nécessité d'une meilleure information quant aux modalités de mise en œuvre des CESP¹⁴⁶⁴.

Nous verrons plus en avant que ce dispositif peut faire l'objet de contournements et que sa signature ne permet pas, de manière certaine l'exercice d'un futur professionnel au sein d'un territoire.

646. A côté de ce contrat d'autres outils sont aujourd'hui développés par les collectivités territoriales qui peuvent entrer en concurrence avec ce celui-ci¹⁴⁶⁵. Le code général des collectivités territoriales prévoit deux types d'aides pour les étudiants émanant des collectivités.

Elles peuvent tout d'abord accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle qui effectuent leurs stages au sein de zones déficitaires¹⁴⁶⁶. À titre d'exemple, le département de l'Ardèche peut octroyer une aide de 400 euros sur une durée 6 mois pour les internes qui réalisent un stage auprès de maîtres de stages installés en zone fragile, zone de vigilance ou zone rurale¹⁴⁶⁷, ces aides sont destinées à favoriser les zones rurales comme terrain de stage en tentant de sensibiliser les futurs médecins à la problématique de la désertification

¹⁴⁶⁰ Décret n°2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales

¹⁴⁶¹ Article R. 632-8 du Code de l'éducation

¹⁴⁶² Centre National de Gestion, *Données sur les contrats d'engagement de service public. Etudiants et internes en médecine. Campagnes 2010/2011 à 2015/2016*, p. 11

¹⁴⁶³ R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », art. cit., pp. 404-412

¹⁴⁶⁴ Conseil économique, social et environnemental, *La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie*, 2011, p. 13

¹⁴⁶⁵ R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », art. cit., pp. 404-412

¹⁴⁶⁶ Article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales al. 4, les indemnités de logement sont prévues par l'article D. 1511-52 du Code de la santé publique, les indemnités de déplacement par l'article D. 1511-53 du Code de la santé publique

¹⁴⁶⁷ Délibération du conseil départemental du 21 mars 2016

médicale. Elles ne connaissent pas de contrepartie plus importante que le simple fait de réaliser le stage au sein du territoire.

Plus engageantes sont les indemnités d'étude et de projet professionnel, en contrepartie de leur versement, l'étudiant s'engage au terme de sa formation à exercer au sein de zones sous dotées du territoire pour une durée minimale de cinq ans¹⁴⁶⁸. Ce dispositif fait écho au contrat d'engagement de service public, les indemnités susceptibles d'être versées sont encadrées par les textes qui prévoient qu'elles ne peuvent dépasser le produit des émoluments annuels de troisième année d'internat et du nombre d'années de troisième cycle effectuées par l'étudiant à compter de la conclusion du contrat¹⁴⁶⁹. La période d'exercice minimale est ainsi supérieure de trois ans à celle du contrat d'engagement de service public.

Il en résulte donc un engagement important de la part de l'étudiant qui souscrit à ce type de contrats du fait de la durée de celui-ci. Malheureusement, on ne peut que remarquer la posture des élus locaux qui est ici essentiellement réactive et s'élabore dans un contexte de crise et d'urgence dans l'accès aux soins¹⁴⁷⁰. Cette remarque reste toutefois à lire sous le prisme des capacités de financement des collectivités territoriales, si ces dernières apparaissent aujourd'hui plus saines¹⁴⁷¹, leurs capacités d'investissement ne sont pas pour autant infinies. Jean-Yves Chamard notait déjà en 1995 que le financement et le budget des collectivités territoriales ne peuvent leur permettre d'avoir un rôle entier et une responsabilité pleine sans risquer d'accentuer de nombreuses inégalités¹⁴⁷².

647. Outre les aides accordées aux étudiants relatives à la réalisation de leur stage dans le but d'une plus grande sensibilisation aux problématiques des zones sous denses et les aides liant l'installation future des étudiants au sein de territoires, nombre d'incitations ont été développées à l'égard des professionnels en exercice.

2. Les incitations à destination des professionnels libéraux installés

648. Ces dernières années, les incitations à l'égard des médecins libéraux ont fait florès avec l'idée d'un creusement des inégalités d'accès aux soins. On trouve conjointement des aides issues

¹⁴⁶⁸ Article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales al. 6

¹⁴⁶⁹ Article D. 1511-54 du Code de la santé publique

¹⁴⁷⁰ A. Hamiti, « Territorialisation des soins primaires : initiatives des collectivités et des professionnels de santé sur le Massif central pour une autre gouvernance », *Noréis*, 2014/4, n°233, pp. 55-66

¹⁴⁷¹ J.-M. Pastor, « Les finances des collectivités locales sont saines », *Dalloz actualité*, 13 juin 2019

¹⁴⁷² P.-J. Lancy, « Entretien avec Jean-Yves Chamard : Le rôle des collectivités locales dans le financement de la santé », *Revue d'économie financière*, 1995, n°34, pp. 183-188

de la convention médicale, des aides contractuelles conclues avec les ARS ou encore des aides émanant des collectivités territoriales. Sans entrer dans la technique de chacune de ces incitations, nous allons en évoquer les principaux caractères notamment les contreparties inhérentes à chacun de ces contrats.

649. Tout d'abord, les professionnels libéraux peuvent souscrire à quatre contrats annexes à la dernière convention médicale¹⁴⁷³ qui remplacent les options démographie et santé solidarité¹⁴⁷⁴ prévues par la convention précédente¹⁴⁷⁵. Les quatre nouveaux contrats ont fait l'objet en « application de la loi du 26 janvier 2016 de contrats types nationaux comportant des modalités d'adaptation régionale par les directeurs généraux des ARS¹⁴⁷⁶ », ces dispositifs visent à promouvoir l'exercice au sein des territoires sous dotés.

650. Le premier d'entre eux est le contrat d'aide à l'installation des médecins¹⁴⁷⁷ qui a pour objet de favoriser l'installation des médecins dans les zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins par le versement d'une aide forfaitaire à l'installation. Cette aide s'adresse aux médecins libéraux de secteur I ou II ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée s'installant dans un groupe formé entre médecins ou pluriprofessionnel, quelle qu'en soit la forme juridique ou qui appartient à une CPTS au sein d'une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits. Il s'engage encore à participer au dispositif de la permanence des soins ambulatoires. L'engagement est valable pour 5 ans, le médecin ne peut en bénéficier qu'une seule fois. Pour une durée d'activité égale à quatre jours par semaine au moins, l'aide est de 50.000 euros. Elle est réduite en fonction de l'activité qui est, a minima de deux jours et demi par semaine, ce qui permet comme le fait remarquer Romain Marié de laisser une certaine souplesse quant à la possibilité d'un exercice mixte¹⁴⁷⁸. Le CAIM fait l'objet d'un contrat tripartite entre le praticien, l'ARS et la caisse d'assurance maladie, toutefois les effets sont encore globalement faibles, au 20 mars 2017, quatre professionnels avaient signé un CAIM en Bretagne¹⁴⁷⁹ pour un lancement du dispositif en janvier 2017.

¹⁴⁷³ 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

¹⁴⁷⁴ Voir G. Rousset, « La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », art. cit., pp. 1061-1073 pour l'explicitation de l'option démographie et santé solidarité

¹⁴⁷⁵ Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

¹⁴⁷⁶ R. Marié, « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », art. cit., pp. 71-78

¹⁴⁷⁷ Article 4 de la Convention du 25 août 2016

¹⁴⁷⁸ R. Marié, « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », art. cit., pp. 71-78

¹⁴⁷⁹ Conférence de presse de l'ARS Bretagne du 20 mars 2017, « Zoom sur les contrats issus de la nouvelle convention médicale »

651. Le deuxième contrat type proposé par la convention médicale des médecins libéraux est le contrat de stabilisation et de coordination¹⁴⁸⁰, il valorise le travail coordonné, regroupé, les équipes de soins primaires ou les CPTS installés au de territoires sous dotés, il peut encore être signé en cas de valorisation de la formation notamment par l'accueil d'étudiants ou par la réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein des hôpitaux de proximité. Les médecins qui y adhèrent doivent nécessairement être de secteur I ou II ayant souscrit à l'option de pratique tarifaire maîtrisée. L'engagement est de trois ans et correspond à une rémunération forfaitaire de 5.000euros qui peut être majorée de 1.250euros par an s'il réalise une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité. Le dispositif apparaît toutefois largement moins favorable que feu l'option démographie¹⁴⁸¹ qui pouvait permettre le versement d'une aide entre 10.000 et 20.000euros par an¹⁴⁸².

652. Le troisième contrat type national envisagé est le contrat de transition¹⁴⁸³ qui constitue un soutien aux médecins installés en zones sous dotées en vue de préparer leur cessation d'exercice¹⁴⁸⁴ et qui sont prêts à accompagner un médecin nouvellement installé au sein de leur cabinet. Ce contrat est rémunéré pour un engagement de trois ans par une aide à l'activité de 10% des honoraires de l'activité dans la limite de 20.000euros par an. On peut remarquer que ce contrat contrairement au CAIM et au COSCOM ne nécessite pas l'installation du professionnel au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou même d'un cabinet de groupe. La pratique individuelle de la médecine n'est donc pas enterrée par la nouvelle convention médicale bien qu'elle soit le plus souvent recherchée.

653. Le quatrième contrat proposé par la dernière convention médicale est le contrat de solidarité territoriale du médecin, ce dernier permet à un médecin qui n'exerce pas au sein d'une zone sous dotée d'apporter une aide à ses confrères au sein de telles zones pour une durée minimale de dix jours par an. Ce contrat n'est pas sans rappeler le contrat santé solidarité initié par la loi HPST puis rendu caduque par la loi Fourcade, et l'option santé solidarité proposée par la

¹⁴⁸⁰ Article 6 de l'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

¹⁴⁸¹ Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (Article 1^{er} de la Convention)

¹⁴⁸² Pour les médecins adhérents en tant que membres d'un groupe, versement d'une aide forfaitaire à l'investissement de 5000 euros par an pendant 3 ans ainsi qu'une aide à l'activité égale à 10% de l'activité du montant de l'activité (plafonné à 20000 euros)

¹⁴⁸³ Article 5 de l'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

¹⁴⁸⁴ Médecin de 60 ans ou plus

convention de 2011¹⁴⁸⁵ qui prévoyait pour sa part un exercice de vingt-huit jours et qui « *s'est révélée un échec total*¹⁴⁸⁶ ».

654. Il est à noter que l'ensemble de ces contrats peuvent faire l'objet d'une modulation par l'ARS ce qui permet d'augmenter les plafonds de rémunération de 20% en cas de situation particulièrement critique au sein d'un territoire. Certaines ARS ont pris la pleine mesure de cette possibilité, le Directeur de l'ARS Ile-de-France a ainsi permis de moduler à la hausse la totalité des contrats signés au sein de son ressort¹⁴⁸⁷. Cette potentialité est d'un intérêt certain et montre une volonté d'individualisation territoriale des aides octroyées.

655. À côté des incitations relatives à l'implantation au sein de territoires sous dotés, la convention médicale de 2016 agit aussi dans la sphère des inégalités sociales d'accès aux soins. Elle prévoit à ce titre des options relatives aux pratiques tarifaires dans le but de contrôler les dépassements d'honoraires des praticiens en secteur II et d'offrir un meilleur accès aux soins aux usagers¹⁴⁸⁸.

656. De surcroît des contrats qui peuvent être conclus avec l'assurance maladie, des incitations peuvent émaner des collectivités territoriales qui se saisissent de la problématique de désertification médicale. Les textes prévoient la possibilité pour les collectivités territoriales d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones connaissant des difficultés en matière de démographie médicale¹⁴⁸⁹. Ces incitations marquent le rôle croissant joué par les collectivités territoriales en la matière ainsi que la volonté d'agir selon une responsabilisation incitation et non une responsabilité sanction pour faire évoluer les comportements des médecins¹⁴⁹⁰ dans une volonté de dynamisation des territoires.

¹⁴⁸⁵ Article 2 de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

¹⁴⁸⁶ R. Marié, « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », art. cit., pp. 71-78

¹⁴⁸⁷ Arrêté ARS DOS n°2018-477 relatif aux modulations possibles par l'Agence régionale de santé dans les contrats d'aide à l'installation des médecins (CAIM), les contrats de transition pour les médecins (COTRAM), les contrats de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM), les contrats de solidarité territoriale médecin (CSTM)

¹⁴⁸⁸ Articles 40 et s. de l'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

¹⁴⁸⁹ Article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales

¹⁴⁹⁰ V. Vioujas, « La responsabilisation des médecins », *Revue générale de droit médical*, n°43, 2012, p. 272

Si la convention médicale prévoit le non-cumul entre les différents contrats contenus en son sein¹⁴⁹¹, ces contrats ne semblent pas s'opposer à un cumul avec les aides des collectivités territoriales.

657. L'éventail incitatif est complété par les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale¹⁴⁹², ces derniers, introduits par la LFSS pour 2013 sont conclus entre l'ARS et un médecin spécialisé en médecine générale à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en libéral date de moins d'un an. Le praticien s'engage à exercer pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone où l'offre de soins est insuffisante. Le contrat peut encore comporter des engagements individualisés portant sur des actions de dépistage, de prévention ou encore des modalités d'exercice. L'intérêt de ce contrat, outre l'aspect financier est, pour le praticien d'avoir une couverture sociale avantageuse en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou de maternité¹⁴⁹³. Didier Tabuteau constate que le statut de PTMG apparaît comme largement dérogoire aux grands principes qui organisent la médecine libérale en France notamment en ce qu'il réduit la liberté d'installation et qu'il peut comporter des engagements individualisés en matière de pratiques médicales¹⁴⁹⁴.

Le nombre de contrats de PTMG est défini annuellement par un arrêté interministériel. Ce dispositif a été étendu à l'ensemble de l'activité libérale¹⁴⁹⁵ ainsi que pour les contrats de remplacement de médecins généralistes¹⁴⁹⁶.

658. On peut aussi noter l'introduction d'exonérations fiscales pour les médecins s'installant au cœur de zones de revitalisation rurales ou de zones de redynamisation urbaines concernant leur impôt sur le revenu ou sur les sociétés¹⁴⁹⁷. Ces exonérations fiscales se doublent au sein de ces zones d'exonérations de charges sociales financées par l'État pour l'emploi d'un salarié¹⁴⁹⁸.

¹⁴⁹¹ Article 6 de l'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 : « Pour un même médecin, le contrat de stabilisation et de coordination n'est cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation définie à l'article 4 de la présente convention ni avec le contrat de transition (...) »

¹⁴⁹² Article L. 1435-4-2 du Code de la santé publique

¹⁴⁹³ Article 6 de l'arrêté du 14 août 2013 relatif au contrat type de praticien territorial de médecine général pris en application de l'article R. 1435-9-6 du code de la santé publique

¹⁴⁹⁴ D. Tabuteau, « Le praticien territorial de médecine générale (PTMG), chimère ou pionnier d'une nouvelle médecine libérale ? », *JDSAM*, 2013, n°3, pp. 128-131

¹⁴⁹⁵ Article L. 1435-4-3 du Code de la santé publique

¹⁴⁹⁶ Article R. 1435-9-51 du Code de la santé publique

¹⁴⁹⁷ Article 44 quinquies du Code général des impôts

¹⁴⁹⁸ H. Maurex, *Déserts médicaux : agir vraiment*, Rapport du Sénat, n°335, 2013, p. 35

659. Ainsi, les incitations à l'installation des médecins en zones sous dotées ainsi que les contrats visant à maîtriser la pratique tarifaire de ses derniers se développent de manière exponentielle. Toutefois, les pouvoirs publics ont exploré, en parallèle, une autre voie pour tenter de pallier les difficultés d'accès aux soins, la rénovation de la pratique médicale.

B. Les incitations à la rénovation de la pratique médicale

660. Outre les incitations à l'installation au sein des territoires sous dotés, il est indispensable d'opérer une rénovation de la pratique médicale. Cette rénovation s'inscrit dans une double volonté de réponse aux attentes des médecins et d'amélioration de la prise en charge des usagers du système de santé. Les incitations à la rénovation de la pratique médicale peuvent concerner deux objectifs différents, il s'agit d'une part, d'incitations à la pratique regroupée de la médecine (1), et, d'autre part, d'un développement technique au service de l'accès aux soins au sein des territoires sous dotés (2).

1. La politique incitative en faveur d'un exercice regroupé de la médecine libérale

661. Les standards de l'exercice médical ont évolué au cours des dernières années, et les pouvoirs publics doivent nécessairement en tenir compte. Concernant leur exercice, « *les médecins ne souhaitent plus exercer isolément*¹⁴⁹⁹ », cette volonté est par ailleurs attestée par les chiffres, 77% des médecins généralistes de moins de 40 ans exercent au sein d'un regroupement¹⁵⁰⁰. C'est donc en ce sens que de nombreuses incitations à l'installation ont été développées par l'État, les ARS, l'assurance maladie ou encore les collectivités locales. L'idée d'un développement de ces structures d'exercice regroupé dont les plus emblématiques sont les maisons de santé¹⁵⁰¹ semble acquise malgré les alternances politiques. Roselyne Bachelot, souhaitait, dès 2008 plus de maisons de santé¹⁵⁰², volonté accentuée par Marisol Touraine¹⁵⁰³ puis par Agnès Buzyn¹⁵⁰⁴.

¹⁴⁹⁹ M. Legmann, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, op. cit., p. 16

¹⁵⁰⁰ T. Lhermitte, R. Bonnier, B. Bilgin, E. Cayado, M. Jacquet, « L'action des agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards*, 2014/2, n°46, pp. 161-171

¹⁵⁰¹ Article L. 6323-3 du Code de la santé publique

¹⁵⁰² J.-M. Pastor, « Roselyne Bachelot veut plus de maisons de santé », *Dalloz actualité*, 22 avril 2008, n°22

¹⁵⁰³ Engagement n°5 du Pacte territoire santé 2012-2015, « Développer le travail en équipe »

¹⁵⁰⁴ Stratégie nationale de santé 2018-2022, p.45 soutient le « développement de tous les modes d'exercice coordonné afin qu'ils deviennent majoritaires au sein du système de santé : équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé et maisons de santé pluri professionnelles, pour lesquelles l'objectif est un doublement d'ici cinq ans »

662. Face au succès rencontré par les structures pluriprofessionnelles, il a été développé un accord conventionnel interprofessionnel spécifique qui s'ouvre sur une formule ambitieuse : « *les parties signataires s'accordent sur le fait que la prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé exerçant en ambulatoire constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité de vie des patients et de la qualité des soins*¹⁵⁰⁵ ». Cet accord vise à poursuivre l'évolution des modes de rémunération et à renforcer l'accompagnement des structures. L'accord conventionnel interprofessionnel met en place un forfait relatif à la structure constitué par un des prérequis obligatoires et des options qui conditionnent le montant versé. Les objectifs sont organisés autour de trois axes que sont l'accès aux soins notamment par le biais des amplitudes horaires ou l'accès à des soins non programmés, la qualité et la coordination des soins et l'appui d'un système informationnel partagé.

Dans un communiqué du 4 juin 2018, l'assurance maladie déclare avoir versé près de 35,6 millions aux structures signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel soit une augmentation de 96,7% par rapport à l'année précédente¹⁵⁰⁶ ce qui atteste d'un réel investissement sur ces structures et d'une volonté d'inciter à ce type d'exercice. La mise en œuvre d'un accord conventionnel interprofessionnel visant à garantir une rémunération forfaitaire en sus de la rémunération classique à l'acte constitue une incitation importante à la pratique au sein de structures regroupées.

663. Au-delà de l'évolution des modalités de rémunération, ces structures sont susceptibles de bénéficier de différentes aides émanant d'acteurs multiples.

Avant la mise en œuvre du projet, des participations peuvent être perçues au titre des études préalables notamment de faisabilité, de l'investissement ou encore de la mise en route et du fonctionnement de la structure. Ces études préalables sont essentielles à la mise en œuvre de ces structures censées redynamiser l'accès aux soins au sein des territoires et promouvoir une médecine renouvelée. À ce stade, les collectivités territoriales¹⁵⁰⁷ ainsi que les ARS au travers l'utilisation du fonds d'intervention régional¹⁵⁰⁸ sont susceptibles d'apporter un soutien financier aux structures. Ces aides allouées servent essentiellement à financer des études de faisabilité et à formaliser une

¹⁵⁰⁵ Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles

¹⁵⁰⁶ Communiqué de presse de l'Assurance maladie, 4 juin 2018, « Développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : un soutien financier renforcé »

¹⁵⁰⁷ L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales précise que les aides versées par les collectivités territoriales peuvent être subordonnées « à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluriprofessionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins (...) »

¹⁵⁰⁸ Article L. 1435-8 du Code de la santé publique dispose qu'un « fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant (...) à la promotion de parcours de santé coordonnés (...), à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire »

organisation adéquate au territoire. Cette étape est fondamentale pour la pérennité de la maison de santé, l'ARS Ile-de-France précise à cet effet qu'une telle étude recouvre de multiples corps de métier extérieurs aux compétences médicales tels que : l'expertise juridique, l'ingénierie économique, la programmation architecturale¹⁵⁰⁹.

D'autres aides peuvent intervenir à l'étape de l'investissement immobilier. Qu'il s'agisse d'une rénovation ou d'une construction intervient en milieu rural différentes aides sont susceptibles d'être accordées : un recours au fonds européen agricole pour le développement rural¹⁵¹⁰. En milieu urbain, les professionnels peuvent se tourner vers le fonds européen de développement régional. Les professionnels peuvent encore s'appuyer sur le fonds national pour l'aménagement et le développement du territoire, dans une première phase, les maisons de santé éligibles ont pu bénéficier à ce titre d'une subvention de 100.000euros¹⁵¹¹. Toutefois, la subvention fixée en 2011 n'a pas été renouvelée en 2013¹⁵¹². Les financements issus de ce fonds restent toujours possibles par le contrat de plan Etat-Région à condition que la Région ait retenu l'axe de développement de l'accès aux soins comme orientation prioritaire. On peut enfin retenir les financements issus de la dotation d'équipement des territoires ruraux qui peuvent être alloués dans la limite de 15.000euros par site et par an pour ceux portés par les communes ou intercommunalités éligibles¹⁵¹³. Le fonds d'intervention régional plus haut peut encore participer à l'investissement quant au matériel médical ou sur la mise en place d'un système d'information.

L'investissement immobilier, qui peut constituer un frein important au développement de structures pluridisciplinaires peut ainsi être accompagné par de nombreux dispositifs issus d'une multitude d'acteurs, l'information relative à ces dispositifs multiples est toutefois difficile à obtenir et relativement opaque pour les professionnels susceptibles d'être intéressés par les mesures.

664. Il existe donc une diversité d'aides provenant de différents acteurs susceptibles de soutenir l'investissement en matière d'exercice regroupé ce qui nous le verrons plus loin entraîne un problème de lisibilité et de cumul délétère. Les modes d'exercice regroupé s'ils peuvent permettre de recréer une dynamique sur les territoires dépeuplés médicalement sont aussi le théâtre d'une

¹⁵⁰⁹ ARS Ile-de-France, *Cahier des charges : Accompagnement sur l'ingénierie, la mise en œuvre et la pérennisation des maisons de santé pluri professionnelles*, Juillet 2016, Disponible sur le site internet de l'ARS IDF

¹⁵¹⁰ Une maison de santé située à Vars s'est vue attribuer au titre du FEADER une subvention de 192.211euros en mai 2016 ou encore une subvention de 336.205euros pour une maison de santé implantée sur le Canton de Tannay

¹⁵¹¹ Circulaire du 12 mai 2011 relative aux modalités de financement des maisons de santé pluridisciplinaires par le Fonds d'aménagement et de développement du territoire (FNADT) section générale

¹⁵¹² Le sénateur P. Camani attirait par une question écrite l'attention de la Ministre des affaires sociales et de la santé sur la nécessité de reconduire ce financement prévu sur la période 2010-2013, Question écrite n°06342 de M. P. Camani publiée dans le JO Sénat du 09/05/2013, p. 1471

¹⁵¹³ Instruction interministérielle relative aux opérations prioritaires pour la répartition de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) en 2018

modernisation des pratiques visant à faciliter la coordination et l'accès aux soins, vecteur d'une protection de la santé accrue.

2. La promotion de pratiques innovantes au service de l'accès aux soins de qualité des usagers

665. L'utilisation des nouvelles technologies au sein des structures regroupées telles que les maisons de santé¹⁵¹⁴ constitue un levier fondamental de l'exercice au sein des zones sous dotées. Les procédés développés ont de nombreuses vertus parmi lesquelles la possibilité d'offrir une meilleure coordination dans les soins, faciliter le travail des professionnels ou encore optimiser l'accès aux soins à des soins de qualité.

666. Deux procédés méritent une attention particulière en ce sens qu'ils permettent la valorisation de la pratique médicale au sein des territoires sous dotés tout en permettant un accès aux soins plus important.

La télémédecine s'est vue dotée d'un statut juridique par la loi HPST¹⁵¹⁵, le véritable « *coup d'envoi*¹⁵¹⁶ » correspond à la parution du décret de 2010¹⁵¹⁷ après « *plus d'une décennie d'études expérimentales et pilotes*¹⁵¹⁸ ». Elle constitue « *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*¹⁵¹⁹ ». L'exercice de la télémédecine répond à un double impératif d'égalité d'accès aux soins et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins¹⁵²⁰. Le décret de 2010 limitait l'application de la télémédecine encadrée par un programme national défini par le ministre de la santé. Les établissements ou médecins libéraux devaient ensuite contractualiser avec l'ARS, cette relative complexité a largement entravé le développement de la télémédecine qui est resté « *embryonnaire*¹⁵²¹ » et qui s'est principalement constituée d'expérimentations basées sur la bonne volonté et l'investissement spontané des acteurs¹⁵²².

¹⁵¹⁴ Ces structures constituent au sens de l'Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Innovations et système de santé* du 13 juillet 2016 des innovations organisationnelles

¹⁵¹⁵ Article 78 de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁵¹⁶ C. Holué, « Télémédecine : coup d'envoi de la généralisation », *Les tribunes de la santé*, 2010/4, n°29, pp. 23-31

¹⁵¹⁷ Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

¹⁵¹⁸ P. Simon, D. Acker, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, DHOS, 2008, n°7/PS/DA, p. 4

¹⁵¹⁹ Article L. 6316-1 du Code de la santé publique

¹⁵²⁰ P. Simon, D. Acker, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, *op. cit.*, p. 14

¹⁵²¹ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2017*, *op. cit.*, p. 306

¹⁵²² V. Vioujas, « La télémédecine : entre expérimentations réussies et généralisation au ralenti », *art. cit.*, pp. 681-693

La LFSS pour 2018¹⁵²³ semble être l'acte de « *décollage imminent*¹⁵²⁴ » de la télémédecine en ce qu'elle a permis à l'assurance maladie et aux partenaires conventionnels de discuter directement les modalités de réalisation des actes et de leur rémunération qui a été fixée en juin 2018¹⁵²⁵. Cet avenant conventionnel généralise et rémunère les actes de téléconsultation et de téléexpertise.

667. La téléconsultation a « *pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical (...)*¹⁵²⁶ ». Cet acte comme le souligne Camille Bourdaire-Mignot n'est « *pas un simple conseil médical (...), c'est un véritable acte médical*¹⁵²⁷ » justifié par la nécessité de lutter contre la déficience d'offre de soins. Il n'est pas ici question de traiter des dérives possibles, mais il convient d'évoquer le risque « *d'ubérisation* » de la santé évoqué par Clémentine Lequillier au sujet de la consultation soulevant l'exemple du service de téléconsultation médicale disponible pour les personnes ayant souscrit aux contrats santé d'Axa en dehors des horaires de disponibilité des médecins traitants¹⁵²⁸. Cette pratique est d'ailleurs contraire aux principes issus des négociations entre l'assurance maladie et les syndicats au sujet de la téléconsultation qui exige que la télémédecine s'inscrive dans le parcours de soins coordonnés et que le patient doit être connu du médecin réalisant les téléconsultations, ces deux principes conditionnant le droit au remboursement¹⁵²⁹.

668. La téléexpertise quant à elle, a pour « *objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières (...)*¹⁵³⁰ ». Si la téléconsultation est d'ores et déjà généralisée, l'avenant à la convention a prévu qu'un calendrier de déploiement de la téléexpertise au profit de l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020¹⁵³¹. En attendant, cette dernière est mise en œuvre pour les patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique.

¹⁵²³ Article 54 de la loi n°2017-1836 u 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

¹⁵²⁴ D. Fidel, E. Allermoz, « Télémédecine : décollage imminent », *Regards*, n°56, Juillet-Août 2018, pp. 17-19

¹⁵²⁵ Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

¹⁵²⁶ Article R. 6316-1 du Code de la santé publique

¹⁵²⁷ C. Bourdaire-Mignot, « Téléconsultation : quelles exigences ? Quelles pratiques ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, pp. 1003-1012

¹⁵²⁸ C. Lequillier, « L'« ubérisation » de la santé », *Dalloz IP/IT*, 2017, n°3, pp. 155-160

¹⁵²⁹ Assurance maladie, *Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018*, Dossier de presse, 12 septembre 2018, p. 11

¹⁵³⁰ Article R. 6316-1 du Code de la santé publique

¹⁵³¹ Article 28.6.2.1, Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

669. Le potentiel de ce type d'acte apparaît immense pour les territoires où l'offre de soins est insuffisante, elle peut permettre le recours à des spécialités pour lesquelles les distances ou délais d'attente sont souvent très importants.

670. En sus de l'ouverture programmée à la télémédecine, la LFSS pour 2018¹⁵³² vise à expérimenter des organisations innovantes tant du point de vue des modes de financement que d'organisation. Ces expérimentations ont particulièrement pour but de « *permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaires 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*¹⁵³³ », ces actions peuvent passer par une optimisation de la coordination des parcours de santé, de la pertinence et de la qualité de la prise en charge, par le développement de modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ou encore par le fait de favoriser la présence des professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Ce dispositif mis en place vise à éviter de « *procéder par mesures législatives successives et expérimentations thématiques*¹⁵³⁴ », il participe à responsabiliser et rendre les professionnels acteurs du système de santé¹⁵³⁵ afin de mettre en place des actions innovantes au service de tous.

671. La variété des aides à disposition des professionnels libéraux n'est pas sans étonner. Coexistent en parallèle des incitations à destination des étudiants en médecine, des aides relatives à l'installation des médecins libéraux au sein de zones sous dotées, des incitations au renouvellement de l'exercice médical impliquant un exercice regroupé et coordonné et encore des expérimentations et, enfin, des incitations au développement de nouvelles technologies en faveur de l'accès aux soins.

Ces incitations se fondent sur le mécanisme contractuel et émanent d'acteurs multiples ce qui n'est pas sans causer de difficultés quant à leur lisibilité pour les acteurs du système de santé. La multiplicité des moyens déployés dont le coût significatif pèse sur le budget de l'assurance maladie, des collectivités ou encore de l'État s'appuie sur la volonté des professionnels libéraux à collaborer en faveur d'un meilleur accès aux soins des usagers.

¹⁵³² Article 51 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

¹⁵³³ Article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale

¹⁵³⁴ M. Trépeau, « La transformation du système de santé se nourrit-elle de l'innovation organisationnelle ? », art. cit., pp. 862-876

¹⁵³⁵ Ces expérimentations peuvent être envisagées par les associations agréées d'usagers du système de santé

672. Néanmoins à ce jour, les moyens incitatifs tels que mis en œuvre actuellement pas comme des leviers susceptibles de faire évoluer de manière pérenne la démographie médicale, et ce, pour différentes raisons.

Section 2. Le bilan mitigé des outils contractuels incitatifs

673. Les outils contractuels visant à réduire les inégalités d'accès aux soins prolifèrent de manière exponentielle depuis la loi HPST. Ces dispositifs sont régulièrement promus par les pouvoirs publics qui y voient un mode de régulation de la démographie efficace. Si, de manière légitime il est important d'apporter du crédit à ces dispositifs contractuels en ce qu'ils permettent le respect de la volonté de chacune des parties et notamment la première d'entre elles qui est de souscrire ou non à un dispositif incitatif. Ces mesures vouées à promouvoir une action coordonnée et volontariste des médecins au service de l'accès aux soins des usagers s'avèrent malheureusement à ce jour pour la plupart inefficaces. Leur coût important pour l'ensemble des acteurs, et plus généralement pour la société questionne eu égard aux résultats escomptés.

674. Néanmoins, la diversité des possibilités d'intervention de l'État, des collectivités territoriales, des ARS ou encore l'assurance maladie ne sont pas totalement vaines en ce qu'elles ont permis un premier pas vers la mise en œuvre d'un nouveau cadre de travail pour les professionnels libéraux axé sur un exercice pluridisciplinaire modernisé et le travail coordonné.

675. Nous disposons désormais d'un recul important qui nous permet de réaliser une évaluation des dispositifs incitatifs dont le bilan apparaît fortement nuancé (Paragraphe 1) et d'évoquer les facteurs explicatifs de l'échec de nombreuses politiques en faveur de l'accès aux soins (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Le bilan mitigé des aides à l'installation sur le paysage sanitaire

676. Parmi les aides mises en place pour pallier les difficultés d'accès aux soins sur le territoire, certaines visent à favoriser la seule installation des professionnels, tandis que d'autres permettent d'assurer le développement de nouvelles formes d'exercice et de pratique de la médecine. Si les premières apparaissent à ce jour comme décevantes en ce qu'elles n'ont, pour l'heure pas permis une amélioration de la démographie médicale (A), la seconde catégorie permet d'entrevoir une

nouvelle organisation de la médecine libérale au sein de structures regroupées permettant un exercice mettant en avant la qualité des soins (B).

A. L'inefficacité des dispositifs exclusifs d'incitation à l'installation

677. Il s'agit ici d'établir un constat concernant les aides exclusives à l'installation de médecins libéraux au sein de territoires sous dotés. Cette évaluation permet de mettre en avant deux constats relatifs à ces aides, le premier est l'absence d'effets directs et significatifs sur la démographie médicale (1), le second tient à l'existence d'effets d'aubaine et de dévoiements des incitations à l'installation (2).

1. L'absence d'effets directs des incitations à l'installation sur l'accès aux soins

678. Les nombreux dispositifs incitatifs mis en œuvre depuis plus de 10 ans par les différents acteurs institutionnels visent à permettre un rééquilibrage de la démographie médicale tout en tenant compte des libertés médicales au fronton desquelles la liberté d'installation. Face au défi des inégalités d'accès aux soins de nombreuses collectivités territoriales ont investi le champ sanitaire dans une « *forme de surenchère des initiatives qui s'avère coûteuse*¹⁵³⁶ » qui ne font l'objet d'aucun inventaire exhaustif¹⁵³⁷. En effet, les aides versées par le biais des différents mécanismes pèsent sur le budget des institutions qui en sont à l'initiative. L'on est donc en droit d'espérer une évolution positive de la démographie médicale dans les zones où des sommes importantes ont été investies.

Si l'impériorité de l'action pour un meilleur accès aux soins nécessite un investissement important, la contrepartie à cet investissement doit être positive sur l'accès aux soins. L'utilisation de méthodes contractuelles s'est imposée comme outil de référence en matière de lutte contre les inégalités d'accès aux soins permettant une conciliation avec les libertés médicales, mais ces dispositifs s'avèrent coûteux. Dans ce cadre, les dispositifs d'exonération évoqués plus haut pour les zones de revitalisation rurale et les zones franches urbaines représentaient en 2009 un montant de près de 50.000euros par médecin concerné¹⁵³⁸.

¹⁵³⁶ Conseil économique social et environnemental, *Les déserts médicaux*, 2017, Les avis du CESE, n°27, p. 24

¹⁵³⁷ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain*, n°1185, Tome 1, Rapport de l'Assemblée nationale, 2018, p. 61

¹⁵³⁸ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2011*, p. 162

Plus parlant encore, l'avenant n°20 à la convention médicale de 2005¹⁵³⁹ qui introduit une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires, dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins exerçant dans ces zones en cabinet de groupe pourront être majorés de 20%. La Cour des comptes opère un chiffrage du dispositif tant sur son coût que sur ses bénéficiaires qui laisse songeur. Les sages relèvent à l'égard de ce dispositif un coût élevé de 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010 qui ne s'est traduit que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires¹⁵⁴⁰ ce qui semble dérisoire.

679. Il apparaît donc une absence d'efficacité des incitations à l'installation au sein des territoires sous dotés. Plus inquiétant encore, les pouvoirs publics s'avèrent incapables de dénombrer les aides, à les chiffrer et à évaluer leur impact en matière d'accès aux soins¹⁵⁴¹. Un rapport de 2016 propose toutefois, par le croisement des données du FIR, de la DGFIP, de la DGOS et de la CNAMTS un chiffrage des différents dispositifs au titre de l'année 2015. Les aides conventionnelles apparaissent comme la dépense la plus importante avec un montant global de 46,2 millions d'euros, le contrat d'engagement de service public suit avec un coût de 17,7 millions¹⁵⁴²...

680. Le coût relatif pour la société apparaît démesuré par rapport à l'apport net en professionnels de santé sur le territoire. Les exemples comme celui-ci pourraient se multiplier, les nombreux écrits au sujet de l'accès aux soins s'accordent sur l'inefficacité et « *le manque d'ambition*¹⁵⁴³ » des mesures incitatives à l'installation ou au maintien au sein des zones sous dotées¹⁵⁴⁴.

681. Outre l'efficacité plus que relative des différents outils contractuels sur l'amélioration de l'accès aux soins, il faut noter que ces dispositifs peinent souvent à trouver preneur, leur caractère purement volontariste étant leur talon d'Achille. Les contrats d'engagement de service public

¹⁵³⁹ Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

¹⁵⁴⁰ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2011*, p. 163

¹⁵⁴¹ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, op. cit., p. 39, le rapporteur Maurey évoque la difficulté à se voir communiquer des éléments chiffrés concernant les incitations à l'installation des médecins « votre rapporteur, pour tenter d'évaluer le coût de ces dispositifs, s'est adressé directement aux vingt-six ARS pour leur demander des éléments d'évaluation (...). Dans leur très grande majorité, les ARS ont en effet répondu qu'elles n'étaient pas en mesure de communiquer d'éléments chiffrés ».

¹⁵⁴² J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, op. cit., p. 34

¹⁵⁴³ G. Rousset, « « Déserts médicaux », accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé », Colloque du CIST, En quête de territoire(s) ?, Mars 2016, p. 419

¹⁵⁴⁴ R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », art. cit., pp. 404-411, J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, op. cit., p. 53

proposés depuis 2009 n'ont ainsi jamais été pris d'assaut par les étudiants en médecine. Sur la période allant de 2010 à 2015, 2600 CESP ont été proposés et seulement 1509¹⁵⁴⁵ ont été signés soit un pourcentage de 58%¹⁵⁴⁶. Toutefois, il faut noter que le ratio entre le nombre de contrats proposés et signés s'est amélioré sur cette période bien que restant en dessous de 80%¹⁵⁴⁷.

682. L'option conventionnelle santé solidarité constitue un autre marqueur significatif de la faiblesse des dispositifs incitatifs, en effet, entre 2012 et 2016 seuls 31 médecins ont souscrit à ce contrat. Les coûts de conception et de mise en œuvre du dispositif apparaissent donc prohibitifs par rapport à l'impact mineur du dispositif¹⁵⁴⁸.

683. S'il ne fait pas de doute que le contrat « *est devenu un outil indispensable aux collectivités publiques pour mettre en œuvre de très nombreuses politiques ou conduire leurs actions, spécialement celles qui sont définies et menées en concertation ou en partenariat*¹⁵⁴⁹ », les collectivités publiques qui contractent doivent être en mesure d'évaluer l'impact de ces mesures et d'en rendre compte à la collectivité.

684. Aux vues des chiffres sur l'évolution de la démographie, il n'est pas inopportun de considérer que les aides à l'installation des médecins en zones sous dotées ne sont pas encourageantes. De manière encore plus surprenante ces mesures permettent le plus souvent, par des effets d'aubaine de conforter la position de médecins déjà installés où connaissant un projet d'installation au sein des territoires sous dotés et peuvent aussi parfois être l'objet de dévoilements.

2. Les détournements des incitations à l'installation

685. Les dispositifs incitatifs connaissent donc des résultats qui constituent un échec au regard de l'évolution de l'accès aux soins. Plus encore, certains résultats peuvent apparaître positifs si l'on s'en tient à un bilan quantitatif d'une aide versée sur un territoire sous doté, sans pourtant apporter une plus-value en matière d'accès aux soins. Ce phénomène peut s'expliquer de deux manières, par des effets d'aubaines ainsi que par la possibilité assez aisée de rupture ou de détournement de

¹⁵⁴⁵ Nous retenons ici le chiffre annoncé par le Centre national de gestion, le Quotidien du médecin pour sa part évoque bien 2600 contrats proposés mais seulement 1196 auraient été pourvus (S. Martos, « Bourse anti-déserts : 129 CESP restent à pourvoir pour les étudiants et les internes », *Le Quotidien du médecin*, 19 avril 2018)

¹⁵⁴⁶ Centre National de Gestion, *Données sur les contrats d'engagement de service public. Etudiants et internes en médecine. Campagnes 2010/2011 à 2015/2016*, p. 4

¹⁵⁴⁷ *Ibidem*, pour l'année 2010 le ratio entre le nombre de contrats proposés et signés était de 37,3%, 51% en 2011, 44,8% en 2012, 57,1% en 2013, 73,6% en 2014, et 79,8% en 2015

¹⁵⁴⁸ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire...*, *op. cit.*, Tome 1, p. 66

¹⁵⁴⁹ Conseil d'Etat, *Le contrat, mode d'action publique et de production de normes*, *op. cit.*, p. 7

certaines engagements contractuels. Les effets d'aubaines peuvent se définir d'une « *mesure d'aide qui profite à un bénéficiaire qui, sans aide, aurait pris la même décision*¹⁵⁵⁰ ».

686. Le contrat d'engagement de service public peut contenir un risque de détournement et les possibilités d'y renoncer ne permettent pas une planification appropriée en matière sanitaire. Le code de l'éducation permet la possibilité de rompre l'engagement contre le paiement d'une pénalité en sus des sommes versées au titre du contrat d'engagement de service public¹⁵⁵¹. Un arrêté est venu préciser les modalités de calcul de cette indemnité¹⁵⁵². Si l'intéressé rompt son contrat avant le passage de son diplôme, l'indemnité due est de 200euros mensuels avec un seuil minimal de 2000euros en sus des indemnités versées. Si le contrat est rompu après le passage du diplôme, l'indemnité forfaitaire est de 20.000euros. Enfin, si le médecin commence à travailler au sein du territoire sous doté, l'indemnité est dégressive fonction du temps d'exercice.

Il apparaît donc intéressant de comparer le nombre de renoncements à ce contrat vis-à-vis du nombre de médecins qu'il a permis d'installer au sein des territoires sous dotés. Les données les plus récentes du centre national de gestion au sujet du CESP remontent à 2016 soit 7 ans après la mise en œuvre du dispositif et sont particulièrement éclairantes sur le dispositif. En 2016, les prévisions de fins d'internat soutenus par le CESP prévoyaient un contingent de 399 médecins, or, seuls 170 se retrouvent installés à cette date tandis que 229 restent à installer¹⁵⁵³. Toutefois les causes de ce retard ne sont pas explicitées, l'on peut imaginer différentes explications : la maternité, le doublement d'une année ou encore la maladie, mais ce chiffre interpelle quant aux résultats actuels peu probants sur la démographie médicale. Plus encore, le nombre de renoncements s'élève à 35 sur la période 2010 à 2015¹⁵⁵⁴ ce qui représente un taux proche de 10%..

687. Le fait qu'une partie au contrat puisse s'en retirer par le paiement d'une indemnité n'a rien d'anormal, mais c'est cumulé avec une autre spécificité du contrat d'engagement de service public que l'on peut entrevoir une possibilité de détournement. Le CESP permet le classement au cours des épreuves classantes nationales dans un contingentement spécifique fixé par les ARS qui permet aux étudiants souscripteurs du CESP d'accéder à des spécialités recherchées auxquelles ils

¹⁵⁵⁰ L'expression a été définie à propos des contrats aidés, S. Dassault, *Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes portant sur les contrats aidés*, 21 février 2007, Rapport du Sénat, n°255, p. 83

¹⁵⁵¹ Article L. 632-6 du Code de l'éducation

¹⁵⁵² Arrêté du 24 juin 2011 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité mentionnée à l'article L. 632-6 du Code de l'éducation

¹⁵⁵³ Centre National de Gestion, *Données sur les contrats d'engagement de service public. Etudiants et internes en médecine. Campagnes 2010/2011 à 2015/2016*, p. 12

¹⁵⁵⁴ *Ibidem*, p. 13, plus encore on doit constater que ce nombre augmente d'année en année : 3 renoncements en 2012, 8 en 2013, 9 en 2014 et 15 en 2015.

n'auraient pas forcément eu accès avec leur classement¹⁵⁵⁵. Bien que la majorité des postes réservés aux CESP concernent la médecine générale, l'on peut noter des postes dans diverses spécialités différentes bien plus recherchées lors des ECN : anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique, chirurgie thoracique, ophtalmologie ou encore pédiatrie¹⁵⁵⁶. Ces postes réservés aux CESP sont alors distribués bien au-delà des classements pour lesquels ils trouvent généralement preneur.

688. Le principe n'a rien de contestable s'il permet de remplir un poste qui n'aurait pas été choisi et si l'étudiant assure, à l'issue de son diplôme l'exercice sur la durée prévue. Le détournement apparaît si le contrat est rompu consécutivement au passage du diplôme sans avoir exercé. En choisissant de verser l'indemnité de 20.000euros et le remboursement des montants perçus, un médecin peut se retrouver diplômé dans une spécialité qu'il n'aurait pas atteinte par son classement aux ECN. Cette pénalité peut s'avérer peu dissuasive pour des futurs spécialistes en médecine.

689. Outre le CESP, les diverses incitations à l'installation sont le fruit d'effets d'aubaine que l'on peut traduire de deux manières. D'une part, induit par le fait « *qu'avec ou sans incitation, le parcours personnel du professionnel de santé l'aurait fait s'installer de toute manière dans la zone sous-dense*¹⁵⁵⁷ » et, d'autre part, quand le professionnel est déjà installé au sein de la zone avant la mise en œuvre du dispositif qu'il peut tout de même percevoir l'aide. Si ces effets d'aubaine ne constituent pas des fraudes, ils s'avèrent improductifs dans l'objectif qui est celui alloué à ces dispositifs. Ces effets sont d'ailleurs constamment soulignés par la doctrine¹⁵⁵⁸, ainsi que par différents rapports sénatoriaux¹⁵⁵⁹ ou encore par la Cour des comptes¹⁵⁶⁰.

690. Toutefois, il n'est pas question de jeter toutes les mesures avec l'eau du bain, en effet, le foisonnement de contrats et d'incitations ont permis d'initier une rénovation de la médecine libérale pour lesquels l'on peut remarquer des résultats intéressants en matière de qualité des soins,

¹⁵⁵⁵ DREES, *Portrait des professionnels de santé*, édition 2016, p. 98

¹⁵⁵⁶ www.medshake.net, statistiques sur les ECN 2018, 179 CESP pour la médecine générale, 5 pour l'anesthésie-réanimation, 1 pour la chirurgie orthopédique et traumatologique, 1 pour la chirurgie thoracique, 5 pour l'ophtalmologie

¹⁵⁵⁷ G. Rousset, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°HS, pp. 111-124

¹⁵⁵⁸ *Ibidem* ; R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », art. cit., p. 190-196

¹⁵⁵⁹ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, op. cit., p. 97

¹⁵⁶⁰ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2011*, op. cit., p. 163, Cour des comptes, *Sécurité sociale 2017*, op. cit., p. 250 : « (...) la plupart des dispositifs antérieurs se sont révélés inopérants ou porteurs d'effets d'aubaine excessifs au regard du volume très limité de nouvelles installations qu'ils ont suscité »

notamment par le biais d'une meilleure coopération et coordination entre les professionnels de santé.

B. L'intérêt accordé à la rénovation de la médecine libérale par le biais des dispositifs contractuels

691. Si les résultats des dispositifs à l'installation individuels sont relativement décevants en termes de gain relatif en professionnels au sein des territoires, des dispositifs novateurs ont permis une évolution du paradigme de la médecine libérale qui se structure, se coordonne et s'ouvre sur le monde sanitaire et médico-social.

Cet intérêt se manifeste par un exercice de plus en plus collectif de la médecine libérale (1), qui transparaît comme un gage de qualité et de coordination au sein du système de santé. Toutefois, l'investissement quasi exclusif dans les maisons de santé apparaît risqué et pourrait se révéler contre-productif vis-à-vis des objectifs alloués au système de santé (2).

1. L'attrait grandissant pour l'exercice collectif de la médecine libérale

692. Le développement d'un exercice médical libéral collectif est le fruit d'une volonté commune entre, les pouvoirs publics qui voient dans les structures pluridisciplinaires un outil pertinent de rénovation au service de l'accès aux soins¹⁵⁶¹ et les médecins libéraux, qui trouvent dans ce type de structure la possibilité de concilier aspirations professionnelles et personnelles¹⁵⁶².

693. Ces formules d'exercices se sont imposées en un peu plus de 10 ans comme le mode de référence pour l'exercice libéral. En première ligne se trouvent les maisons de santé¹⁵⁶³ dont les objectifs initiaux évoquaient la nécessité d'une « *réponse aux besoins de populations et une amélioration de la qualité des pratiques*¹⁵⁶⁴ ». Ces structures permettent d'envisager une prise en charge globale du patient, la possibilité d'investir dans une démarche de santé publique et de soin coordonnés et de

¹⁵⁶¹ Discours de Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Première synthèse nationale des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé, Paris, 8 février 2008

¹⁵⁶² Y. Bourgueil, M.-C. Clément, P.-E. Couralet, J. Mousquès, A. Pierre, « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne », *Questions d'économie de la Santé*, n°147, octobre 2009, p. 1

¹⁵⁶³ Article L. 6323-3 du Code de la santé publique : « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (...) »

¹⁵⁶⁴ J.-M. Juilhard, *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Rapport à la demande de Mme la Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports Roselyne Bachelot, 2010, p. 28

redonner au patient une place majeure dans la prise en charge¹⁵⁶⁵. Les maisons de santé remettent en question l'exercice libéral classique selon lequel le médecin rémunéré uniquement à l'acte est isolé dans une relation duale avec son patient¹⁵⁶⁶. Si ce mode d'exercice concilie, sans aucun doute, les volontés des professionnels et des pouvoirs publics, les nombreuses aides allouées au développement de ces structures amènent à se questionner à l'instar de Guillaume Rousset sur le fait de savoir si l'utilité théorique de ces dispositifs s'est concrétisée en une efficacité pratique¹⁵⁶⁷ au service de l'intérêt général.

694. On ne peut que souligner le développement exponentiel du nombre de maisons de santé, ces dernières introduites en 2007¹⁵⁶⁸ étaient moins de 20 la première année et ont atteint le nombre de 1100 et plus de 300 projets en 2018¹⁵⁶⁹. Par ailleurs, la stratégie nationale de santé pose pour objectif un doublement du nombre de structures d'ici cinq ans¹⁵⁷⁰. Le chiffre annoncé de 1100 maisons de santé apparaît comme flatteur, toutefois, il ne saurait à lui seul permettre d'évaluer l'apport en matière de démographie médicale. Cette assertion est renforcée par l'absence d'études récentes sur le gain net de professionnels sur les territoires sous dotés du fait des maisons de santé. L'IRDES a publié, en 2013 une étude relative à l'impact des maisons de santé ainsi que sur l'impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Cette dernière met en avant qu'il existe une « *tendance au maintien de la densité médicale dans les espaces où sont situées les maisons de santé*¹⁵⁷¹ » alors qu'elle est en baisse dans les autres espaces. Un article paru en complément de cette étude souligne que trois quarts des maisons de santé sont implantées dans un espace à dominante rurale¹⁵⁷². On peut donc aisément penser que les maisons bénéficiant de financements publics quels qu'ils soient profitent à l'accès aux soins des usagers du système de santé au sein de zones sous dotées. Pour autant, il ne faut pas voir dans ces regroupements une recette miracle¹⁵⁷³, les maux de l'inégale démographie médicale sont nombreux et ces structures ne sauraient pallier l'ensemble des problématiques.

¹⁵⁶⁵ M. Serin, « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation du système de notre système de santé », *Santé publique*, 2009/HS1, Vol. 1, pp. 67-71

¹⁵⁶⁶ J. Sebai, F. Yatim, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », *Revue Française d'Administration Publique*, 2017/4, n°164, pp. 887-902

¹⁵⁶⁷ G. Rousset, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », art. cit., n°3, pp. 450-456

¹⁵⁶⁸ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

¹⁵⁶⁹ Etude d'impact, *Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*, 13 février 2019, p. 162

¹⁵⁷⁰ Stratégie nationale de santé 2018-2022, p. 46

¹⁵⁷¹ G. Chevillard, J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux », *Questions d'économie de la Santé*, septembre 2013, n°190, p. 6

¹⁵⁷² G. Chevillard, J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », *Revue d'économie régionale et urbaine*, 2015/4, pp. 657-694

¹⁵⁷³ G. Rousset, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », art. cit., pp. 450-456

695. Plus encore, dans la continuité des effets d'aubaine largement dénoncés, il serait intéressant d'étudier la proportion de médecins au sein de ces maisons de santé qui n'étaient pas déjà en exercice dans un périmètre proche. Le Sénat en 2013 relevait que ces « *structures peuvent aider à maintenir la présence de ceux-ci dans les zones en voie de fragilisation, mais ne peuvent pas répondre aux besoins des zones déjà désertées*¹⁵⁷⁴ », la maison de santé correspondrait selon cette proposition plus à une réorganisation d'un exercice existant sur un territoire qu'un outil permettant de redynamiser un territoire dépeuplé. Cette idée peut être nuancée par une étude réalisée en 2015 sur les maisons de santé situées en Rhône-Alpes selon laquelle « *près de la moitié (40%) des MSP sont implantées dans des zones non déficitaires*¹⁵⁷⁵ » ce qui implique que les 60% de maisons restantes répondent à des problématiques de déficit.

696. Bien qu'aucune évaluation précise n'existe à ce jour, les maisons de santé participent au phénomène de redynamisation de zones où des difficultés d'accès aux soins existent. Pour autant, il convient de ne pas céder à la tentation de penser que les maisons de santé représentent la solution unique à la structuration des soins de premier recours permettant une meilleure promotion de la santé et une meilleure qualité des soins. Le but n'est pas d'opérer par le placement de pansements successifs, mais de véritablement enclencher une structuration globale du système de santé au service de l'accès aux soins.

2. Le risque lié au surinvestissement dans les maisons de santé

697. La maison de santé est devenue en un peu plus de 10 ans¹⁵⁷⁶ un mode d'exercice plébiscité par les gouvernements successifs et a fait l'objet de nombreux travaux doctrinaux¹⁵⁷⁷. Cette

¹⁵⁷⁴ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment, op. cit.*, p. 35

¹⁵⁷⁵ O. Marchand, A. Seigneurin, D. Chermand, B. Boussat, P. François, « Développement et fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles dans la région Rhône-Alpes », *Santé Publique*, 2015/4, Vol. 27, pp. 539-546

¹⁵⁷⁶ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

¹⁵⁷⁷ La revue *santé publique* y consacre un numéro entier en 2009 avec notamment : M. Serin, « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation du système de santé », *Santé publique*, 2009, n°HS1, Vol. 21, pp. 67-71 ; M. Autès, M.-G. Dufay, « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », 2009, n°HS1, Vol. 21, pp. 17-25 ; B. Garros, « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire », 2009, n°HS1, Vol. 21, pp. 7-16 ; Le *Journal de gestion et d'économie de la santé* y consacre un numéro entier en 2019 : N. Vezinat, « La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/1, n°1, pp. 11-31 ; I. Bourgeois, « Accompagner la structuration de la production des soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée de la médecine de ville », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/1, n°1, pp. 54-71 ou encore C. Fournier, « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, 2014/2, Vol. 32, pp. 67-95 ; G. Rousset, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », art. cit., pp. 450-456

surreprésentation dans le discours politique des maisons de santé traduit mal les apports réels de ces dernières sur l'accès aux soins. Il n'est pas ici question clouer au pilori le dispositif qui apparaît intéressant à bien des égards, mais plutôt de prévenir les risques qu'il porte en son sein.

698. Le premier risque vient d'être évoqué et consiste dans le fait de penser que les maisons de santé constituent une solution globale aux problématiques d'inégalités d'accès aux soins. Pour contrôler ce risque, il est essentiel d'intégrer les maisons de santé au sein du système de santé. Il ne s'agit pas de constituer des îlots de présence médicale sans lien les uns avec les autres, isolés des autres acteurs du système de santé. Le recours aux communautés professionnelles territoriales de santé instaurées par la LMSS¹⁵⁷⁸ est intéressant, ces structures peuvent être constituées volontairement entre professionnels de santé afin d'assurer une meilleure coordination et la réalisation des objectifs du projet régional de santé¹⁵⁷⁹. Elles apparaissent comme un puissant outil de structuration de l'offre de soins, et l'on peut saluer l'ambition de le pérenniser d'ici à 2021¹⁵⁸⁰. Les CPTS sont, pour l'heure des dispositifs dont la liberté d'initiative est laissée dans les mains des professionnels¹⁵⁸¹, dans le but de permettre l'émergence d'une grande variété de projets. Les CPTS peuvent permettre de passer outre un regroupement physique et constituer des communautés qui peuvent s'apparenter à « *des maisons de santé « sans les murs* »¹⁵⁸² ».

Cependant, elles diffèrent dans leurs objectifs des maisons de santé, les maisons de santé offrent un cadre d'exercice répondant aux attentes des professionnels de santé, en vue d'attirer ces derniers sur des territoires dépeuplés sanitaire, tandis que les CPTS constituent le cadre d'une meilleure coordination des soins au sein du territoire dans le but de « *constituer une garantie d'accès aux soins, de fluidité de leurs parcours, et de prise en compte par les professionnels de santé de missions actuellement insuffisamment développées (...)*¹⁵⁸³ ».

699. Les maisons de santé, et plus largement le développement de modes d'exercice pluridisciplinaires participe ainsi à une valorisation de l'activité médicale, ainsi qu'une réponse adéquate pour la transformation des soins primaires. Néanmoins, il convient de ne pas imaginer le système de santé comme une agrégation d'îlots de compétence, mais véritablement comme un système agissant en réseau. Sans le recours aux CPTS, les maisons de santé se retrouveront

¹⁵⁷⁸ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁵⁷⁹ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique

¹⁵⁸⁰ Discours du Président de la République Emmanuel Macron sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun », le 18 septembre 2018

¹⁵⁸¹ M. Cormier, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ? », art. cit., pp. 64-73

¹⁵⁸² A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire... op. cit.*, Tome 1, p. 114

¹⁵⁸³ IGAS, *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, Appui à la DGOS*, Août 2018, n°208-041R, p. 4

rapidement isolées vis-à-vis des autres acteurs du système de santé. Un chiffre illustre parfaitement ce risque, « *parmi les MSP recensées, seulement 14% (soit 136 MSP) déclarent la mise en place d'actions de coordination*¹⁵⁸⁴ ».

700. Dans le but d'une meilleure coordination et structuration des soins, on peut se poser la question à l'instar de Johanne Saison du peu de mesures de pilotage national du dispositif et d'accompagnement du niveau régional¹⁵⁸⁵. Le rapport de l'IGAS sur le déploiement des CPTS fait d'ailleurs état de trois pistes d'évolution pour ces dispositifs, la première consiste dans l'établissement d'un cadre réglementaire élémentaire. La deuxième piste évoque la nécessité d'un déploiement des CPTS fondé sur un accompagnement « très incitatif », la formule apparaît, aux yeux du juriste illusoire, mais l'on peut imaginer qu'elle implique l'action des professionnels et, seulement en l'absence d'une telle intervention une action de l'ARS afin d'obtenir un maillage global du territoire. Cette possibilité d'une intervention contraignante de l'ARS était déjà présente dans le texte issu de la loi de modernisation¹⁵⁸⁶. Jusqu'alors, les ARS ne se sont pas saisies de cette possibilité du fait du manque de leviers à leur disposition notamment au travers du fonds d'intervention régional¹⁵⁸⁷.

Cette question a connu une évolution favorable avec la négociation d'un accord conventionnel interprofessionnel débutée le 16 janvier qui devrait distinguer le financement de la structure (fonctions support et fonctions de coordination) et le financement individuel des professionnels qui composent la structure¹⁵⁸⁸. L'accord apporte un soutien financier aux CPTS qui repose sur la mise en œuvre de trois axes : la facilitation de l'accès aux soins des patients, l'organisation des parcours pour assurer une meilleure coordination entre les patients et l'engagement dans le champ de la prévention. Les financements peuvent aller jusqu'à 380.000 euros par an pour une structure installée sur un bassin de plus de 175.000 habitants¹⁵⁸⁹.

¹⁵⁸⁴ J. Sebai, F. Yatim, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », art. cit., pp. 887-902

¹⁵⁸⁵ J. Saison, « « Ma santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ? », art. cit., pp. 25-34

¹⁵⁸⁶ Article L. 1434-12 al. 5 du Code de la santé publique prévoit que « A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé ».

¹⁵⁸⁷ G. Duhamel, J.-B. Barféty, L. Morlet-Haidara, « Faciliter au quotidien les parcours de santé », in A. Laude, D. Tabuteau (Dir.), *La loi de santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2016, p. 51

¹⁵⁸⁸ M. Cormier, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ? », art. cit., pp. 64-73

¹⁵⁸⁹ Assurance maladie, *Communautés professionnelles territoriales de santé : signature d'un accord conventionnel interprofessionnel*, Communiqué de presse du 19 juin 2019

701. La mise en place d'un tel financement ainsi que l'apparition de leviers juridiques à disposition du directeur général de l'ARS constituent des évolutions favorables en vue d'une pérennisation des CPTS. Le directeur de l'ARS a notamment la faculté de valider le projet de santé ou de s'y opposer en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé ou sur la pertinence du territoire d'action¹⁵⁹⁰ afin de s'assurer de la cohérence des projets de communautés professionnelles territoriales de santé sur leurs territoires. Cette évolution d'un cadre incitatif très libre vers du « très incitatif » comme le note le rapport de l'IGAS¹⁵⁹¹ n'est pas sans démontrer les difficultés du système de santé à s'organiser rationnellement sur le simple bon vouloir des professionnels de santé.

702. On pourrait résumer la situation actuelle par la célèbre formule « *mettre la charrue avant les bœufs* ». Bien que la démarche de qualité et de structuration de la médecine libérale apparaisse fondamentale, la question qui se pose au sein de certains territoires est de savoir si un accès aux soins est disponible et si les usagers bénéficient d'une protection de leur santé.

703. Les inégalités d'accès aux soins ne sont pas solvables par de simples mesures incitatives lesquelles, d'échec en échec se heurtent continuellement aux mêmes problématiques. Afin de remédier à ce *statu quo*, il est indispensable d'analyser les raisons de l'échec des politiques incitatives exclusives comme mesures de lutte contre les inégalités d'accès aux soins.

Paragraphe 2. Les facteurs explicatifs de l'échec des politiques incitatives exclusives sur l'évolution de la démographie médicale

704. Un nombre important d'incitations contractuelles ont été mises en œuvre tant par les collectivités territoriales, les ARS, l'État, l'assurance maladie sans pour autant sans qu'il en résulte une amélioration notable de l'accès aux soins. Avec plus de dix ans de recul sur les techniques utilisées, il est possible de faire deux séries de constats quant au procédé contractuel pour lutter contre les problèmes d'accès aux soins. Les premières observations concernent le procédé même en ce qu'il ne permet pas une réponse adéquate aux intérêts des médecins et des usagers du système

¹⁵⁹⁰ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

¹⁵⁹¹ IGAS, *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, Appui à la DGOS, op. cit.*, p. 4

de santé (A). La seconde série d'observations concerne l'échec dans la mise en œuvre¹⁵⁹² des incitations à l'installation (B).

A. L'échec de la méthodologie incitative financière exclusive

705. Cet échec quant au choix d'une méthodologie incitative financière exclusive s'explique, d'une part, par la divergence d'intérêts trop importante entre les usagers du système de santé et les professionnels (1) et, d'autre part, par l'utilisation du levier financier qui apparaît peu opportun face à cette situation (2).

1. L'inconciliable divergence d'intérêts entre les professionnels et les usagers du système de santé

706. La structuration des soins de premier recours en France repose sur une dualité d'intérêts antagonistes. Les professionnels de santé, sous couvert de sécurité des soins et d'indépendance se prévalent de libertés médicales¹⁵⁹³ dont la liberté d'installation, la liberté et l'entente directe, « *désignation euphémisée de la liberté tarifaire*¹⁵⁹⁴ ».

Sur la question tarifaire, malgré les ambitions et affichages politiques¹⁵⁹⁵, les conventions successives peinent à enrayer les dépassements d'honoraires pourtant nuisibles à l'accès aux soins. Preuve en est l'avenant n°8 à la convention de 2011 qui vise à « *la disparition rapide des pratiques tarifaires excessives*¹⁵⁹⁶ » se borne à définir un taux de 150% du tarif opposable qui pourra servir de repère pour définir un dépassement excessif sans en tirer de conséquences sur une potentielle interdiction de dépasser un tel seuil¹⁵⁹⁷. Pierre-Louis Bras considère que la multiplication des critères relatifs aux dépassements d'honoraires « *ouvre la voie sans fin autour de la validité de toute sanction*¹⁵⁹⁸ ».

¹⁵⁹² Ce découpage s'inspire de celui réalisé par H. Wolman, « Les facteurs de réussite ou d'échec des politiques publiques », *Revue de politiques et management public*, 1985, Vol. 3, n°3, pp. 51-95 qui propose de distinguer les facteurs relatifs à la performance d'une politique publique en distinguant d'une part les éléments constitutifs du processus de formulation (relatifs au procédé même, à la détermination de ses objectifs, à la définition et la structure du programme...) et les composantes du processus de mise en œuvre (adéquation des ressources, structure du management et du contrôle, efficacité politique ou encore évaluation et suivi...)

¹⁵⁹³ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁵⁹⁴ P.-L. Bras, « La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », *Les tribunes de la santé*, 2015/3, n°48, pp. 73-92

¹⁵⁹⁵ Notamment le 20^{ème} engagement de campagne de François Hollande en 2012 : « Je sécuriserai l'accès aux soins de tous les Français »

¹⁵⁹⁶ 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

¹⁵⁹⁷ En la matière l'article R. 4127-53 du Code de la santé publique prévoit que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières »

¹⁵⁹⁸ P.-L. Bras, « La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », art. cit., pp. 73-92

707. Cet avenant a aussi introduit le contrat d'accès aux soins mesure qui visait à réguler les honoraires des professionnels libéraux en secteur 2 par la garantie de l'exercice d'une partie de leur activité à tarif opposable et d'une partie permise avec un taux de dépassement limité en contrepartie de quoi le médecin est exonéré d'une partie de ses cotisations sociales¹⁵⁹⁹. L'introduction du contrat d'accès aux soins n'a malheureusement pas été limitée aux médecins en secteur 2, elle a laissé la porte ouverte aux médecins en secteur 1 « *« bloqués » en secteur 1 parce qu'ils n'avaient pas adhéré au secteur 2 avant 1990 ou lors de leur première installation*¹⁶⁰⁰ ». De fait, des médecins qui exerçaient exclusivement aux tarifs opposables se retrouvent avec la possibilité d'exercer une partie de leur activité avec des dépassements d'honoraires affectant *de facto* l'accès aux soins des plus précaires¹⁶⁰¹. Une nouvelle fois, les appels répétés des médecins souhaitant satisfaire leurs intérêts individuels ont perverti une mesure destinée à améliorer l'accès aux soins.

708. Les velléités des médecins à l'égard d'une quelconque régulation de leur pratique ou de leur installation marquent la défense d'un intérêt individuel bien loin de la formule « *au service des médecins, dans l'intérêt des patients*¹⁶⁰² » mise en avant par le Conseil national de l'ordre des médecins. L'organisation de la profession médicale française est aujourd'hui encore guidée par un très fort corporatisme qui n'est pas sans étonner jusqu'à leurs confrères québécois¹⁶⁰³ au regard des enjeux rencontrés par le système de santé.

709. Face à ce constat, la démarche qui consiste à faire reposer sur les professionnels libéraux le poids d'une autorégulation tarifaire et géographique basée sur le volontariat et le contrat apparaît illusoire. On peut se poser la question de la cohérence de l'outil contractuel vis-à-vis des enjeux contemporains que sont la nécessité d'un meilleur accès aux soins des usagers du système de santé et la maîtrise des dépenses de la sécurité sociale, et plus largement de l'ensemble des collectivités et institutions qui distribuent ce type d'aides en espérant pallier les carences en matière d'accès aux soins. En effet, le « *recours au contrat ne s'impose que s'il présente un avantage comparatif par rapport à d'autres modes d'intervention ou de gestion des services publics. Le contrat doit être choisi au vu de ses mérites propres, dûment*

¹⁵⁹⁹ Pour les détails du contrat d'accès aux soins, R. Marié, « Dépassements d'honoraires et augmentation de l'offre à tarifs opposables : entre renoncements et timides avancées », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 101-110

¹⁶⁰⁰ P.-L. Bras, « La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », art. cit., pp. 73-92

¹⁶⁰¹ *Ibidem*, « 3444 spécialistes du secteur 1 ont opé pour le contrat d'accès aux soins ; ces 3444 spécialistes, qui devaient jusqu'à présent respecter les tarifs du secteur 1, vont désormais pouvoir pratiquer des dépassements d'honoraires. De ce seul fait, le nombre des spécialistes habilités à pratiquer des dépassements d'honoraires progresse de plus de 14% »

¹⁶⁰² CNOM, *Au service des médecins, dans l'intérêt des patients*, 2012, p. 1

¹⁶⁰³ Association médicale du Québec, *Le rôle de la profession médicale dans la gouvernance du système de santé Québécois*, 2015, p. 15

*établis, et non pas au nom de positions de principes*¹⁶⁰⁴ ». C'est pourtant une telle position de principe qui permet de conserver ces spécificités pour l'exercice médical de nombreuses professions de santé ayant fait le choix¹⁶⁰⁵ ou ayant été contraintes¹⁶⁰⁶ à une régulation de leur activité.

710. Les résultats largement énoncés des politiques incitatives amènent à penser que « *l'autorité publique ne peut pas toujours s'en remettre au bon vouloir de l'autre partie pour sceller un accord, sauf à la contraindre à contracter, ce qui est la négation de la liberté contractuelle. Elle ne peut pas non plus s'engager exagérément dans des obligations contractuelles qui constituent autant de droits en faveur de l'autre partie. Elle ne peut pas toujours se satisfaire du compromis auquel aboutit la négociation contractuelle*¹⁶⁰⁷ ». Le compromis, si l'on peut considérer comme tel dans les rapports entre les pouvoirs publics et les médecins pèse, à ce jour, encore largement dans le sens des professionnels au détriment de l'accès aux soins et d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

711. Cette inconciliabilité entre les intérêts des professionnels et des usagers du système de santé explique pour partie l'inefficacité des politiques incitatives exclusives. Un autre facteur de l'échec de ces mesures et à rechercher dans l'usage systématique d'une contrepartie financière comme moyen incitatif.

2. L'inadaptation des contreparties financières des dispositifs incitatifs

712. La majorité des aides à disposition des médecins libéraux comprennent une contrepartie financière. Cette politique unique est mise en œuvre autant pour lutter contre le problème des dépassements d'honoraires médicaux que pour tenter d'inciter à l'installation des professionnels au sein de territoires sous dotés.

On peut fortement douter du levier que représente une aide financière pour une profession dont le revenu médian s'élève à 7.200 euros nets mensuels pour les spécialistes et 5.700 euros nets pour les généralistes soit l'équivalent des salaires des 10% des cadres du privé les mieux rémunérés¹⁶⁰⁸. Romain Marié note que si l'intérêt financier motivait les médecins, « *la perspective de trouver une clientèle abondante en raison de l'écart important entre la demande et l'offre de soins devrait d'ailleurs à*

¹⁶⁰⁴ Conseil d'Etat, *Le contrat, mode d'action publique et de production de normes*, op. cit., p. 9

¹⁶⁰⁵ Avenant n°1 du 4 septembre 2008 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'assurance maladie, 25 juillet 2007

¹⁶⁰⁶ Régulation des officines de pharmacie par la loi du 11 septembre 1941 validée par l'ordonnance du 23 mai 1945

¹⁶⁰⁷ R. Denoix de Saint Marc, « La question l'administration contractuelle », *AJDA*, 2003, n°19, pp. 970-972

¹⁶⁰⁸ DREES, *Portrait des professionnels de santé*, 2016, p. 64

elle seule suffire à convaincre les intéressés de s'installer sur un territoire où la densité médicale est faible¹⁶⁰⁹ ». Or, il n'en est rien. Cette assertion est confirmée par le temps de travail déclaré par les médecins en milieu rural en 2011 qui s'élevait à 60h en moyenne contre 56h en milieu urbain, « le revenu est donc tiré à la hausse, en volume d'actes, ce qui réduit l'intérêt des dispositifs incitatifs¹⁶¹⁰ ». En effet, une installation au sein d'une zone sous dotée est la garantie pour un praticien d'avoir une salle d'attente pleine en permanence et, de fait, de maximiser ses revenus, les médecins ruraux ont ainsi en moyenne des revenus supérieurs de 14,5% à ceux des villes¹⁶¹¹.

713. Toutefois, la concentration des aides et réflexions sur le versement d'une contrepartie financière pour l'installation au sein de territoires sous dotés néglige totalement les déterminants sociaux et familiaux présents dans une réflexion quant à une installation. « Outre la maturation du projet professionnel, cela renvoie au mode de vie espéré, aux projets personnels et familiaux¹⁶¹² », ou encore à la présence de services essentiels sur le territoire. C'est d'ailleurs ce qui ressort d'une enquête du Commissariat général à l'égalité des territoires sur l'installation des jeunes médecins généralistes qui liste les facteurs prépondérants d'attractivité suivants : la qualité et le cadre de vie offert sur un territoire, l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif, les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire ou encore l'existence de services à la population et l'accompagnement dans les démarches d'installation¹⁶¹³.

714. Pour autant, il convient de ne pas abandonner l'ensemble des aides financières à l'installation. Les étudiants par exemple, constituent un public à privilégier pour le développement d'aides à l'installation. Bien que les études médicales en France soient peu onéreuses en comparaison à de nombreux pays¹⁶¹⁴, la durée des études et les horaires réalisés par les étudiants ne laissent que peu de place au cumul avec un emploi permettant de financer leur quotidien. De telles aides peuvent permettre à de nombreux étudiants de supporter la charge liée aux nombreuses années d'études et se concentrer uniquement sur l'aspect médical sans avoir à se soucier de difficultés financières.

¹⁶⁰⁹ R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en questions », art. cit., pp. 404-411

¹⁶¹⁰ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, op. cit., p. 62

¹⁶¹¹ J.-C. Bontron, « Les aides à l'installation au secours de la désertification médicale », *Pour*, 2012/2, n°214, pp. 83-98

¹⁶¹² G. Rousset, « « Déserts médicaux », accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé », Colloque du CIST, En quête de territoire(s) ?, Mars 2016, p. 416

¹⁶¹³ Commissariat général à l'égalité des territoires, *Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires*, Septembre 2015 (Maj en Mai 2016), p. 2

¹⁶¹⁴ A titre d'exemple les frais d'inscription pour une première année en faculté de médecine s'élevaient à 170euros par an en 2018 en France, à 5000euros en Roumanie et à plusieurs dizaines de milliers d'euros aux USA

715. Regrouper les contreparties aux aides à l'installation sur des moyens financiers apparaît d'une « *pertinence relative*¹⁶¹⁵ ». Le coût pour la collectivité reste aujourd'hui bien trop important en rapport aux bénéfices apportés pour l'accès aux soins. Pour autant, il n'est pas question de mettre un terme à l'ensemble des aides financières, mais d'en effectuer une rationalisation et notamment de « *réorienter les moyens disponibles vers les aides financières les plus pertinentes*¹⁶¹⁶ » comme le préconisait le rapport Maurey. Ce dernier, proactif sur la question interrogeait la ministre de la santé quant au coût de l'ensemble de ces mesures pour la collectivité dans un contexte de raréfaction des ressources publiques¹⁶¹⁷, la question est restée à ce jour sans réponse.

716. Le levier financier ne doit plus constituer l'Alpha et l'Omega en matière de contreparties à l'incitation, nous développerons plus en avant les stratégies à investir dans ce champ pour espérer un résultat plus probant sur l'accès aux soins. Au préalable, il convient d'analyser les facteurs défaillants dans la mise en œuvre des incitations à l'installation.

B. Les facteurs de l'échec dans la mise en œuvre des incitations à l'installation

717. Deux séries de facteurs peuvent être mises en avant pour expliquer l'absence d'efficacité dans la mise en œuvre des mesures incitatives, la première est relative à la complexité du système incitatif (1), la seconde tient à l'inexistence de mesures d'évaluation des dispositifs (2).

1. La complexité du système incitatif

718. La prise en compte des enjeux relatifs à la désertification médicale est récente en France, alors qu'elle constitue un enjeu prioritaire pour de nombreux voisins européens depuis de nombreuses décennies¹⁶¹⁸. Cette appréhension tardive de la problématique de la répartition de l'installation des médecins libéraux sur le territoire a entraîné la nécessité d'une action d'urgence

¹⁶¹⁵ G. Rousset, « « Déserts médicaux », accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé », art. cit., p. 416

¹⁶¹⁶ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, op. cit., p. 62

¹⁶¹⁷ Question écrite n°01317 de M. Hervé Maurey, publiée dans le JO Sénat du 28/09/2017, p. 2982

¹⁶¹⁸ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, op. cit., p. 25 : « avec la notion de « cantons déficitaires », la France a pris conscience en 2003, plus tardivement que ses principaux partenaires, d'un phénomène commun aux pays développés. Au Royaume-Uni, cette question aurait été appréhendée dès les années 1950 et en Allemagne dans les années 1970 »

qui se caractérise par sa complexité et par une importante concurrence entre les territoires pour attirer des professionnels de santé.

719. L'inaction de l'État en matière d'accès aux soins a entraîné un investissement important des différentes collectivités territoriales en la matière¹⁶¹⁹. Cet investissement subit d'une matière ne relevant pas des compétences des collectivités territoriales se caractérise ainsi par une multiplication des dispositifs non coordonnés visant à satisfaire un besoin local urgent et non à organiser un maillage cohérent de proximité. .

Ce développement chaotique appelle plusieurs remarques qui permettent d'expliquer l'inefficacité des multiples dispositifs incitatifs. L'accroissement des interlocuteurs et des incitations contractuelles proposées aux professionnels de santé afin de s'installer sur les territoires sous dotés constitue un vecteur de complexité et d'illisibilité. Les aides sont le plus souvent méconnues des professionnels¹⁶²⁰, ces derniers doivent effectuer une démarche volontariste de recherche et peuvent à ce moment-là, être rapidement décontenancés par les informations et la diversité des moyens de financement qui leur sont proposés. De plus, la complexité de certains dispositifs peut ne pas leur apparaître de manière claire, notamment en ce qui concerne les contreparties au financement.

720. Certaines ARS ont, sous l'impulsion du plan pour renforcer l'accès aux soins soutenu par la ministre Agnès Buzyn¹⁶²¹ mis en place des « *guichets uniques* », c'est le cas notamment de l'ARS PACA qui a introduit ce dispositif pour les médecins et infirmiers, il sera élargi en 2019 à l'ensemble des professionnels de santé¹⁶²². La mission consiste principalement dans l'accompagnement administratif des professionnels de santé et ce, notamment sur la question de l'installation, toutefois, ces derniers ne fonctionnent que de manière parcellaire en ce qu'ils n'éclairent pas les professionnels sur l'ensemble des aides disponibles notamment celles proposées par les collectivités territoriales¹⁶²³.

721. En outre, la multiplication des aides issues des différents échelons de collectivités, mais aussi de l'assurance maladie ou encore de l'ARS peut entraîner une concurrence et un

¹⁶¹⁹ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire... op. cit.*, Tome 1, p. 60

¹⁶²⁰ Cour des comptes, *La sécurité sociale 2011*, 2011, p. 165

¹⁶²¹ Ministère des solidarités et de la santé, *Renforcer l'accès territorial aux soins*, Dossier de presse, 13 octobre 2017, p. 15

¹⁶²² Communiqué de presse, Un guichet unique en PACA pour aider les professionnels de santé dans leurs parcours, 27 juin 2018

¹⁶²³ Y. Daudigny lors de l'examen en commission réunie le 26 juillet 2017 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission entend la communication au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de MM. Jean-Noël Cardoux, Président de la Mecss, et Yves Daudigny

désengagement de l'État d'une compétence sans qu'il ne délègue pour autant sa compétence. En effet, de nombreuses collectivités s'engagent de manière importante sur la question de la revitalisation de l'accès aux soins, les sommes investies font l'objet de politiques volontaristes et non sur des sommes allouées du fait d'une compétence transférée par l'État. Cette pratique connaît deux problèmes principaux : d'une part, les collectivités peuvent s'investir de manière totalement inégale sur la question en fonction des autres problématiques rencontrées par le territoire et des budgets alloués à la question sanitaire et, d'autre part, les sommes investies sur la problématique par les collectivités sont autant de financements qui ne seront pas utilisés pour réaliser les compétences propres.

Ce système entraîne nécessairement une concurrence entre collectivités territoriales qui peut s'avérer délétère en attirant des professionnels vers un territoire qui offrirait de meilleurs avantages financiers. Si le levier financier est généralement assez peu opérant, dans le cas d'un médecin qui aurait choisi d'exercer au sein d'un territoire à la démographie médicale insatisfaisante, il n'est pas impossible qu'il réalise une étude auprès des collectivités afin de trouver les conditions tarifaires ou d'accueil les plus intéressantes.

722. Ces écueils vont à l'encontre de l'intérêt général de protection de la santé et du souhait d'une homogénéisation de la démographie médicale sur le territoire. Elles portent en leur sein les germes d'une inégalité encore plus grande reposant sur la capacité d'investissement du territoire, cette problématique est d'autant plus surprenante que le couple formé entre l'État et la région est « *supposé en charge de la stratégie et de la cohérence territoriale*¹⁶²⁴ ».

723. Enfin, la superposition de dispositifs issus d'institutions et collectivités différentes entraîne nécessairement un risque de gaspillage des deniers publics qui n'existerait pas avec une meilleure coordination et articulation des dispositifs existants. Le système incitatif apparaît donc comme complexe et peu lisible pour les professionnels de santé. Ces écueils ont des conséquences en ce qu'ils ne permettent pas une amélioration de l'accès aux soins, aggravent la fracture territoriale et entraînent des coûts importants pour la collectivité. Le manque de réaction face au constat de l'inefficacité de ces mesures s'explique par l'inexistence de dispositifs d'évaluation portant tant sur le recensement de ces dispositifs que sur les résultats obtenus.

¹⁶²⁴ G. Chavrier, « Quel avenir pour la région dans l'organisation territoriale française ? », *AJDA*, 2008, n°30, pp. 1657-1660

2. L'absence d'évaluation des politiques incitatives

724. L'évaluation des politiques incitatives peut s'entendre à la fois dans une optique quantitative visant au recensement de la diversité d'aides disponibles et dans un sens qualitatif sur les résultats de ces politiques vis-à-vis de leur coût.

725. Étant donné que les mesures d'incitation à l'installation ne « *garantissent pas l'efficacité escomptée a priori. Il serait particulièrement dangereux de s'en contenter sans évaluer leur performance*¹⁶²⁵ », ce constat tiré en 2005 n'a malheureusement pas permis le développement de l'évaluation qui apparaît pourtant fondamentale. L'objectif proposé par la commission démographie était pourtant ambitieux, il visait à analyser les moyens et actions mis en œuvre et à évaluer les résultats obtenus¹⁶²⁶. Cet appel a été renouvelé notamment par le CESE dans un avis de 2017 qui préconise de soumettre les aides à évaluation afin de supprimer celles qui sont porteuses d'un effet d'aubaine excessif et de les concentrer sur un petit nombre à effets avérés¹⁶²⁷.

726. Des travaux relatifs à l'évaluation des politiques publiques sportives territoriales nous éclairent sur les dimensions que peut prendre l'évaluation. L'évaluation d'une politique publique peut porter sur les attentes, la pertinence qui permet de vérifier si les moyens alloués sont en rapport aux objectifs fixés, l'efficacité qui compare les résultats obtenus par rapport aux moyens déployés, la satisfaction qui s'apprécie pour les bénéficiaires et enfin l'efficacité qui vise à vérifier si les résultats obtenus sont conformes aux objectifs¹⁶²⁸. Malheureusement, et malgré la multiplication des aides, les pouvoirs publics n'ont pas trouvé utile de mettre en œuvre un inventaire exhaustif¹⁶²⁹ de ces aides. Tout au plus certaines collectivités ou ARS recensent les aides auxquelles ils participent¹⁶³⁰, mais dans la plupart des cas, les institutions ne peuvent que se limiter à présenter les aides qu'ils distribuent sans effectuer une présentation complète des dispositifs incitatifs d'un territoire.

¹⁶²⁵ Y. Berland, *Commission démographie médicale*, Observatoire national de la démographie des professions de santé, avril 2015, p. 57

¹⁶²⁶ *Ibidem*, p. 58

¹⁶²⁷ Conseil économique social et environnemental, *Les déserts médicaux*, *op. cit.*, p. 25

¹⁶²⁸ P. Bayeux, J. Dupuis, « De l'élaboration à l'évaluation des politiques publiques sportives territoriales », *Revue juridique et économique du sport*, 1995, n°35, pp. 103-110

¹⁶²⁹ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire... op. cit.*, Tome 1, p. 61

¹⁶³⁰ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, *op. cit.*, p. 39, le rapporteur Maurey évoque la difficulté à se voir communiquer des éléments chiffrés concernant les incitations à l'installation des médecins « votre rapporteur, pour tenter d'évaluer le coût de ces dispositifs, s'est adressé directement aux vingt-six ARS pour leur demander des éléments d'évaluation (...). Dans leur très grande majorité, les ARS ont en effet répondu qu'elles n'étaient pas en mesure de communiquer d'éléments chiffrés ».

727. Il existe à cet égard une ligne de partage entre l'échelon national et les collectivités territoriales, selon Eve Robert, inspectrice des affaires sociales l'examen exhaustif des dispositifs incitatifs demanderait un travail colossal pour une plus-value sans doute limitée¹⁶³¹. L'utilisation de l'expression « sans doute » peut faire sourire au regard des enjeux en matière de protection de la santé et d'utilisation des deniers publics. Les représentants des collectivités territoriales ne partagent d'ailleurs pas le même avis, quant à la nécessité d'une évaluation, les élus ne savent même plus à quel point les dispositifs sont financés et voient se former des poches surmédicalisées du fait d'une concurrence entre territoires¹⁶³².

728. La carence en matière d'évaluation concerne aussi les résultats obtenus par les dispositifs. Mis à part quelques études sur des dispositifs isolés, comme celle menée par le CNG sur l'impact des CESP¹⁶³³ qui n'a d'ailleurs pas été mise à jour depuis 2016¹⁶³⁴, il n'existe pas d'étude d'ampleur sur l'impact des dispositifs. L'idée d'une évaluation globale des dispositifs a d'ailleurs été rejetée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à deux reprises¹⁶³⁵. Il était proposé la création d'une commission ad hoc rassemblant les acteurs de l'offre de soins en vue d'établir un bilan de la situation démographique et des conséquences des mesures prises pour la répartition de l'offre de soins et proposer les mesures nécessaires à la correction des déséquilibres éventuels.

729. De manière moins globale, il est surprenant que les collectivités qui attribuent des aides ne mettent pas en œuvre des mécanismes d'évaluation de ces dernières d'autant que les coûts globaux impactent fortement les budgets des territoires.

Un dispositif d'évaluation adéquat permettrait une meilleure sélection des incitations dont les bénéficiaires sont reconnus et une réorientation des fonds attribués aux aides les moins efficaces.

¹⁶³¹ Audition d'Eve Robert, réalisée le 21 juin 2018 dans le cadre du rapport A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain*, n°1185, Tome 1, Rapport de l'Assemblée nationale, 2018, p. 61

¹⁶³² A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire...* *op. cit.*, Tome 1, p. 62

¹⁶³³ Centre National de Gestion, *Données sur les contrats d'engagement de service public. Etudiants et internes en médecine. Campagnes 2010/2011 à 2015/2016*

¹⁶³⁴ G. Garot, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale*, n°1612, 23 janvier 2019, p. 12 évoque le coût de 33 millions d'euros estimés pour le CESP en 2018 et indique qu'une évaluation est en cours sous l'égide de la DREES

¹⁶³⁵ P. Vigier, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire*, n°4188, 18 janvier 2012, p. 96, P. Vigier, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire*, n°401, 14 novembre 2012, p. 90



730. La lutte contre les inégalités d'accès aux soins se caractérise aujourd'hui par un recours massif à l'outil contractuel en vue de favoriser l'installation au sein de territoires sous dotés et de permettre une rénovation de la pratique médicale. Ce recours s'explique par la volonté d'une conciliation entre les intérêts des professionnels de santé et l'intérêt général de protection de la santé et d'égal accès aux soins.

731. Pour autant, les pouvoirs publics n'ont investi ce champ d'action qu'assez tardivement. Face aux difficultés, les collectivités territoriales se sont bien souvent saisies de la question en agissant hors de leur champ de compétence. Une multitude d'acteurs ont ainsi été à l'origine de diverses incitations, dont les effets ressentis sur la démographie médicale sont malheureusement quasi nuls.

732. La plupart des aides versées contre une installation au sein d'un territoire sous doté ont été l'objet d'effets d'aubaines ou de dévoiements sans que les conséquences ne soient tirées quant à leur renouvellement. Des médecins ont ainsi pu profiter d'aides en s'installant au sein du territoire dans lequel ils prévoyaient de s'installer, tandis que des étudiants ont pu profiter d'une aide au cours de leur cursus et s'en extraire par le paiement d'une pénalité relativement peu significative.

733. Pour autant, certaines aides apparaissent intéressantes notamment en ce qu'elles permettent la rénovation des modes d'exercice et l'utilisation de nouvelles technologies prometteuses pour l'accès aux soins. Les modes d'exercice pluridisciplinaires telles que les maisons de santé plébiscitées par les pouvoirs publics ne doivent pas constituer une nouvelle illusion dont le risque serait de créer des bulles de médicalisation totalement déliées du reste du système de santé. Elles doivent s'inscrire dans le cadre d'une coopération territoriale permise par le service public de santé de proximité, leur collaboration avec les communautés professionnelles territoriales de santé apparaît de ce fait indispensable.

734. Enfin, il n'existe, pour l'heure pas de mécanisme d'évaluation de l'ensemble de ces dispositifs, leur coût, tout autant que leurs résultats ne sont pas parfaitement étudiés ce qui ne permet pas d'espérer une amélioration de la démographie médicale sur les territoires concernés. Eu

égard aux enjeux en matière de protection de la santé et de maîtrise des dépenses des différents intervenants, une telle évaluation est primordiale pour la pérennisation de ces outils.

735. Si l'on discutera la nécessité d'une régulation plus active à l'égard des professionnels libéraux au fil du dernier titre de la thèse, force est de constater que des résultats positifs sur l'accès aux soins pourraient être obtenus par une meilleure organisation des outils contractuels de lutte contre les inégalités d'accès aux soins.

Chapitre 2. La rationalisation des outils contractuels de régulation de la médecine libérale au sein du service public de santé de proximité

« Face à cet arsenal d'aides, on peut se demander si les résultats attendus, c'est-à-dire le renforcement de la présence médicale et de la continuité des soins dans les zones déficitaires sont bien au rendez-vous. En réalité, il y a peu ou pas d'évaluation sérieuse de l'efficacité de ces dispositifs, et bien souvent même pas de suivi, ce qui interdit le chiffrage du coût et des effets de ces mesures (...) »¹⁶³⁶.

736. Nos développements ont permis de mettre en lumière l'usage qui est fait du contrat par les pouvoirs publics dans l'objectif d'une régulation de la démographie médicale. L'ensemble des moyens investis l'ont été dans le cadre d'une contractualisation basée sur le volontarisme des professionnels de santé, refusant catégoriquement l'introduction de mesures contraignantes.

737. L'intervention tardive des pouvoirs publics en matière de régulation de la démographie des médecins libéraux a entraîné un entremêlement progressif de l'action de l'État au travers les ARS, des collectivités territoriales ou encore de l'assurance maladie. Cette action dont l'absence de coordination, a révélé une cacophonie totale, n'a malheureusement pas permis d'obtenir de résultats significatifs sur l'accès aux soins au sein des territoires sous dotés. Les dispositifs se multiplient, obtiennent de multiples financements sans que l'efficience au regard des sommes investies ne transparaisse.

738. Ce constat qui peut être nuancé par les avancées en matière d'innovations et de rénovation de l'exercice médical et révèle la difficulté d'organiser un système qui cherche ses marques sans pour autant désigner un pilote capable de réguler l'exercice médical.

739. Ce rôle de pilote doit être assuré par l'Agence nationale de santé qui élabore une politique globale de régulation déclinée par la suite au sein des territoires via les ARS. Pour autant, il ne s'agit pas d'écarter les autres acteurs institutionnels notamment les collectivités territoriales dont le rôle s'avère fondamental. Ces dernières possèdent une capacité d'analyse très importante sur les territoires et permettent de lier la politique sanitaire avec d'autres politiques dont elle est titulaire.

¹⁶³⁶ J.-C. Bontron, « Les aides à l'installation au secours de la désertification médicale ? », art. cit., pp. 83-98

Le souhait ne réside pas davantage dans la mise en œuvre d'un système basé sur une contrainte globale à l'installation qui entretiendrait la défiance des médecins libéraux envers les pouvoirs publics et pourrait s'avérer contre-productif.

740. Les expériences passées ont permis un éclairage important sur les maux relatifs à notre système de santé tout autant que sur les dispositifs déployés par les pouvoirs publics pour contenir les inégalités d'accès aux soins. Il s'agit de mettre à profit cette expérience pour refonder un système permettant la collaboration entre les pouvoirs publics et les acteurs de santé au service de l'utilisateur du service public de santé de proximité.

741. La mise en œuvre d'outils opérants est indispensable dans l'objectif d'une amélioration de l'accès aux soins et passe une restructuration des dispositifs incitatifs au sein du service public de santé de proximité (Section 1) laquelle doit aboutir sur la définition de dispositifs strictement limités et évalués permettant un plus grand respect de l'objectif d'égal accès aux soins dans le respect des contraintes budgétaires actuelles (Section 2).

Section 1. La restructuration des dispositifs incitatifs de régulation au sein du service public de santé de proximité

742. La multiplication des acteurs intervenant en matière d'incitations à l'installation des professionnels libéraux entraîne une complexité et une illisibilité du système pour les professionnels de santé et ne se traduit, de fait, pas par une amélioration de l'accès aux soins pour les personnes qui se trouvent au sein de zones sous dotées. Il s'agit de prendre acte des difficultés rencontrées actuellement par le système et ses multiples intervenants pour bâtir de nouveaux mécanismes susceptibles d'entraîner une amélioration de la démographie médicale au sein des territoires tout en optant pour un rapport négocié avec les professionnels de santé.

743. La Cour des comptes fait le constat d'une régulation et d'un pilotage faible et éclaté¹⁶³⁷, l'agence nationale de santé ainsi que les ARS ont un rôle fondamental à jouer en la matière, la réussite d'une telle opération passe nécessairement par la définition d'un cadre stratégique unique

¹⁶³⁷ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, novembre 2017, p. 12

à l'initiative des agences nationales de santé (Paragraphe 1), décliné, par la suite par les ARS au sein des territoires de proximité auprès des offreurs de santé (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La construction d'un cadre stratégique incitatif unique de régulation de la médecine libérale

744. La volonté d'une rationalisation des actions entreprises par les différents intervenants passe nécessairement par un recensement des mesures mises en place jusqu'alors par l'ensemble des collectivités territoriales, l'assurance maladie ou encore les ARS ainsi que de « *leur retour sur investissement*¹⁶³⁸ » (A), c'est uniquement une fois ce préalable rempli qu'un cadre stratégique d'action pourra faire l'objet d'une contractualisation entre l'ANS et les ARS en faveur d'un meilleur accès aux soins au sein des territoires (B).

A. L'évaluation des dispositifs de régulation à l'installation des professionnels libéraux

745. Construire un système rénové de régulation de la médecine libérale implique de réaliser un recensement des dispositifs incitatifs mis en œuvre par les différents acteurs jusqu'alors et de juger de leur efficacité quant à l'amélioration de l'accès aux soins des populations concernées (1), une telle évaluation approfondie marquera une volonté politique forte de reprise en main des problématiques de répartition des médecins libéraux (2).

1. La nécessité d'une évaluation d'ensemble des dispositifs incitatifs accomplis

746. La régulation de la médecine libérale jusqu'alors repose sur une superposition d'incitations qui ne sont que rarement coordonnées et entrent en concurrence ou ne bénéficient que d'effets d'aubaine. Ces nombreux outils mis en œuvre constituent un coût important pour la collectivité sans pour autant permettre une amélioration de l'accès aux soins sur le territoire. Ces dispositifs sont symptomatiques de « *l'absence de volonté de l'État*¹⁶³⁹ » en la matière pourtant responsable de la protection de la santé des citoyens et notamment de la réduction des inégalités sociales et territoriales¹⁶⁴⁰.

¹⁶³⁸ Question orale n°1414S de M. Hervé Maurey publiée dans le JO Sénat du 13/10/2011, p. 2608

¹⁶³⁹ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, op. cit., 2017, p. 115

¹⁶⁴⁰ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique

747. Les résultats des dispositifs incitatifs n'ont malheureusement pas eu les effets escomptés sur la démographie médicale, pour autant, certains dispositifs peuvent mériter un approfondissement ou encore une revalorisation pour devenir pertinents et influencer sur les comportements des médecins. Il est indispensable que l'ANS en collaboration avec les ARS réalise un état des lieux des dispositifs déployés sur le territoire par l'ensemble des intervenants. Un tel travail est primordial pour juger de l'efficacité des dispositifs eu égard aux sommes investies. En effet, il n'existe à ce jour pas de chiffre sur le coût global des dispositifs incitatifs, même si la somme de 225 millions d'euros est souvent avancée¹⁶⁴¹. Ce chiffre est issu du regroupement des données de la DGOS et de la DGFIP, mais ne prend pas en compte les aides versées par les collectivités territoriales en la matière, il est donc inférieur au coût total, les collectivités ayant investi de manière importante en la matière. Pour avoir un ordre d'idée de la somme, la consommation des soins de médecins généralistes en ville pour l'année 2017 s'élève à 8,9 milliards d'euros¹⁶⁴².

748. Ces chiffres sont intéressants en ce qu'ils montrent l'importance des sommes investies en la matière. Si cela démontre une capacité d'investissement importante, ils sont le résultat d'une « *forme de fuite en avant, sans évaluation ni de l'efficacité globale ni du rapport coût/avantage qui en résulte*¹⁶⁴³ ». Analyser de manière fine les dispositifs pourrait permettre de cibler ceux dont le potentiel peut être maximisé et d'y investir de manière plus importante. Il s'agit d'opérer une sélection des dispositifs susceptibles d'avoir un effet positif sur la démographie médicale tout en respectant le principe de liberté d'installation des professionnels de santé.

749. Ce travail connaît encore une importance capitale en ce qu'il peut avoir un effet de responsabilisation des professionnels de santé face aux sommes dépensées et au creusement des inégalités. Pour qu'un tel recensement connaisse une portée significative, il serait intéressant que l'ANS réalise des enquêtes auprès des territoires, mais aussi des professionnels de santé pour recenser à la fois les dispositifs mis en œuvre, mais aussi dans le but d'accueillir d'éventuelles remarques ou idées pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins par l'approfondissement ou la modification de ces dispositifs.

¹⁶⁴¹ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire...* op. cit., Tome 1, p. 77

¹⁶⁴² DREES, *Les dépenses de santé en 2017*, éd 2018, p. 14

¹⁶⁴³ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, op. cit., 2018, p. 126

750. Dans un contexte de défiance vis-à-vis des pouvoirs publics¹⁶⁴⁴, et de contrainte budgétaire forte¹⁶⁴⁵, il est indispensable que l'ensemble des acteurs et notamment les professionnels de santé libéraux, les ARS, les collectivités territoriales et les usagers participent à l'élaboration d'une stratégie visant à développer des outils respectueux des libertés médicales et de l'objectif d'égal accès aux soins. Nous verrons plus loin¹⁶⁴⁶ que ces acteurs doivent trouver à s'exprimer par la suite dans la déclinaison territoriale de ces outils, ce qui est d'ailleurs le souhait formulé par la stratégie nationale de santé¹⁶⁴⁷.

751. Au travers une telle évaluation d'ampleur, l'État pourrait reprendre la main sur les questions sanitaires et assurer sa responsabilité en matière de protection de la santé en donnant la possibilité à un acteur unique de gérer la régulation de la médecine libérale ainsi que des établissements de santé sur le territoire.

2. Les prémices d'une régulation unifiée du système de santé : une distinction entre la définition de la politique de santé et sa mise en œuvre

752. Réaliser un tel inventaire des dispositifs incitatifs constituerait un nouveau départ, pour les pouvoirs publics. Il s'opèrerait un passage d'une logique de constat et de passivité face aux problèmes de démographie médicale, à une politique positive donnant à l'ANS et aux ARS la capacité de lutter efficacement contre ces problématiques.

753. La régulation de l'activité médicale a, pendant longtemps été divisée en une « *dyarchie État-assurance maladie*¹⁶⁴⁸ », le premier ayant la charge de la régulation des établissements de santé sur le territoire, tandis que le second participe à la régulation de la médecine libérale¹⁶⁴⁹. Ce système dual ne permet pas d'imaginer de rompre avec le cloisonnement sectoriel existant entre la ville, l'hôpital

¹⁶⁴⁴ Les nombreux appels à manifester au sujet de la généralisation du tiers payant par les principaux syndicats de médecins en sont l'illustration parfaite

¹⁶⁴⁵ Pour rappel l'objectif d'économie des dépenses de santé pour 2019 s'élève à 3,8 milliards d'euros, ONDAM et dépenses de santé, Annexe 7 du PLFSS 2019, p. 7

¹⁶⁴⁶ *Infra*, 758 et s.

¹⁶⁴⁷ Stratégie nationale de santé 2018-2022, p. 44 : « Les ARS, en lien avec les professionnels, les établissements, les collectivités territoriales et les instances de démocratie sanitaire, ont la responsabilité d'encourager les initiatives locales de coopération, d'accompagner la création d'organisations innovantes et d'offrir au patient un parcours fluide, optimisant la qualité de prise en charge à chaque étape ».

¹⁶⁴⁸ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240

¹⁶⁴⁹ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

et le médico-social, objectif pourtant affiché dans les lois de santé qui se succèdent¹⁶⁵⁰. Il s'agit pour l'État de mettre en œuvre une stratégie d'ensemble propre à rompre avec les cloisonnements existants et de donner à l'ANS les moyens d'agir et de mettre en œuvre cette stratégie sur l'ensemble du champ du système de santé.

754. L'État, dans sa responsabilité d'assurer la protection de la santé des citoyens doit définir une politique de santé capable d'assurer une égalité d'accès aux soins entre les citoyens tout en respectant des impératifs financiers. La formalisation de cette politique de santé passe, aujourd'hui, par la stratégie nationale de santé¹⁶⁵¹. Dans notre hypothèse, la mise en œuvre de cette stratégie est confiée à l'ANS par le biais de programmes opérationnels ou de plans d'action. Ceci n'altère pas pour autant la responsabilité de l'État dans le domaine sanitaire notamment en ce qu'il doit garantir un égal accès aux soins pour tous. À cet égard, Didier Truchet note que nul ne conteste vraiment cette responsabilité de l'Etat en la matière, « *ni les Français qui se tournent systématiquement vers lui devant une organisation des soins défaillante (...), ni les élus locaux, ni même les professionnels de santé*¹⁶⁵² ».

La responsabilité de l'État en matière sanitaire est donc assise, ne lui reste plus qu'à la mettre en application dans un domaine où il a pendant longtemps fait preuve d'une grande timidité. L'État apparaîtrait alors comme un « *garant du long terme, c'est-à-dire un État anticipateur*¹⁶⁵³ » laissant à l'ANS le soin de mettre en œuvre les moyens d'une régulation rationalisée de l'exercice médical en établissement et libéral.

755. La protection de la santé doit « *demeurer une prérogative du pouvoir régalien*¹⁶⁵⁴ », charge à l'ANS de mettre en musique par le biais d'une programmation opérationnelle, les moyens d'une meilleure régulation territoriale ainsi que d'un travail coordonné des professionnels. Il s'opère alors une dissociation entre le discours d'une politique nationale stratégique dont l'État est garant et une application de cette stratégie aux mains de l'ANS. Cette reprise en main, dans une chaîne liant l'État responsable de la protection de la santé et l'ANS d'une dimension stratégique permet le retour à une certaine orthodoxie juridique de la séparation des compétences entre l'État et ses collectivités territoriales et à une unification des mécanismes de régulation au sein d'un organe unique¹⁶⁵⁵.

¹⁶⁵⁰ Objectif à nouveau énoncé en 2019, Etude d'impact, Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 13 février 2019, p. 5

¹⁶⁵¹ Article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique

¹⁶⁵² D. Truchet, *Droit de la santé publique, op. cit.*, 9^{ème} édition, p. 72

¹⁶⁵³ L. Tirera, *L'Etat stratège*, L'Harmattan, 2018, p. 33

¹⁶⁵⁴ D. Tabuteau, « La régionalisation du système de santé en questions », *Droit social*, 2002, n°7-8, pp. 745-747

¹⁶⁵⁵ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240, ce dispositif de « régulation est aujourd'hui partagé entre un ministère, lui-même divisé entre plusieurs directions d'administration centrale, et l'assurance maladie »

756. Les dispositifs de régulation incitatifs de la médecine libérale doivent faire l'objet d'une stratégie unifiée dans une action coordonnée avec l'ensemble du système de santé et non plus dispersée dictée par l'ANS tenant compte de l'évaluation réalisée des dispositifs existants jusqu'alors.

B. L'édition d'un cadre stratégique concerté et sa déclinaison territoriale

757. Si l'ANS devient dans ce cadre l'institution en charge de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, notamment en ce qu'elle vise à garantir à tous la protection de la santé, les mécanismes de régulation incitatifs envisagés ne doivent pas pour autant subir l'écueil d'une action verticale, mais émerger d'une démarche concertée (1), laquelle trouve à s'appliquer dans les déclinaisons territoriales négociées avec les ARS (2).

1. L'adoption concertée d'un cadre opérationnel incitatif d'organisation de l'offre de santé

758. L'État garant de la protection de la santé confie ainsi à un organe unique, l'ANS la responsabilité¹⁶⁵⁶ de mettre en œuvre une stratégie de régulation unifiée de l'activité médicale¹⁶⁵⁷. Dans une recherche de responsabilisation des professionnels de santé exerçant à titre libéral et de respect des libertés médicales, il convient que l'action de régulation porte tout d'abord sur des dispositifs incitatifs visant à permettre une réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.

759. Il est crucial que l'édition de programmes opérationnels par l'ANS soit le fruit d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du système de santé ce qui permet de réduire le risque d'inacceptabilité sociale des mesures entreprises¹⁶⁵⁸. Un tel processus de concertation en amont de l'établissement d'une stratégie de régulation permet, en outre, d'éviter l'écueil d'une technocratisation de l'ANS¹⁶⁵⁹ en s'ouvrant à l'ensemble des acteurs du système de santé.

¹⁶⁵⁶ Cette responsabilité n'a de sens que si l'Etat laisse « les moyens d'une véritable autonomie de management », Commissariat général du plan, *Pour un Etat stratège, garant de l'intérêt général*, 1993, p. 77

¹⁶⁵⁷ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, *op. cit.*, 2017, p. 175 : « cette agence serait responsable de la mise en œuvre opérationnelle des politiques de santé »

¹⁶⁵⁸ Une étude a été réalisée dans ce sens sur la concertation dans la mise en œuvre de projets urbains par M. Thomassian, « Pratiques de la négociation dans les projets urbains ou la « fabrique » de décisions concertées en vue de réduire le risque d'inacceptabilité sociale », *Négociations*, 2009/1 (n°11), pp. 185-198

¹⁶⁵⁹ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », *art. cit.*, pp. 229-240, pour les auteurs, les risques liés à la mise en place d'une telle agence sont, d'une part, une technocratisation accrue et, d'autre part, une recentralisation

760. Cette concertation doit permettre la mise sur pied de programmes opérationnels à l'instar de ceux découlant de la stratégie nationale de santé¹⁶⁶⁰ tels que le pacte territoire santé¹⁶⁶¹. Si l'on peut considérer comme de nombreux auteurs que la stratégie nationale de santé s'inscrit dans l'affirmation de la responsabilité de l'État par une « *conception globalisante et renforçant l'articulation entre politique de santé et assurance maladie*¹⁶⁶² », la création de l'ANS responsable de la mise en œuvre opérationnelle de cette stratégie permet de pallier les difficultés de travail en commun qui ont souvent été l'apanage des rapports entre l'Etat et l'assurance maladie.

761. Pour bâtir une programmation opérationnelle de régulation de l'offre de santé, l'ANS devra donc à la fois tenir compte de l'expertise qui aura été menée en amont des dispositifs existants et des avis issus du processus de concertation.

Les axes principaux susceptibles d'être dégagés par l'ANS en matière de régulation de l'offre de santé doivent viser à la satisfaction de l'intérêt général de protection de la santé et d'égal accès aux soins. Cette démarche doit satisfaire non seulement des mesures propres à l'installation des médecins au sein de territoires sous dotés, mais encore soutenir les innovations susceptibles d'améliorer l'accès aux soins et la rénovation de l'exercice de la médecine libérale en l'ouvrant sur les autres secteurs et en continuant de réduire progressivement l'exercice individuel. Loin de chercher une révolution en la matière, il s'agit de rationaliser et de concentrer l'action autour d'un nombre d'axes réduits¹⁶⁶³ et de les rendre opérationnels¹⁶⁶⁴. Comme le soulignait le rapport Cordier « *le matériau conceptuel est extrêmement riche*¹⁶⁶⁵ » sur le sujet de l'accès aux soins. L'évaluation nous permettra de distinguer les voies porteuses de celles qui représentent un rapport entre le coût et le bénéfice négatif.

¹⁶⁶⁰ Article R. 1411-2 du Code de la santé publique sur la déclinaison de la stratégie nationale de santé en plans et programmes opérationnels à portée nationale

¹⁶⁶¹ Article L. 1434-14 du Code de la santé publique

¹⁶⁶² M. Trépeau, « La stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé », art. cit., pp. 389-401

¹⁶⁶³ L. Cambon, F. Alla, P. Lombrail, « Pour une nouvelle loi de santé publique en France au service d'une politique nationale de santé plus égalitaire et plus efficiente », *Santé publique*, 2012/3, Vol. 24, pp. 253, 261, dissocie les priorités qui doivent être très réduites et les objectifs qui peuvent être plus nombreux, « car, avoir cent priorités revient... à ne plus en avoir du tout »

¹⁶⁶⁴ A. Lopez, « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé publique*, 2012/3, Vol. 24, pp. 241-251 : « Trop d'objectifs diluent le projet de santé et lui fait perdre de sa force. Au total, la politique nationale de santé apparaît aujourd'hui peu visible, sans ligne directrice claire, cumulant les réponses de circonstances sous la pression des lobbys divers et variés »

¹⁶⁶⁵ A. Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages »*, juin 2013, p. 12

762. Il est indispensable que la mise en œuvre de tels plans opérationnels soit prévue sur une durée définie et comporte des étapes intermédiaires et finales d'évaluation. On peut se réjouir, à cet égard, bien qu'il n'exauce pas le souhait de la création d'une agence nationale de santé que le plan « Ma santé 2022 » reconnaisse la nécessité d'un suivi de la problématique d'accès aux soins tout au long du quinquennat prévu de manière trimestrielle par une rencontre au sein d'un comité ministériel comprenant notamment des usagers, des professionnels de santé, des structures représentatives des professionnels, mais aussi des étudiants¹⁶⁶⁶.

Ces rencontres fréquentes permettent, d'avoir un retour des territoires, des acteurs et des usagers sur les orientations données et donc d'adapter, en cours de réalisation les programmes. Il faut néanmoins, être diligent en la matière, certains processus nécessitent un minimum de temps pour trouver un écho positif, un renouvellement permanent des procédés est une cause fréquente d'échec et doit donc être évité tant que possible.

763. Il est donc primordial qu'un cadre d'action national soit défini, Alain Lopez considère la politique nationale comme la clé de voûte de tout l'édifice construit par l'État pour exercer ses responsabilités dans le domaine de la santé¹⁶⁶⁷. Néanmoins, la diversité des territoires et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer en matière d'accès aux soins impliquent la nécessité d'une déclinaison territoriale de cette programmation mise en place par l'ANS. Cette diversification des moyens d'action par le biais d'une déclinaison territoriale est la force du service public de santé de proximité pour permettre un meilleur accès aux soins de tous.

2. La déclinaison territoriale de la stratégie de régulation objet de contractualisation entre l'ANS et les ARS

764. Le territoire est au cœur des politiques de santé depuis plus de nombreuses années, la loi HPST portait la notion dans son sigle et la récente loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé y consacre l'un de ses 5 titres¹⁶⁶⁸. Le nombre de travaux réalisés autour des notions de territoire ou de territorialisation est encore significatif de l'intérêt qui lui est consacré¹⁶⁶⁹.

¹⁶⁶⁶ Ministère des solidarités et de la santé, *Renforcer l'accès territorial aux soins*, Dossier de presse, 13 octobre 2017, p. 18

¹⁶⁶⁷ A. Lopez, « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », art. cit., pp. 241-251

¹⁶⁶⁸ Titre II : « Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires » de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019, Texte n°3

¹⁶⁶⁹ C. Castaing, *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011, Les études hospitalières, 197 p., S. Rican, Z. Vaillant, « Territoires et santé : enjeux sanitaires de territorialisation et enjeux territoriaux de politiques de santé », *Sciences sociales et santé*, 2009/1, (Vol. 27), pp. 33-42, J. Moreau, « Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 16-27, M.-L. Moquet-Anger, « Territoires de santé et égalité des citoyens », art. cit., pp. 116-128

765. Les pouvoirs publics ont eu tendance à considérer que la simple identification des territoires en difficulté pour y appliquer localement des solutions prises à l'échelon national pouvait résoudre leurs problèmes¹⁶⁷⁰. La territorialisation telle que mise en œuvre par les pouvoirs publics s'est pour le moment traduite par une utilisation d'outils nationaux de manière ponctuelle au sein de différents territoires et s'apparente plus à une recentralisation¹⁶⁷¹ qu'à une véritable adaptation territoriale issue d'une négociation entre l'ARS et le pouvoir central.

766. Si comme le rappelle Didier Truchet, la notion de territorialisation n'appelle pas à la définition autonome d'une politique territoriale¹⁶⁷², la mise en place de l'ANS et son travail en matière de programmation opérationnelle permet d'imaginer une déclinaison des politiques plus proche des territoires et plus opérationnelle.

Les besoins des territoires où l'accès aux soins est dégradé différent, dans certains cas, il s'agit de l'absence de praticiens sur le territoire, dans d'autres, des praticiens sont présents, mais exerçant à majorité en secteur 2 ce qui entraîne une rupture dans l'accès aux soins pour les populations les plus précaires, l'on trouve encore des freins à la protection de la santé issus des déterminants sociaux ou culturels.

767. Les terrains d'amélioration de l'accès aux soins sont donc multiples et différent suivant les territoires. À cet égard, l'application globale d'une stratégie nationale n'apparaît pas comme la solution la plus efficiente en matière d'amélioration de l'accès aux soins. Elle multiplie les tâches et objectifs à décliner pour les ARS et peut engendrer des coûts importants non profitables pour l'accès aux soins des usagers. L'intérêt de la déclinaison d'une stratégie nationale au sein des territoires est, au contraire, d'investir des moyens importants sur les leviers susceptibles d'avoir un effet positif pour l'accès aux soins au sein de chacun des territoires. Ces leviers, tout comme les problématiques qu'ils sont censés résoudre différent suivant les territoires ce qui justifie cette action différenciée.

768. Pour cette raison, il est indispensable que l'ANS et les ARS soient liées par un processus de contractualisation issu d'une négociation et non comme à l'heure actuelle des « *contrats d'objectifs tels*

¹⁶⁷⁰ S. Rican, Z. Vaillant, « Territoires et santé : enjeux sanitaires de territorialisation et enjeux territoriaux de politiques de santé », *Sciences sociales et santé*, 2009/1, (Vol. 27), pp. 33-42

¹⁶⁷¹ P. Combeau, « Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration », art. cit., p. 1011-1020

¹⁶⁷² D. Truchet, *Droit de la santé publique*, op. cit., 9^{ème} édition, p. 74

*que ceux passés entre un supérieur hiérarchique et ses collaborateurs*¹⁶⁷³ ». C'est uniquement dans cette déclinaison au service de l'intérêt général de protection de la santé que le service public de santé de proximité trouvera sa justification. En ce sens, il se veut un service public souple, réuni autour d'objectifs stratégiques communs permettant à chaque usager la potentialité d'un accès aux soins. C'est cette vision de la déclinaison à partir d'une stratégie nationale définie par l'ANS qui est aussi défendue par Cécile Courrèges et Alain Lopez¹⁶⁷⁴.

769. Les contrats conclus devront prendre acte de la nécessité d'unifier les mécanismes de régulation incitatifs de l'offre de soins libérale dans les mains de l'ARS. Cette unification permet d'envisager un travail en collaboration à la fois avec les offreurs de soins des territoires et les collectivités territoriales. La reprise en main de ces mécanismes par l'ARS ne signifie pas pour autant que les collectivités territoriales et les offreurs libéraux n'aient pas un rôle à jouer dans la mise en œuvre des politiques de régulation incitatives.

770. Le contrat conclu entre l'ANS et les ARS ne doit pas être trop rigide afin de permettre un assouplissement des contraintes et l'éclosion des initiatives locales qui doivent inspirer la « *transformation profonde du système de santé*¹⁶⁷⁵ ».

En outre, les ARS doivent bénéficier d'une réelle capacité financière leur permettant de mener à bien leurs actions ce qui n'est pas le cas à ce jour. Elles « *ne peuvent agir que sur la répartition de 23,5%*¹⁶⁷⁶ » des flux financiers qu'elles perçoivent, et ne bénéficient d'un choix d'action total sur moins de 2,5% des budgets qui leur sont attribués¹⁶⁷⁷. Les budgets qui leur sont alloués sont ainsi grandement téléguidés. Il est important que la proportion des budgets mobilisables directement par les ARS augmente afin d'accroître leur capacité à répondre aux enjeux des territoires.

771. Cette contractualisation entre l'ANS et les ARS permettra une expression plus grande du potentiel des ARS au service de l'accès aux soins. Cette démarche de régulation se veut donc au

¹⁶⁷³ P.-L. Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », art. cit., pp. 1126-1136

¹⁶⁷⁴ C. Courrèges, A. Lopez, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », art. cit., pp. 229-240 : « Cette régulation est au service d'une politique nationale de santé dont elle met en œuvre, avec les autres agences nationales et les autres ministères, les priorités et les orientations, dans un cadre d'effort solidaire déterminé par le Parlement. Elle s'appuie sur un réseau d'agences régionales, les ARS, qui mettent en œuvre les stratégies nationales de l'ANS, fixent leurs objectifs propres adaptés aux situations locales et rendent compte de leur action »

¹⁶⁷⁵ Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, NOR : SSAX1900401L/Bleue-2

¹⁶⁷⁶ V. Duchesne, « L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2018/4, Vol. 36, pp. 159-180

¹⁶⁷⁷ *Ibidem*

plus proche des territoires, de ses usagers et des offreurs de santé avec lesquels l'ARS devra composer.

Paragraphe 2. La déclinaison de proximité des dispositifs de régulation de la médecine libérale par les agences régionales de santé

772. L'ANS définit en collaboration avec chacune des ARS les domaines d'actions qui doivent être développés pour pallier les difficultés d'accès aux soins au sein des territoires. L'ARS opère par la suite une contractualisation avec les offreurs de santé libéraux pour tenter de répondre à ces difficultés à l'échelon de proximité. À ce titre, l'ARS devient l'interlocuteur unique des professionnels libéraux quant au développement des dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins des usagers au sein du service public de santé de proximité (A), pour autant, cette unification de la contractualisation aux mains de l'ARS ne signifie pas un éloignement des collectivités territoriales et des offreurs libéraux, dont la participation, et les capacités d'innovation sont renouvelées (B).

A. L'agence régionale de santé, acteur unique de la contractualisation des offreurs libéraux au sein du service public de santé de proximité

773. Dans sa démarche de contractualisation avec les offreurs de santé libéraux du territoire, l'ARS doit s'appuyer sur le portail d'accompagnement des professionnels de santé qui réalise un lien essentiel avec les professionnels et les étudiants (1), qui se concrétise par la conclusion de conventions entre l'ARS et les offreurs de santé libéraux (2).

1. L'importance d'un interlocuteur unique en matière d'installation

774. Les ARS se sont vu confier la mission de « *mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé*¹⁶⁷⁸ » dès 2009. Cette évolution est le fruit d'une proposition de l'inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale qui visait deux objectifs principaux, le premier étant d'informer et d'accompagner les professionnels dans leurs démarches d'installation, mais aussi dans la construction de leur projet d'exercice. Le second objectif est relatif à la centralisation des données démographiques et à leur diffusion pertinente

¹⁶⁷⁸ Article L. 1431-2 du Code de la santé publique

dans le but d'une meilleure adéquation entre l'installation des professionnels et les besoins des populations¹⁶⁷⁹.

775. Cette proposition qui a donc trouvé un écho positif s'est formalisée par l'ouverture de sites internet, les portails d'accompagnement aux professionnels de santé propres à chacune des ARS. Suite à cette première expérience, le pacte territoire santé de 2012 impulsé par Marisol Touraine prévoyait l'installation d'un référent installation au sein de chacune des ARS¹⁶⁸⁰, ces derniers ont été investis en janvier 2013 avec pour objectif « *d'aider les professionnels à s'installer, faire connaître les politiques nationales en matière de soins de proximité et en être les promoteurs*¹⁶⁸¹ ».

776. Ce dispositif constitue un embryon de réponse à l'accompagnement des professionnels de santé. Toutefois, l'investissement apparaît comme dérisoire vis-à-vis de l'enjeu que représente l'accès aux soins des citoyens. Le portail d'accompagnement des professionnels de santé bien que relativement bien construit et documenté¹⁶⁸² n'en reste pas moins une plateforme informatique qui ne peut satisfaire l'ensemble des demandes et ne participe pas à recréer un lien physique et direct pourtant indispensable entre les professionnels et l'ARS. La présence physique, assurée par un unique référent installation par ARS est une bien maigre réponse humaine à l'enjeu. Il faut, dans cette optique organiser une réponse physique capable d'établir un lien de confiance avec les professionnels de santé.

777. Il est indispensable d'opérer une refonte d'une telle structure d'accompagnement placée au sein de l'ARS pour permettre une meilleure structuration des soins du service public de santé de proximité. Une telle structure est de nature à recréer un lien entre les professionnels de santé et les ARS et à afficher les agences comme un organe de support et non simplement comme une institution vouée à la régulation.

778. La PAPS doit ainsi devenir une structure physique au sein des ARS permettant de répondre à l'ensemble des problématiques rencontrées par les étudiants en médecine et les professionnels de santé. On peut imaginer confier de nombreuses missions à cette structure qui diffèrent suivant le

¹⁶⁷⁹ ISNAR-MG, *Le guichet unique*, Propositions de l'ISNAR-MG validées en Conseil d'administration à Caen, Octobre 2008, p. 3

¹⁶⁸⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé, Pacte Territoire-Santé, 2012, engagement n°4

¹⁶⁸¹ Ministère des affaires sociales et de la santé, *Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014*, Dossier de presse, 10 février 2014, p. 13

¹⁶⁸² A titre d'exemple, le site de la PAPS-Paca propose une information exhaustive relative à la formation, à l'installation ou encore à l'exercice, www.paca.paps.sante.fr

public visé. Il peut s'agir, par exemple, de conseils sur la formation et les cursus relatifs aux études pour devenir professionnel de santé. Pour ce faire, on peut imaginer organiser des rencontres entre les étudiants et les membres de la PAPS en vue de sensibiliser les étudiants aux problématiques d'accès aux soins et de leur exercice futur. Un tel échange permet encore de les informer sur les dispositifs incitatifs existants en matière d'installation. Certains postulent de la nécessité pour les facultés d'opérer une telle information¹⁶⁸³, le système universitaire médical reste encore trop hospitalo-centré et il est préférable que cette information soit délivrée par un public externe.

779. La PAPS doit encore s'adresser aux professionnels de santé qui cherchent à s'installer ou déjà installés. Pour cela, elle doit être en mesure de conseiller les professionnels sur les différents modes d'exercice existants. Cette présentation doit assurer la promotion des exercices innovants tels que l'exercice au sein de structures pluridisciplinaires ou encore mettre en valeur la coopération avec les autres offreurs en santé.

780. Dans ce cadre, et grâce aux outils tels que cartosanté¹⁶⁸⁴, la PAPS doit être en capacité de présenter les dispositifs incitatifs à l'installation et l'ensemble des aides visant à rétablir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. L'unification de la contractualisation aux mains de l'ARS permet en ce sens à la PAPS de réaliser une information dans un paysage jusqu'alors « *assez peu lisible*¹⁶⁸⁵ ».

781. La PAPS peut encore développer le terrain de l'assistance administrative des professionnels de santé. La première installation d'un professionnel de santé est souvent source de complexité administrative ce qui pousse de nombreux médecins à une installation tardive en libéral ou vers l'exercice salarié. Dans une logique comparable, l'ISNAR-MG proposait la mise en place d'un séminaire d'installation à destination des étudiants de 3e cycle avec la présence du référent installation, du conseil de l'ordre, de l'URSSAF, de l'assurance malade, d'experts-comptables ou de juristes¹⁶⁸⁶. Une telle présentation pluridisciplinaire des enjeux liés au lieu d'installation apparaît comme bénéfique pour le système de santé. Ces échanges sont un préalable indispensable pour rétablir le lien entre les ARS et les professionnels de santé. Ce rôle est fondamental et nécessite un

¹⁶⁸³ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, op. cit., p. 63

¹⁶⁸⁴ Outil de cartographie interactif et de diagnostic territorial sur l'accès et la consommation de soins de premier recours

¹⁶⁸⁵ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, op. cit., p. 62

¹⁶⁸⁶ ISNAR-MG, *PAPS – Référents installation – FMI à l'installation*, Propositions de l'ISNAR-MG adoptées par le Conseil d'Administration, Mars 2014, p. 12

investissement humain et financier important. Il permettra à la fois d'aider les professionnels, de les accompagner dans leur parcours, mais aussi de les responsabiliser aux enjeux sanitaires.

782. La mise en œuvre d'une orientation plus importante à l'attention des médecins et des étudiants constitue un pas de fait en direction des médecins. Par ce biais, l'on cherche une adhésion plus importante de ces publics en vue de contractualiser sur l'un des dispositifs proposés pour améliorer l'accès et, ou, la qualité des soins.

2. La contractualisation entre l'ARS et les offreurs libéraux: fruit d'une rationalisation

783. Au sujet de la loi HPST, Didier Truchet analysait la multiplication des outils contractuels en un « *habillage de la manifestation unilatérale de la puissance publique*¹⁶⁸⁷ ». Cette idée transparaît clairement en ce qui concerne les procédés contractuels directs existant actuellement entre les ARS et les offreurs libéraux exerçant individuellement ou au sein de structures telles que les centres ou maisons de santé.

784. Les deux principaux dispositifs sont des « *contrats d'orientation*¹⁶⁸⁸ » selon la catégorisation esquissée par le Professeur Truchet des outils contractuels de la loi HPST, ces contrats ayant pour objet de définir la politique suivie par l'organe qui contractualise avec l'autorité publique constituée ici par l'agence régionale de santé.

On distingue ainsi les CPOM dits ambulatoires qui peuvent être conclus notamment entre les maisons et centres de santé et l'ARS¹⁶⁸⁹ en vue de financer des projets relatifs à la coordination des soins sur un territoire défini, des engagements peuvent encore être pris en matière d'accès aux soins ou encore concernant les systèmes d'information, transmission des données ou la pratique d'actes de télémédecine¹⁶⁹⁰. Ces contrats ne peuvent donc pas être conclus directement et individuellement par les professionnels de santé, mais uniquement par les structures précitées.

¹⁶⁸⁷ D. Truchet, « Le contrat dans la loi HPST », *Revue générale de droit médical*, 2011, n° spécial, p. 138, « Mieux vaut parvenir au résultat recherché par la négociation plutôt que par le commandement, par l'adhésion plutôt que par la contrainte, par la convergence des intérêts plutôt que par l'affrontement. CE n'est pas à dire que la puissance publique aurait disparu ! Elle reste très présente, comme on le verra. Mais le contrat devient un habillage de la manifestation unilatérale de la puissance publique »

¹⁶⁸⁸ D. Truchet, « Le contrat dans la loi HPST », art. cit., p. 144

¹⁶⁸⁹ Article L. 1435-3 du Code de la santé publique

¹⁶⁹⁰ Pour plus de détails sur le contenu du contrat cité, Décret n°2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé, E. Fieschi-Bazin, *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale*, LEH édition, p. 204 et s.

785. Le deuxième type de contrats initiés entre l'ARS et les offreurs libéraux sont les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins¹⁶⁹¹, cette possibilité contractuelle est ouverte à tous les professionnels de santé conventionnés, mais aussi à certaines structures et concerne la qualité et la coordination des soins. Ces contrats doivent s'inscrire dans le champ défini par des contrats types nationaux ou à défaut régionaux tout en conservant un droit de regard de l'échelon national¹⁶⁹² ce qui limite fortement leur capacité de réponse à des problématiques locales spécifiques.

786. Ces contrats conservent une part de liberté pour les cocontractants, il s'agit en effet de contrats d'adhésion contrairement aux contrats où l'absence de signature entraîne une sanction¹⁶⁹³. Toutefois, leur cadrage est bien trop important notamment en ce qui concerne les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et sa nécessité de conformité à un contrat type national. La capacité de négociation et de discussion est donc fortement amputée ce qui ne permet pas d'imaginer un éventail d'actions locales différenciées.

787. Il est nécessaire d'envisager une rationalisation des contrats pouvant être conclus directement entre les offreurs libéraux ou les structures telles que les maisons de santé et les ARS. La démarche doit être portée avec la volonté d'offrir un cadre d'action flexible pour les professionnels libéraux au service d'une meilleure adaptation territoriale et de réponse à la problématique d'accès aux soins. L'intérêt pourrait être grand d'opérer par un processus proche de celui des appels à projets dans des thématiques intéressant le territoire. L'ARS doit se trouver en situation d'émettre des appels à projets pour améliorer l'accès aux soins ou encore la qualité des soins, les innovations ou la coordination.

788. Dans un système qui pour l'heure se refuse à la coercition en matière de régulation de l'activité libérale, ce type de procédé permet de susciter un intérêt important pour les professionnels et dépasse « *l'illusion de la liberté*¹⁶⁹⁴ » jusqu'alors prépondérante dans ces procédés contractuels. Sans l'adhésion et la participation active des offreurs libéraux, on ne peut espérer une amélioration de l'accès aux soins.

¹⁶⁹¹ Article L. 1435-4 du Code de la santé publique

¹⁶⁹² Les contrats types régionaux sont approuvés implicitement par un silence de 45 jours de l'UNCAM, des partenaires conventionnels et du ministre de tutelle des ARS après transmission par l'ARS compétente

¹⁶⁹³ Article L. 6114-2 prévoit par exemple que les CPOM conclus entre l'ARS le titulaire d'une autorisation donnent lieu à des pénalités s'ils ne sont pas signés ou révisés dans les six mois après délivrance de l'autorisation

¹⁶⁹⁴ J. Chevalier, *Science administrative*, PUF, coll. Thémis, 1986, p. 413

789. L'ARS doit donc proposer des axes de contractualisation, dont les offreurs peuvent se saisir, les outils doivent être suffisamment souples pour permettre une adaptation à la fois aux problématiques des territoires et aux souhaits des professionnels. La contractualisation entre les ARS et les offreurs peut s'opérer soit individuellement, soit par le biais des structures.

790. Si le contenu doit rester assez flexible, il est un point sur lequel il ne faut pas transiger : territoire d'application du contrat. La contractualisation doit s'opérer afin de permettre une meilleure structuration des soins au sein du service public de santé de proximité. En ce sens, la loi de modernisation du système de santé donne compétence au directeur de l'ARS pour déterminer un nouveau « *cadre territorial des régulation*¹⁶⁹⁵ ». La loi prévoit la détermination de « *zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins*¹⁶⁹⁶ » et de « *zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevée*¹⁶⁹⁷ ». Les ARS devront donc nécessairement tenir compte des zonages réalisés pour favoriser les actions visant à une meilleure régulation au sein des zones connaissant des difficultés en matière d'accès aux soins.

791. Il serait encore intéressant que l'ARS émette un répertoire des contrats conclus qui soit à disposition des professionnels de santé. Un tel répertoire peut s'avérer intéressant en ce qu'il constitue une base de travail et d'idées importante pour de futurs projets. Il est possible pour cela de s'inspirer de ce que fait la haute autorité de santé en matière de protocoles de coopération entre professionnels de santé. Cette dernière a émis un guide comprenant diverses annexes détaillant l'ensemble des étapes relatives à la protocolisation d'une coopération en incluant de nombreux exemples de protocoles autorisés par les ARS¹⁶⁹⁸.

792. Ainsi, les contrats mis en place entre l'ARS et les professionnels libéraux où les structures auxquelles ils participent en matière de régulation de l'exercice libéral doivent laisser une capacité d'adaptation et de négociation importante aux professionnels de santé, les collectivités doivent aussi être associées à la démarche, leur expertise étant précieuse comme nous avons pu le voir¹⁶⁹⁹ et leurs compétences propres leur permettant d'être associées à ces projets.

¹⁶⁹⁵ B. Appolis, « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°5, pp. 673-682

¹⁶⁹⁶ Article L. 1434-4 du Code de la santé publique

¹⁶⁹⁷ *Ibidem*

¹⁶⁹⁸ Haute autorité de santé, *Coopération entre professionnels de santé. Mode d'emploi*, Avril 2012, 6 p.

¹⁶⁹⁹ *Supra*, 372 et s.

B. La modulation de l'action de régulation par les offreurs libéraux et les collectivités territoriales

793. La question de l'accès aux soins est polymorphique et ne saurait se résumer à l'installation de médecins sur l'ensemble du territoire, elle revêt des aspects liés encore aux déterminants sociaux et environnementaux. De fait, « *les interventions pour réduire les inégalités de santé doivent être réalisées dans le cadre d'un partenariat large. L'ARS, toute seule, même avec des compétences élargies n'aura qu'une action limitée*¹⁷⁰⁰ ».

La régulation et la structuration des soins à l'échelon de proximité en faveur d'un plus grand accès aux soins ne se fera pas sans l'action coordonnée des ARS, des nombreux professionnels de santé qui se sont manifestés pour promouvoir une vision rénovée de l'exercice de la médecine libérale au service d'un meilleur accès aux soins (1), mais aussi des collectivités territoriales, dont les compétences adjacentes, intéressent directement les questions de protection de la santé (2).

1. La préservation d'une capacité expérimentale des offreurs libéraux

794. La capacité de régulation du système de santé et notamment de l'installation des offreurs libéraux dépend, dans un système qui refuse la coercition de la capacité des professionnels à adhérer aux options qui leur sont proposées. La possibilité pour les professionnels de participer à la construction des projets locaux sera ainsi déterminante pour éviter ce que Laurent Vercoustre décrit comme leur « *opposition obstinée (...) à toute ingérence administrative*¹⁷⁰¹ ».

Une grande partie des professionnels de santé rejette une « *technocratie*¹⁷⁰² » à laquelle est attribué un pouvoir discrétionnaire puissant. Cette appréhension de la part des professionnels s'explique par le fait d'une intervention politique « *dans des conjonctures politiques et/ou économiques spécifiques, sous une forme plutôt « autoritaire*¹⁷⁰³ ».

¹⁷⁰⁰ C. Evin, L. Chambaud, « La création des ARS : une opportunité à saisir », in P.-H. Bréchat, J. Lebas (Dir.), *Innover contre les inégalités en santé*, Presses de l'EHESP, 2012, p. 123

¹⁷⁰¹ L. Vercoustre, *Réformer la santé. La leçon de Michel Foucault*, Les éditions Ovadia, Coll. Au-delà des Apparences, 2017, p. 122

¹⁷⁰² F. Quidu, J.-P. Escaffre, « Objectif : bouleversements des pouvoirs. Technique : un brouhaha institutionnel permanent », *L'information psychiatrique*, 2017/1, Vol. 93, pp. 13-19 : « Pour ce faire, il fallait donc marginaliser les pouvoirs des élus politiques, à compétence générale du fait du suffrage universel, ainsi que ceux des représentants syndicaux et professionnels dans les différents organes de décisions stratégiques, au profit d'une technocratie, directement nommée par les gouvernements successifs (quelle qu'en soit la couleur officielle). A cette technocratie est attribué un pouvoir discrétionnaire puissant »

¹⁷⁰³ F. Button, F. Pierru, « Les dépolitisations de la santé », *Les tribunes de la santé*, 2012/1, n°34, pp. 51-70

795. Il faut miser sur la participation active des professionnels de santé à la régulation du service de santé de proximité. Cette possibilité doit être offerte aux professionnels notamment par la faculté de négocier les contrats visant à une meilleure régulation de l'offre de soins, mais aussi par la mise en œuvre d'une capacité d'expérimentation. Rompre avec l'opposition que nous avons longuement définie permet d'espérer une plus grande adhésion des professionnels libéraux aux valeurs portées par le service public et à ses principes fondateurs. Pour rappel, la notion envisagée par le rapport Devictor de service public territorial de santé était apparue inopportune par les acteurs libéraux¹⁷⁰⁴ qui craignaient la soumission à un service public.

Les professionnels doivent se saisir de l'opportunité qui leur est donnée de repenser le système de santé preuve de la « *place croissante accordée à la démocratie en santé et la reconnaissance de la capacité de cette dernière à être une source potentielle d'évolution du système de santé*¹⁷⁰⁵ ».

796. Les thématiques définies par les ARS doivent être investies par des initiatives de la part des offreurs libéraux pour améliorer l'accès aux soins. Cette démarche nécessite un investissement important de la part des professionnels de santé. Certains comme le docteur Pierre de Haas¹⁷⁰⁶ se sont déjà illustrés en portant de manière précoce des projets innovants, ce dernier a assisté un nombre important de maisons de santé dans leur création. Ce dispositif parti de l'initiative de professionnels volontaires avant de bénéficier d'une reconnaissance légale¹⁷⁰⁷ et d'un soutien des pouvoirs publics fait aujourd'hui parti des dispositifs les plus encourageants en matière de maintien de l'offre de soins sur le territoire¹⁷⁰⁸. Preuve du succès et du dynamisme de la formule, les dernières journées nationales de la fédération française des maisons et pôles de santé ont regroupé près de 1200 personnes en 2019¹⁷⁰⁹.

797. La capacité d'expérimenter sur les territoires tout en étant soutenu par l'ARS est une réelle force pour le système de santé, en se basant sur l'expérience des professionnels de santé, il n'y a nul doute que peuvent naître nombre d'initiatives protectrices de la santé des usagers du service public de santé de proximité.

¹⁷⁰⁴ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS) Le service public hospitalier (SPH)...* *op. cit.*, p. 93

¹⁷⁰⁵ *Ibidem*, p. 4

¹⁷⁰⁶ Médecin généraliste qui fonde dès 2006 une maison de santé sur la commune de Pont d'Ain, il est l'auteur de : P. de Haas, *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier, 2010, président de 2009 à 2016 de la fédération française des maisons et pôles de santé

¹⁷⁰⁷ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

¹⁷⁰⁸ A défaut d'une nette amélioration des densités médicales dans les zones où se situent ces maisons, nous avons pu constater au cours des développements précédents qu'elles permettaient de maintenir une densité relativement plus importante qu'au sein des zones qui n'en comportent pas

¹⁷⁰⁹ L. Tranthimy, « Maisons de santé : à Dijon, les pionniers de l'exercice coordonné font bouger les lignes », lequotidiendumedecin.fr, 29 mars 2019

798. Les pouvoirs publics souhaitent d'ailleurs augmenter le nombre de CPTS¹⁷¹⁰ au sein des territoires lesquelles ont pour objet de coordonner l'action des professionnels de santé de premier et de second recours sur un territoire donné¹⁷¹¹. Ce dispositif illustre la faculté des professionnels à proposer des solutions innovantes au sein d'un cadre fixé par les autorités publiques.

799. Pour accélérer ces évolutions, il est impérieux de promouvoir la recherche en matière organisationnelle¹⁷¹², « *l'intérêt notamment des jeunes chercheurs dans le domaine de la médecine générale vis-à-vis des inégalités sociales de santé montre qu'ils peuvent constituer des relais et des interlocuteurs pour des actions visant à réduire les inégalités d'accès aux soins (...)*¹⁷¹³ ». De plus, « *la capacité des médecins généralistes à apprécier et prendre en charge les questions de santé publique est largement dépendante de leur formation*¹⁷¹⁴ » ce qui confirme le caractère essentiel d'une formation qui doit prendre ses distances avec l'hôpital afin d'être plus équilibrée.

800. Un tel développement, par une association systématique des professionnels de santé à la construction de projets locaux visant à permettre un meilleur accès aux soins répond à l'idée d'une approche et/ou responsabilité populationnelle¹⁷¹⁵ entendue comme une « *logique mettant l'accent sur la demande dans le but d'adapter les soins et services aux besoins de la population*¹⁷¹⁶ » au sein d'un territoire.

Les territoires ne doivent pas pour autant devenir des laboratoires à ciel ouvert, un cadre est nécessaire, il s'agit de ne pas poursuivre le désordre institutionnel d'alors par un désordre expérimental. C'est l'ARS qui doit se positionner comme juge départiteur pour permettre d'accéder ou non à un processus de contractualisation avec les offreurs et expérimenter de nouveaux modes d'exercices, de rémunération ou toute innovation permettant de promouvoir l'accès aux soins. Outre, l'action des professionnels de santé par l'échange, la négociation, l'expérimentation dans un

¹⁷¹⁰ En décembre 2018, 224 projets de CPTS avaient vu le jour dont une soixantaine soutenus et financés par les ARS selon l'Etude d'impact, Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 13 février 2019, p. 57

¹⁷¹¹ Article L. 1434-12 du Code de la santé publique

¹⁷¹² P.-L. Druais, *La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé*, Rapport à la demande de la Ministre des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes, Mars 2015, p. 16

¹⁷¹³ Y. Bourgueil, « L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels », *Sciences sociales et santé*, 2017/1, Vol. 35, pp. 97-108

¹⁷¹⁴ G. Levasseur, F.-X. Schweyer, « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé publique*, 2003/2, Vol. 15, pp. 203-212

¹⁷¹⁵ B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS) Le service public hospitalier (SPH)... op. cit.*, p. 19

¹⁷¹⁶ O. Sossa, F. Champagne, N. Leduc, « Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle », *Pratiques et organisation des soins*, 2011/4, Vol. 42, pp. 235-244 : « L'approche populationnelle relève »

cadre défini en collaboration avec les ARS, il est indispensable d'associer les collectivités territoriales à l'action du service public de santé de proximité.

2. L'accompagnement des actions du service public de santé de proximité par les collectivités territoriales

801. C'est souvent face à la carence d'une action étatique efficace en matière d'accès aux soins que les collectivités territoriales se sont saisies d'une compétence qui ne leur est pourtant pas propre. Cette participation et l'investissement des collectivités territoriales, soucieuses de réduire les inégalités accès aux soins témoigne de « *la difficulté à clarifier les responsabilités et les rôles entre acteurs professionnels de soins primaires, collectivités territoriales (...), État déconcentré (...)*¹⁷¹⁷ ». Il convient de revenir à une certaine orthodoxie juridique en la matière, la santé n'apparaissant pas comme une compétence relevant des collectivités territoriales¹⁷¹⁸. Pour autant, les collectivités territoriales ne doivent pas être mises à l'écart des processus de décision et d'action visant à obtenir un meilleur accès aux soins au sein des territoires.

802. Cette association doit se faire en amont et au cours des processus de contractualisation avec les offreurs libéraux.

En amont, il est indispensable que les ARS et les collectivités territoriales soient en dialogue permanent concernant l'état et les problématiques des territoires, nous avons déjà vu que les collectivités bénéficient en la matière de capacités techniques et d'expertises importantes. Elles peuvent ainsi amener un éclairage sur les faiblesses et forces des territoires que ce soit en matière d'accès aux soins ou plus généralement de santé de la population.

Au cours du processus de contractualisation, entre offreurs et l'ARS, les collectivités territoriales doivent encore être parties prenantes. L'échange doit porter non seulement sur l'opportunité des projets proposés par les offreurs pour réduire les inégalités au sein d'un territoire. Mais la véritable force et raison d'être des collectivités territoriales résidera dans leur capacité de s'associer à ces projets par leurs compétences propres. C'est d'ailleurs par leur compétence en matière d'aménagement du territoire que de nombreuses collectivités se sont engagées pour soutenir des maisons de santé¹⁷¹⁹, l'absence de collaboration avec les offreurs de santé ainsi que

¹⁷¹⁷ Y. Bourgueil, « L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels », art. cit., pp. 97-108

¹⁷¹⁸ E. Cadeau, « Région et démocratie : quels rapports ? *Revue générale de droit médical*, n°9, 2003, pp. 5-30 considère que la mise à l'écart de la région peut surprendre alors même qu'elle est perçue comme le cadre adapté pour le développement des politiques de planification sanitaire

¹⁷¹⁹ M. Autès, M.-G. Dufay, « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », *Santé publique*, 2009/hs1, Vol. 21, pp. 17-25

l'ARS ont eu des résultats parfois négatifs avec le phénomène de maisons vides même si dans la plupart des cas, les maisons de santé sont louées comme un vecteur d'amélioration de l'accès aux soins.

803. Comme le souligne Frédéric Bizard, « *l'accès aux soins n'est pas une garantie suffisante de protection de la santé. Cette dernière dépend aussi des autres politiques publiques susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population*¹⁷²⁰ ». C'est vers ces champs d'action que peuvent se tourner les collectivités territoriales pour soutenir les politiques visant à un meilleur accès aux soins.

L'action peut alors se tourner vers une meilleure prise en compte des déterminants sociaux, à titre d'exemple « *les catégories sociales les plus défavorisées sont celles qui consomment le moins de soins médicaux et quand elles en ressentent le besoin (à un stade avancé de la maladie) elles le font de manière désordonnée*¹⁷²¹ ». De fait, les difficultés d'accès aux soins font aussi appel à la culture générale développée de manière précoce, raison pour laquelle « *les catégories sociales les plus aisées consultent tôt devant l'apparition d'un symptôme, savent obtenir la bonne information à la bonne source et se diriger correctement vers le bon spécialiste*¹⁷²² ». On pourrait encore évoquer les facteurs de risques médicaux liés à l'hygiène de vie, la malnutrition, la dangerosité du travail. Autant d'éléments qui améliorés permettent une meilleure protection de la santé. Les collectivités territoriales peuvent œuvrer dans le champ des déterminants sociaux, en soutien des projets portés par les offreurs de santé, afin de permettre un meilleur accès aux soins et une plus importante protection de la santé des usagers au sein du SPSP. Les questions sanitaires recoupent de nombreux domaines avec lesquels elles interagissent, c'est le cas notamment des questions d'éducation, d'environnement ou encore d'aménagement du territoire.

804. Par conséquent, les collectivités territoriales doivent s'associer à la démarche de contractualisation engagée entre les offreurs de santé et l'ARS, cet échange tripartite permet d'engager une lutte en faveur de l'accès aux soins et la protection de la santé à l'échelle des territoires. Le service public de santé de proximité doit ainsi s'inscrire dans une démarche de collaboration où chacun des intervenants apporte des compétences spécifiques au service des usagers. Il s'agit de travailler à rechercher une synergie entre les dispositifs élaborés et non une concurrence et une accumulation de dispositifs qui n'ont, pas réussi à faire leurs preuves.

¹⁷²⁰ F. Bizard, *Politique de santé : réussir le changement*, Dunod, Coll. Santé social, 2015, p. 184

¹⁷²¹ O. Cha, J. Lebas, « Médecine générale et précarité », in P.-H. Bréchat, J. Lebas (Dir.), *Innover contre les inégalités en santé*, Presses de l'EHESP, 2012, p. 122

¹⁷²² *Ibidem*, p. 123

L'implication des collectivités territoriales est susceptible d'apporter du liant dans entre les différents acteurs¹⁷²³ et d'élargir le spectre de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins.

805. La mise en œuvre de dispositifs incitatifs visant de manière large à rendre effectif le principe d'égal accès aux soins au sein du service public de santé de proximité doit être gouvernée par une volonté d'associer l'ensemble des acteurs à la réflexion sur ces problématiques. Les rôles des uns et des autres, bien que différents, visent de manière commune à l'intérêt général que représente la protection de la santé. Ils participent de concours à mettre en œuvre une dynamique de territoire pluridimensionnelle.

Fort de cette analyse qui laisse une large place à la concertation de l'ensemble des acteurs du système de santé, il convient de mettre en œuvre des mesures incitatives répondant au cadre stratégique défini par les ARS au sein des territoires et d'en opérer un contrôle ainsi qu'une évaluation efficace.

Section 2. Rationalisation et évaluation : valeurs fondamentales des dispositifs incitatifs de régulation

806. Les rapports entre l'ARS, les offreurs libéraux et les collectivités territoriales redéfinis dans le cadre d'une contractualisation. Il convient d'analyser les directions qui doivent être prises par les ARS pour favoriser une amélioration de l'accès aux soins des usagers du service public de santé de proximité. Il est essentiel d'opérer une rupture avec les dispositifs incitatifs déployés jusqu'alors. Ces derniers marqués par l'absence de coordination entre les institutions qui en sont à l'origine et d'évaluation n'ont pas permis d'offrir un meilleur accès aux soins au sein des zones sous-dotées. Les résultats obtenus en rapport aux coûts engagés apparaissent dérisoires.

Les dispositifs incitatifs doivent, pour avoir un effet bénéfique sur l'accès aux soins répondre à un double objectif. Le premier a trait à la rationalisation des thématiques de contractualisation qui doivent être définies par l'ARS (Paragraphe 1), le second tient à la nécessité d'une évaluation régulière et approfondie des dispositifs mis en œuvre dans une double vision d'amélioration de l'accès aux soins des usagers et de maîtrise des dépenses de santé (Paragraphe 2).

¹⁷²³ M. Autès, M.-G. Dufay, « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », art. cit., pp. 17-25

Paragraphe 1. Les principaux axes de contractualisation entre l'ARS et les offreurs libéraux

807. S'il est indispensable d'accentuer les capacités de négociations des parties aux contrats visant à l'amélioration de l'accès aux soins, l'ARS doit nécessairement définir un cadre d'action. Cette démarche passe par la mise en avant d'axes prioritaires de contractualisation entre l'agence régionale et les offreurs libéraux. Ces axes sont fixés par les ARS en fonction des problématiques afférentes à leurs territoires. On retiendra par exemple que l'ARS Ile-de-France peut tout à fait définir des axes liés à la qualité des soins ou à des démarches de coordination spécifiques entre le secteur public et les offreurs libéraux, tandis que l'ARS Auvergne peut choisir de prioriser la contractualisation sur les problématiques d'installation des médecins au sein de territoires sous dotés.

808. Bien que propres à chacune des ARS, il semble que certains axes intéressent l'ensemble du territoire et nous proposons de les présenter en distinguant, d'une part, les axes voués à promouvoir l'installation et la structuration sanitaire des territoires (A), et, d'autre part, les thématiques qui touchent à la rénovation de la pratique libérale en vue d'améliorer l'accès aux soins (B).

A. L'installation et la structuration du paysage sanitaire au cœur des dispositifs de contractualisation développés par les ARS et les offreurs de santé

809. Dans l'objectif de densifier les zones souffrant d'un accès aux soins limité et de mettre sur pied un réseau de soins coordonné efficient, il est indispensable de dissocier les mesures qui visent les étudiants en médecine (1) et les professionnels de santé libéraux d'ores et déjà en exercice (2).

1. L'accentuation des mesures à destination des étudiants en médecine

810. Les étudiants en médecine, en ce qu'ils ne sont pas encore installés professionnellement¹⁷²⁴ doivent constituer une priorité quant aux actions visant à un rééquilibrage de la démographie médicale. Ils représentent le public dont la potentialité de mobilité est la plus importante.

¹⁷²⁴ Toutefois, la longueur des études fait que, bien souvent, ces derniers sont solidement implantés familialement sur un territoire avant de l'être professionnellement.

811. Un premier travail consiste à rendre accessibles et compréhensibles les différents dispositifs à disposition des futurs médecins, mais aussi plus largement de promouvoir la médecine générale¹⁷²⁵. La promotion de l'exercice de médecine générale tient à un équilibre plus important entre la pratique hospitalière et la pratique de la médecine générale. Cet équilibre doit s'appliquer à la fois dans une orientation pédagogique par un rééquilibrage des enseignements, mais aussi par le développement de terrains de stages en médecine générale, un amendement ambitieux proposait de rendre obligatoire un stage de deuxième cycle au sein d'une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou connaissant des difficultés dans l'accès aux soins¹⁷²⁶. Cette obligation s'est muée en une « *priorité* » qui ne revêt donc aucun caractère contraignant quant au lieu de réalisation du stage¹⁷²⁷. Il vise à faire découvrir aux étudiants une autre pratique de la médecine, à la former à cet exercice et à les inciter à pratiquer dans ces zones.

812. Cette évolution n'est pas facilitée par le syndicalisme médical libéral qui entraîne une opposition de principe à toute tentative, même négociée de régulation de l'offre libérale, il n'est donc pas surprenant de voir que les internes en médecine générale et plus largement les étudiants en médecine sont très peu informés des dispositifs incitatifs existants¹⁷²⁸.

C'est donc ce lien rompu, ou plus encore inexistant jusqu'alors qu'il convient de créer. La problématique n'est malheureusement pas nouvelle, le rapport Berland préconisait dès 2005 la mise en œuvre d'une « *politique d'information auprès des facultés de médecine (...) pour une diffusion large et régulière des conditions favorisant l'installation dans les zones démedicalisées*¹⁷²⁹ », l'Académie nationale de médecine proposait pour sa part l'introduction d'une journée d'information afin de présenter non seulement les besoins régionaux d'offre de soins, mais encore les mesures incitatives existantes¹⁷³⁰.

813. Le recours comme nous le proposons à un interlocuteur unique en matière de contractualisation permet d'éviter l'écueil d'une perte ou d'une déformation de l'information

¹⁷²⁵ M. Winckler, « La crise de la médecine générale », art. cit., pp ; 67-74, « l'idée de la médecine générale que se font les étudiants est celle d'une profession sous-payée, surexploitée, surchargée et incompatible avec une vie de famille. De plus ce métier ne leur apparaît pas garantir les revenus à la hauteur de l'investissement économique et personnel que représentent dix années de formation ».

¹⁷²⁶ Amendement n°AS1072 au Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, n°1681, 13 février 2019

¹⁷²⁷ Article 2 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019

¹⁷²⁸ A. Jardel, *Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Faculté de Rouen 2013, p. 48 : « Avec une valeur de 27,9%, le niveau de connaissance des aides des internes haut-normands n'est pas bon », d'autres données sont encore plus alarmistes, ISNAR-MG, *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale*, 2011, « 95,2% des internes déclarent ne pas connaître les aides à l'installation et/ou à l'exercice qui existent dans leur région (...) »

¹⁷²⁹ Y. Berland, *Commission démographie médicale*, 2005, p. 53

¹⁷³⁰ Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2007, 191, n°3, pp. 641-651, séance du 27 mars 2007

délivrée aux étudiants en médecine. Ce point éludé, nombre de pistes peuvent être explorées dans les rapports contractuels entre l'ARS et les étudiants en médecine au soutien de l'accès aux soins des usagers du SPSP.

814. La première consiste en une refonte du contrat d'engagement de service public, les études médicales ne doivent plus apparaître comme un frein pour certains jeunes. Ce contrat est basé sur un raisonnement intéressant en ce qu'il peut permettre l'accès aux études médicales à des étudiants issus de milieux ruraux ou défavorisés jusqu'alors sous-représentés et participer à une démocratisation des études médicales. La DREES estimait en 2015 que les formations en santé « *sont les plus clivées socialement*¹⁷³¹ ».

Ce clivage frappe, d'autant plus, que la probabilité qu'un étudiant issu d'une zone rurale exerce par la suite au sein de ce territoire est quatre fois supérieur à celle d'un étudiant issu d'un territoire urbain¹⁷³², d'autres études montrent encore que le lieu d'habitation au cours de l'internat conditionne l'installation, le fait de vivre en milieu rural favorise l'existence d'un projet d'installation libéral ce qui peut s'expliquer par une certaine sensibilité aux problématiques de démographie au sein de ces territoires¹⁷³³. C'est fort de ce constat qu'est né le projet « *ambition PACES* », fruit d'une collaboration entre le rectorat, la faculté de médecine de l'Université de Tours et l'ARS Centre-Val de Loire qui permet aux lycéens une approche des grandes notions de la PACES ainsi qu'un suivi personnalisé dans leur projet professionnel. Cette expérimentation qui débutera en septembre 2019 vise notamment à « *diversifier l'origine sociologique des futurs médecins et à les garder dans la région*¹⁷³⁴ ». Cette expérimentation montre l'importance d'une dynamique multidimensionnelle au sein des territoires. Sont ici activées des compétences relatives à l'éducation et à la santé.

815. C'est en relai de cette ouverture aux étudiants issus des milieux ruraux et défavorisés que le contrat d'engagement de service public doit s'inscrire preuve s'il en est nécessaire de la complémentarité de la politique sanitaire avec d'autres politiques telles que celle éducative. Les étudiants originaires des milieux ruraux sont d'ailleurs statistiquement ceux qui ont l'opinion la plus

¹⁷³¹ DREES, *Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de médecine*, Juillet 2015, n°0927, l'étude menée relève en outre « qu'un enfant de cadre a deux fois plus de chance qu'en enfant d'ouvrier d'intégrer une deuxième année, cet écart s'élevant même à 2,5 pour les études de médecine »

¹⁷³² N. Evdokimova, P. Muratore, *La répartition équilibrée des soins dans les régions rurales*, Chambre des régions du Conseil de l'Europe, 14^{ème} session plénière, CPR(14)4REP, 17 avril 2007

¹⁷³³ S. Munck, S. Massin, P. Hofliger, D. Darmon, « Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale », *Santé publique*, 2015/1, Vol. 27, pp. 49-58

¹⁷³⁴ S. Graveleau, « Une initiation aux études de santé pour lutter contre les déserts médicaux du Centre-Val de Loire », *Le Monde* (Version en ligne), 27 mars 2018

favorable concernant le CESP et les indemnités d'étude¹⁷³⁵. Pour, conjointement être plébiscité par les étudiants et permettre un meilleur accès aux soins, il convient de le modifier en substance. Le projet de loi déposé en février 2019¹⁷³⁶ relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé était porteur d'espoir dans l'objectif d'une refonte du CESP¹⁷³⁷, mais il participe, en réalité à un assouplissement du CESP. En effet, le projet vise à annuler les pénalités dues du fait de la rupture d'un CESP si les signataires avaient construit un projet professionnel dans un territoire qui ne serait finalement plus éligible du fait d'un nouveau zonage. Le CESP reste encore aléatoire quant au choix du territoire d'installation qui se déroule lors de la dernière année d'internat sur la base des zonages réalisés¹⁷³⁸. Si la mesure d'allègement de la pénalité en cas de rupture due à une évolution du zonage est compréhensible du point de vue du médecin et de la protection de sa liberté d'installation comme de son projet personnel, l'accès aux soins s'en trouve pénalisé.

Il est donc indispensable de repenser le CESP de manière à ne pas multiplier les portes de sortie, les pénalités de rupture doivent être augmentées, en contrepartie de quoi, les ARS doivent être capables d'établir une planification durable, qui permette un choix précoce des lieux d'exercice pour les étudiants qui souscrivent au contrat et la rémunération doit être réévaluée. Il subsiste, à ce jour, trop d'inconnues pour un étudiant qui souhaite conclure un CESP. Cette inconnue, participe à alimenter la rupture d'égalité entre étudiants ayant la nécessité d'obtenir un revenu pour financer leurs études et les autres. Il persiste dans l'accès à l'enseignement supérieur de fortes inégalités¹⁷³⁹, liées aux coûts directs¹⁷⁴⁰ et indirects¹⁷⁴¹ des études qui sont particulièrement élevés dans les études médicales du fait de l'immense difficulté à ménager du temps pour cumuler les études avec une activité professionnelle.

La proposition doit consister en un engagement à exercer au sein d'un territoire sous doté déterminé de manière précoce permettant d'y construire un avenir tant professionnel que personnel¹⁷⁴². Elle doit s'accompagner d'une rémunération décente permettant aux étudiants les plus défavorisés d'accéder aux études de santé.

¹⁷³⁵ A. Jardel, *Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands*, *op. cit.*, p. 50

¹⁷³⁶ Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, n°1681, 13 février 2019

¹⁷³⁷ Article 4 du Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, n°1681, 13 février 2019 « Sécurisation du bénéfice du contrat d'engagement de service public en cas d'évolution du zonage »

¹⁷³⁸ F. Mandin, « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public », art. cit., pp. 591-599

¹⁷³⁹ G. Aschieri, « Les inégalités dans l'enseignement supérieur », *Le français d'aujourd'hui*, 2013/4, n°183, pp. 51-59

¹⁷⁴⁰ C'est le cas des frais d'inscription, de l'achat d'ouvrages ou de matériel scolaire

¹⁷⁴¹ Les frais les plus importants relèvent du logement lorsque l'étudiant réside loin de la faculté, ou encore des frais de transports...

¹⁷⁴² A. Jardel, *Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands*, *op. cit.*, p. 50, relève qu'une enquête menée aux USA sur ce type d'aides démontre des taux de rétention de plus de 60% au sein des territoires à l'issue de l'engagement. Ces taux sont d'autant plus importants que la longueur de l'engagement est importante.

816. En parallèle, de ces possibilités ouvertes dans les rapports contractuels entre l'ARS et les étudiants, la structuration sanitaire passe par des dispositifs établis entre les professionnels libéraux en exercice et l'ARS.

2. La structuration des territoires par la contractualisation entre l'ARS et les professionnels libéraux

817. Les outils contractuels jusque-là disséminés entre les différents intervenants doivent faire l'objet d'un regroupement dans les mains de l'ARS. Il appartient aux professionnels libéraux de se saisir de cette opportunité pour engager des négociations avec les ARS sur la thématique de l'installation et de la structuration des soins au sein des territoires sous dotés.

818. Ces outils doivent prendre des formes diverses, il n'est pas exclu que certains s'inspirent de dispositifs existants jusqu'alors. C'est le cas du contrat de transition prévu par la dernière convention médicale¹⁷⁴³ qui pourrait largement être repensé. Ce dernier propose pour l'heure une aide financière¹⁷⁴⁴ pour les médecins de 60 ans et plus au sein de territoires sous dotés qui acceptent d'accueillir un confrère de moins de 50 ans qui s'installe ou est installé sur le territoire depuis moins d'un an en les accompagnant pendant trois ans au moins afin « *d'apporter un soutien dans l'organisation et la gestion du cabinet médical, dans la connaissance de la structuration de l'offre de soins sur le territoire et dans la prise en charge des patients*¹⁷⁴⁵ ».

Le contrat de transition se base sur l'idée intéressante d'une transition générationnelle sans toutefois la mener à bien, en effet, un exemplaire du contrat type mis en œuvre par l'ARS Ile-de-France révèle la faiblesse de l'engagement pour le professionnel. On est en droit d'estimer qu'un tel contrat comporte des engagements forts et précis à l'égard du médecin, mais il n'en est rien, il reprend strictement les mots de la convention en prévoyant un accompagnement du professionnel nouvellement installé dans les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients en fonction de ses besoins¹⁷⁴⁶. L'intérêt d'un tel contrat de transition réside non seulement dans le maintien d'une continuité temporelle des soins, mais il vise encore à former le nouveau praticien à l'exercice libéral, le sensibiliser aux problématiques de santé locales, l'assister dans les démarches administratives.

¹⁷⁴³ Article 5 de l'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

¹⁷⁴⁴ Valorisation de 10% des honoraires conventionnés plafonnée à 20.000euros/an

¹⁷⁴⁵ R. Marié, « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », art. cit. , pp. 71-79

¹⁷⁴⁶ Arrêté ARS-DOS n°2018-921 portant modification de l'arrêté ARS-DOS n°2018-479 relatif à l'adoption du contrat type régional de transition pour les médecins (COTRAM)

Les engagements liés à un tel contrat doivent donc être revus, pour qu'il présente un intérêt certain pour le médecin nouvellement installé et suscite son intérêt et non seulement une porte de sortie dorée pour un médecin en préretraite. C'est d'ailleurs le souhait émis par une majorité de jeunes médecins pour qui l'accompagnement humain au cours de l'installation est fondamental alors que le soutien au financier¹⁷⁴⁷.

819. D'autres pistes de contractualisation existent en matière de médecine générale. En effet, il est constaté depuis des années sans que ne soient pris les dispositions adéquates que de plus en plus de médecins généralistes ont un exercice complémentaire à ce dernier, il peut s'agir de médecine du sport, d'homéopathie, d'ostéopathie, de mésothérapie, de médecine thermale¹⁷⁴⁸. Ces généralistes à exercice particulier représentaient selon déclaration à l'ordre des médecins près de 25% des médecins généralistes en 2014¹⁷⁴⁹. Si cette activité particulière peut ne représenter qu'une fraction de leur exercice, le plus souvent, comme le constate la DREES, « *ils sont rarement médecin traitant et la plus grande partie de leur activité ne correspond pas à des soins de premier recours*¹⁷⁵⁰ ». Ces chiffres qui influent grandement sur l'accès aux soins laissent envisager diverses pistes de réflexion. On peut imaginer une contrepartie à un exercice de médecine générale exclusif au service de l'accès aux soins.

820. Sont encore envisageables des dispositifs visant à lutter contre la plupart des freins à l'installation en libéral qu'il s'agisse de la nécessité d'être entouré de professionnels et établissements dans le secteur¹⁷⁵¹, mais encore l'intérêt important pour les maisons de santé et l'exercice coordonné plébiscité chez plus de 70% des internes¹⁷⁵².

Les maisons de santé constituent un « *mode d'exercice pertinent pour l'accès aux soins des patients*¹⁷⁵³ » tout en répondant aux souhaits et craintes des jeunes médecins. Pour autant penser que la simple labellisation de maison de santé permettra une amélioration de l'accès aux soins serait largement naïf. Les murs de ces maisons, en ce qu'ils peuvent rassurer les professionnels qui s'y installent doivent se doubler d'une réelle appropriation du dispositif par les médecins fonction des

¹⁷⁴⁷ CNOM, *Etude sur l'installation des jeunes médecins*, Commission jeunes médecins, 2019, p. 9 : A la question « Dans l'optique d'un accompagnement de votre projet professionnel, par qui aimeriez-vous être guidé ? », 68% désignent un confrère ou une consœur

¹⁷⁴⁸ Voir URPS-ML PACA, *Les exercices particuliers en médecine*, Juin 2015, 66 p. pour une typologie complète des exercices particuliers

¹⁷⁴⁹ CNOM, *Rapport sur la médecine générale et la qualification de spécialiste*, Juin 2014, p. 64

¹⁷⁵⁰ DREES, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Mai 2017, n°17, p. 23

¹⁷⁵¹ CNOM, *Etude sur l'installation des jeunes médecins*, *op. cit.*, p. 9, à la question « La présence sur les territoires d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital est-elle déterminante pour votre installation ? », 87% des remplaçants et 81%

¹⁷⁵² *Ibidem*, p. 22

¹⁷⁵³ G. Rousset, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », art. cit., pp. 450-456

problématiques qu'ils rencontrent. Pour cela, il faut laisser une plus grande marge d'appréciation aux parties qui contractualisent pour la création de telles structures¹⁷⁵⁴ en recherchant de manière prioritaire les projets qui participent à un meilleur accès aux soins ainsi qu'au développement d'une coordination à l'échelon de proximité avec les autres services de santé présents. Les maisons de santé, perçues comme une véritable innovation organisationnelle, ne doivent pas se retrouver enserrées dans un cadre législatif trop restrictif¹⁷⁵⁵.

821. Outre une contractualisation vouée à améliorer l'installation et la structuration des soins sur les territoires de proximité, la contractualisation permet d'offrir des procédés qui visent à l'optimisation du temps médical et de la qualité des soins (B)

B. La contractualisation comme vecteur d'efficacité dans la pratique médicale

822. L'amélioration de l'accès aux soins peut émaner de nouvelles installations, mais elle peut encore émerger d'une plus grande optimisation du temps médical disponible au sein du territoire (1), ainsi que d'une attractivité retrouvée pour l'exercice libéral du fait de la diversification des modes de rémunération (2).

1. Les mesures destinées à un gain de temps médical

823. S'il est possible d'agir en augmentant le nombre de médecins au sein des territoires sous dotés, la prise en compte des difficultés éprouvées par ceux y exerçant est une clé importante dans la quête d'un meilleur accès aux soins. Parmi les difficultés rencontrées par les médecins libéraux, et ce, même en dehors des territoires sous dotés, la gestion administrative apparaît comme un problème récurrent¹⁷⁵⁶. En sus du frein qu'une telle gestion peut représenter pour l'installation en exercice libéral, ce temps administratif constitue autant de temps médical perdu¹⁷⁵⁷ et par voie de

¹⁷⁵⁴ N. Dantonel-Cor, « Les maisons de santé pluridisciplinaires : une solution à la désertification médicale territoriale ? », *Revue Droit et santé*, 2013, n°52, pp. 152-162 retient que les critères de création et d'implantation de ces maisons sont très détaillés et se caractérisent par une grande complexité, tant sur le plan financier que juridique

¹⁷⁵⁵ M. Trépeau, « La transformation du système de santé se nourrit-elle de l'innovation organisationnelle ? », art. cit., pp. 862-876, l'auteur évoque le « bricolage législatif » mis en œuvre pour accompagner l'émergence des maisons de santé vues comme une innovation organisationnelle

¹⁷⁵⁶ E. Coppolani, *Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université Toulouse III, 2014, p. 41 : « Près de 90% des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne considèrent comme un frein à l'installation les charges administratives d'un cabinet libéral qui sont trop lourdes »

¹⁷⁵⁷ Le temps lié aux activités administratives est généralement évalué autour de 15% du temps de travail, P.-L. Druais, *La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé*, op. cit., p. 64

conséquence de déficit en matière accès aux soins. Le temps consacré à la gestion administrative du cabinet médical est conséquent et marqué par de nombreux impondérables qui amputent le temps de travail effectif des médecins.

824. Des dispositions peuvent intéresser l'optimisation du temps médical, c'est le cas par exemple de la création du statut d'assistant médical ambitionnée par le plan « Ma santé 2022 » dans son volet relatif au renforcement de l'accès territorial aux soins¹⁷⁵⁸. Les missions de ces assistants peuvent être divisées en deux fonctions : l'une d'accueil et de secrétariat et l'autre se rapprochant du domaine du soin notamment par la possibilité de mesurer des constantes avant un examen médical. C'est d'ailleurs dans ce domaine que le statut d'assistant médical apparaît novateur, ses fonctions « dépassent, pour partie, la mission administrative et matérielle classique pour décharger le médecin de certaines tâches préliminaires à la consultation, tâches fondamentales, mais qui peuvent prendre du temps¹⁷⁵⁹ ».

825. La discussion conventionnelle ouverte sur la question suite à la LFSS pour 2019¹⁷⁶⁰ n'a pas encore abouti, mais différents points posent encore question : la hauteur et la durée du financement, le choix de ces assistants en termes de diplômes et encore le périmètre global de leur action. De nombreux syndicats infirmiers ont, par ailleurs contesté cette mesure qui, selon eux, empiète sur leur domaine de compétence tout en remettant les infirmiers sous l'autorité du médecin¹⁷⁶¹. En réalité, il n'en est rien dans la mesure où la CNAM a précisé que les fonctions exercées par les assistants médicaux sont des missions propres. Il conviendra toutefois d'éclaircir les missions ainsi que la formation de ces assistants qui devrait être sui generis dans la mesure où leurs compétences sont mixtes. L'idée d'optimisation du temps médical par le recours à des assistants médicaux est intéressante, mais gagnerait à intégrer les mesures de contractualisation entre l'ARS et les professionnels de santé. Cela permettrait une plus grande modulation de la mesure fonction des problématiques du territoire.

826. Au-delà des tâches attribuées aux assistants médicaux, il semble possible de décharger les médecins d'une partie de leurs tâches dans le cadre de protocoles de coopération, et ce, dans le but d'offrir un accès aux soins plus large. Ces protocoles peuvent viser à des transferts d'activités ou

¹⁷⁵⁸ Ministère des solidarités et de la santé, *Renforcer l'accès territorial aux soins*, Dossier de presse, 13 octobre 2017

¹⁷⁵⁹ G. Rousset, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 5-14

¹⁷⁶⁰ La loi n°2018-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit la compétence conventionnelle en vue de déterminer des mesures visant à inciter au développement de l'exercice coordonné et au recrutement de personnels salariés ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne

¹⁷⁶¹ Contesté par le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux, par la Fédération Nationale des Infirmiers ou encore par le syndicat Convergence Infirmière

d'actes de soins ou encore de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient¹⁷⁶². Ces protocoles doivent être soutenus au sein des territoires sous dotés en ce qu'ils permettent un gain de temps médical important, voire une consultation qui n'aurait pas été possible sur le territoire en question. Certaines professions ont ainsi développé des protocoles de coopération innovants au service de la protection de la santé¹⁷⁶³. On retrouve notamment ce type de protocoles entre ophtalmologiste et orthoptiste. L'orthoptiste réalise le bilan visuel dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation de corrections, les résultats sont, par la suite analysés par télé-médecine par un ophtalmologiste¹⁷⁶⁴. Ce protocole démontre la possibilité de mêler coopération et nouvelles technologies au service de l'accès aux soins et de la protection de la santé.

Les pharmaciens ont aussi vu leur rôle renforcé au travers la récente loi de santé, ces derniers peuvent désormais participer à la coopération entre professionnels de santé¹⁷⁶⁵ en déclarant des protocoles de coopération qui peuvent opérer des transferts d'activités, d'actes de soins, de prévention ou réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient¹⁷⁶⁶. Les pharmaciens peuvent encore, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019¹⁷⁶⁷, effectuer certaines vaccinations autorisées par décret du ministre de la santé pris après avis de la haute autorité de santé¹⁷⁶⁸.

827. De manière complémentaire aux protocoles de coopération s'est développé le statut d'infirmier en pratique avancée. La question de l'extension du champ de compétence des infirmiers, ainsi que de la coopération avec les médecins n'est pas récente. Une étude très complète de 2006 soulevait déjà les expériences européennes et canadiennes en matière à la fois d'extension de leurs compétences et de transferts d'activités en constatant que c'est aux « *moments de plus fortes tensions sur la démographie médicale que la profession infirmière a progressé*¹⁷⁶⁹ ».

¹⁷⁶² Article L. 4011-1 du Code de la santé publique

¹⁷⁶³ P. Desmarais, « Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : un dispositif à peaufiner », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°3, pp. 513-519

¹⁷⁶⁴ Arrêté n°2017-5863 autorisant l'application en région Auvergne-Rhône-Alpes du protocole de coopération entre professionnels de santé autorisé en région Normandie : « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'adulte de 16-50 ans et analysé via télé-médecine par un ophtalmologiste »

¹⁷⁶⁵ Article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique issu de la loi n°2009-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

¹⁷⁶⁶ Article L. 4011-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2009-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

¹⁷⁶⁷ Articles 59 et s. de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JORF, n°0297 du 23 décembre 2018, texte n°3

¹⁷⁶⁸ F. Viney, « Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 », *AJ Famille*, 2019, n°1, pp. 4-5

¹⁷⁶⁹ Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès, *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – L'apport des expériences Européennes et Canadiennes*, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Mars 2006, n°57, p. 74

En ce sens, l'universitarisation progressive des formations paramédicales¹⁷⁷⁰ et notamment des études d'infirmier participe à une reconnaissance plus importante de leurs compétences qui se traduit notamment par le statut d'infirmier en pratique avancée dont les modalités d'exercice ont été définies en 2018¹⁷⁷¹. La pratique avancée est notamment permise dans le domaine des pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et l'hémo-oncologie ainsi que les maladies rénales¹⁷⁷², dans ces domaines, l'infirmier est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique, il peut encore conduire toute activité d'orientation, d'éducation de prévention ou de dépistage ou encore effectuer des actes techniques¹⁷⁷³.

Les missions effectuées par les infirmiers en pratique avancée sont donc considérablement plus larges que celles remplies par les infirmiers, elles apparaissent comme pouvant être un support important auprès des médecins au sein des zones sous dotées. Ces évolutions permettent de mieux « *appréhender les besoins des patients dont une grande partie souffre de maladies chroniques, de lutter contre les déserts médicaux et de favoriser l'émergence d'un niveau de qualification intermédiaire entre les auxiliaires médicaux et les professions médicales*¹⁷⁷⁴ ». En effet, cette pratique nouvelle peut constituer un point clé d'une meilleure structuration des territoires de proximité et de valoriser le temps de travail de chacun des professionnels.

828. Il est essentiel que ces pratiques fassent l'objet d'une contractualisation, les maisons de santé peuvent constituer un cadre privilégié pour héberger des infirmiers en pratique avancée ainsi que des médecins vers lesquels ces derniers pourront se référer en cas de doute. Il existe d'ailleurs des liens étroits entre le médecin qui confie¹⁷⁷⁵ selon la lettre du texte le patient à l'infirmier en pratique avancée, le texte prévoit encore l'épuisement des compétences de l'infirmier auquel cas il « *adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier (...)*¹⁷⁷⁶ ».

829. Les pistes permettant une optimisation du temps médical au sein des territoires sous dotés sont diverses. Il appartient à la fois aux professionnels médicaux, mais aussi à l'ensemble des professionnels de santé de se saisir de ces possibilités organisationnelles pour optimiser leur temps

¹⁷⁷⁰ Au sujet de l'universitarisation des études infirmiers, V. Vioujas, « La formation des infirmiers : les voies de l'universitarisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 111-121

¹⁷⁷¹ Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

¹⁷⁷² Article R. 4301-2 du Code de la santé publique

¹⁷⁷³ Article R. 4301-3 du Code de la santé publique

¹⁷⁷⁴ R. Marié, « A la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 74-84

¹⁷⁷⁵ Article R. 4301-1 du Code de la santé publique

¹⁷⁷⁶ Article R. 4301-5 du Code de la santé publique

médical. Néanmoins, cette évolution du cadre d'action des professionnels libéraux au sein de ces territoires ne peut s'effectuer sans qu'il soit réalisé une mutation des modes de rémunération afin qu'ils répondent aux objectifs fixés par le service public de santé de proximité.

2. La nécessaire mutation des modes de rémunération des professionnels libéraux

830. On distingue classiquement trois modes de rémunération de la médecine : le premier est le salariat, dans cette situation, le salaire du médecin ne dépend ni du nombre de patients, ni des actes qu'il réalise auprès d'eux, mais d'un salaire horaire négocié avec l'employeur qui peut-être par exemple une collectivité pour les médecins généralistes. Ce mode d'exercice s'il se veut confortable en permettant au médecin d'avoir une visibilité sur sa charge de travail et son salaire, il n'est pas que peu intéressant du point de vue de l'accès aux soins et n'encourage pas la productivité¹⁷⁷⁷. C'est pourtant un mode d'exercice qui attire de plus en plus de médecins, le dernier Atlas médical fait état de près de 37% de médecins généralistes qui exercent à titre salarié¹⁷⁷⁸ et s'explique par la volonté d'un équilibre plus grand entre sphère professionnelle et personnelle¹⁷⁷⁹ ainsi que par le souhait de ne pas être confronté à la charge administrative propre aux structures libérales. D'autres, notamment les médecins qui pratiquent de manière salariée auprès des centres de santé¹⁷⁸⁰ voient dans cette occasion une possibilité de bénéficier du temps nécessaire au soin des patients dans une relation plus humaine et la réalisation d'un service de qualité rendu à la population, sans recherche d'une multiplication des consultations¹⁷⁸¹.

831. Ce mode d'exercice salarié n'est pas favorable à l'amélioration de l'accès aux soins, comme le souligne Pierre-Louis Bras, les médecins généralistes libéraux français travaillent en moyenne 57 heures par semaine¹⁷⁸², le salariat, dans l'état actuel du droit du travail ne permet pas des amplitudes horaires aussi importantes ce qui ampute d'autant l'accès aux soins.

¹⁷⁷⁷ V. Paris, M. Devaux, « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, 2013/3, n°40, pp. 45-52

¹⁷⁷⁸ CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France*, 2018, p. 118

¹⁷⁷⁹ G. Chevillard, V. Lucas-Gabrielli, J. Mousques, « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace Géographique*, 2018/4, Tome 47, pp. 362-380

¹⁷⁸⁰ Article L. 6323-1 du Code de la santé publique

¹⁷⁸¹ E. Richard, D. Somme, « Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens », *Santé publique*, 2018/3, Vol. 30, pp. 361-370

¹⁷⁸² P.-L. Bras, « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », *Les tribunes de la santé*, 2017/4, n°57, p. 72

832. Le paiement à l'acte constitue le second mode de rémunération des médecins libéraux, l'idée est celle d'un paiement fonction du nombre d'actes réalisés. Cette idée est héritée du principe de paiement direct des honoraires issu de la Charte médicale de 1927¹⁷⁸³ avant d'être inscrit dans le code de la sécurité sociale comme principe déontologique fondamental¹⁷⁸⁴ compose à ce jour encore plus de 80% de la rémunération des médecins libéraux¹⁷⁸⁵. Ce système est souvent considéré comme inflationniste poussant les médecins à augmenter le nombre de consultations tout en diminuant la durée de chacune d'elles¹⁷⁸⁶ et, par voie de conséquence leur qualité ? La question peut être posée, les généralistes n'étant pas les professionnels de santé à la rémunération la plus favorable vis-à-vis d'autres spécialités¹⁷⁸⁷.

833. Le dernier mode de rémunération classique est la capitation, qui « *consiste à allouer une somme au médecin qui, en contrepartie, s'engage à prendre en charge un patient pendant une période définie*¹⁷⁸⁸ », les recettes dépendent alors du nombre de patients inscrits auprès du praticien et sont modulées en fonction des caractéristiques de la patientèle. La capitation n'est pas pour autant exempte de reproches en ce que combinée à la liberté de choix du professionnel par le patient elle peut constituer une concurrence importante entre les professionnels et un report des personnes dont la santé est dégradée vers d'autres structures¹⁷⁸⁹.

834. La solution la plus favorable pour l'accès aux soins ne semble pas s'orienter vers l'un de ces modes classiques, mais d'opter pour une diversification des modes de rémunération. La convention médicale de 2011 rappelle à ce titre l'accord des signataires sur la « *nécessité de mettre en œuvre des modes de rémunération complémentaire valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique relatifs à la prévention, au suivi des patients chroniques, à l'efficacité et à l'organisation du cabinet pour répondre aux besoins de santé de l'ensemble des assurés sociaux*¹⁷⁹⁰ ».

¹⁷⁸³ Confédération des syndicats médicaux français, Charte de la médecine libérale, 1927

¹⁷⁸⁴ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁷⁸⁵ B. Apollis, « Vers une transformation financière du système de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 35-45

¹⁷⁸⁶ R. Marié, « L'évolution des techniques de rémunération des médecins de ville : approche de droit comparé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°6, pp. 1049-1060

¹⁷⁸⁷ OCDE, *Panorama de la santé 2017*, Editions OCDE, Paris, 2017, p. 162

¹⁷⁸⁸ P.-L. Bras, « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », art. cit., p. 73

¹⁷⁸⁹ R. Marié, « L'évolution des techniques de rémunération des médecins de ville : approche de droit comparé », art. cit., pp. 1049-1060

¹⁷⁹⁰ Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des spécialistes

835. Le paiement à l'acte sans être abandonné doit s'accompagner de manière systématique d'autres modes de rémunération, une partie de paiement forfaitaire¹⁷⁹¹ permet de « *solvabiliser certaines tâches telles que l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte d'activités d'ordre administratif*¹⁷⁹² », mais aussi un paiement sous forme de prime de performance à l'instar de la rémunération sur objectifs de santé publique désormais centrée sur trois volets : la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficacité des prescriptions¹⁷⁹³ définis autour de 29 indicateurs¹⁷⁹⁴. Cette rémunération basée sur la performance introduite via les contrats types d'amélioration des pratiques avait entraîné une levée de boucliers notamment du Conseil National de l'ordre des médecins qui y voyaient une aliénation de l'indépendance professionnelle du médecin¹⁷⁹⁵, une telle réaction pourrait se justifier dans un système parfait où l'ensemble des professionnels abordent un comportement conforme à la pratique en tout temps. Brigitte Dormont s'interroge à cet égard sur la variabilité des comportements et des motivations des médecins et conclut que s'accommoder d'une telle variabilité de pratique et de prise en charge constituerait un renoncement à l'égalité des soins¹⁷⁹⁶. Les rémunérations sur objectifs ont, de fait, toute leur place dans la mesure où elles servent l'égalité, la qualité des soins ou la maîtrise des dépenses de santé si tant est qu'elle ne mette pas en danger les deux premiers principes.

836. La diversification permet de « *gommer les effets pervers que le recours exclusif à une de ces techniques de rémunérations a fini par engendrer*¹⁷⁹⁷ », le paiement à l'acte permet de valoriser l'exercice médical étendu, plus le médecin exerce sur un temps étendu au contact d'un nombre important de patients, plus cette partie de rémunération sera importante.

La rémunération à la performance recherche la qualité dans la pratique du professionnel ce qui gomme l'effet trop inflationniste de l'usage exclusif du paiement à l'acte tout en prenant en compte les aspects, autres que curatifs de l'acte de soin. Il s'agit notamment de rémunérer l'éducation thérapeutique ou la prévention.

¹⁷⁹¹ Qui n'est autre qu'un paiement à la capitation

¹⁷⁹² R. Marié, « Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 615-622

¹⁷⁹³ Assurance maladie, *La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018*, Dossier de presse, 25 avril 2018, p. 7

¹⁷⁹⁴ Article 27 de l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie le 25 août 2016

¹⁷⁹⁵ CNOM, « *CAPIT* » : le NON du CNOM : Tels qu'ils sont, ils contreviennent à la déontologie, Site internet du CNOM, 23/04/2009

¹⁷⁹⁶ B. Dormont, « Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique », *Les tribunes de la santé*, 2013/3, n°40, pp. 53-61

¹⁷⁹⁷ R. Marié, « L'évolution des techniques de rémunération des médecins de ville : approche de droit comparé », art. cit., pp. 1049-1060

Enfin, le paiement forfaitaire permet de valoriser certaines activités telles que la coordination au sein de structures pluridisciplinaires, avec les autres professionnels ou structures de soins ou médico-sociales. C'est d'ailleurs une telle logique qui est abordée par le récent rapport relatif aux réformes des modes de financement et de régulation¹⁷⁹⁸, qui tend « à favoriser aussi bien une tarification liée au parcours du patient qu'une tarification indexée sur la qualité des prestations qui lui sont fournies¹⁷⁹⁹ ».

837. Les pistes vouées à rendre l'accès aux soins des citoyens plus efficient sont donc multiples et nécessitent l'intervention commune des professionnels de santé et de l'ARS. La démarche de contractualisation envisagée doit reposer sur la négociation afin d'engendrer des dispositifs innovants permettant une structuration de l'offre de santé au sein des territoires. Cette capacité de négociation directe avec l'ARS en fonction des problématiques sanitaires des territoires est la véritable plus-value du service public de santé de proximité capable de s'adapter aux multiples enjeux qui se présentent à lui.

838. Ces procédés contractuels établis, il est indispensable d'envisager des procédures de contrôle et d'évaluation de ces dispositifs contractuels dans un double but d'évaluation positive de l'accès aux soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Paragraphe 2. L'évaluation des engagements contractuels souscrits au sein du service public de santé de proximité

839. Les contrats conclus entre l'ARS et les professionnels de santé libéraux constituent des contrats administratifs en ce qu'ils sont issus de la négociation entre une personne publique et qu'ils organisent le service public de santé de proximité. Cette qualification loin d'être anodine dans l'ordre juridique permet à l'administration d'effectuer un contrôle sur l'exécution du contrat dans certaines conditions (A), pour autant, ce contrôle ne doit pas constituer un élément d'atteinte disproportionné à l'exercice libéral de la médecine (B).

¹⁷⁹⁸ Task Force « Réforme du financement du système de santé », *Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné*, Ministère des solidarités et de la santé, 48 p.

¹⁷⁹⁹ B. Apollis, « Vers une transformation financière du système de santé ? », art. cit., pp. 35-45

A. Les modalités du contrôle des contrats conclus entre l'agence régionale de santé et les professionnels de santé

840. Le contrat conclu entre l'ARS et les professionnels de santé libéraux en ce qu'il constitue un contrat administratif peut permettre de justifier l'existence d'un contrôle dans l'exécution de ce dernier (1). Le contrôle mis en œuvre peut, par ailleurs évoluer avec le contrat au fur et à mesure de son exécution (2).

1. L'organisation du service public de santé de proximité au cœur de la justification du pouvoir de contrôle de l'ARS

841. Les contrats conclus entre l'ARS et les professionnels libéraux sont de nature administrative. Cette qualification s'explique par la présence d'une partie publique au contrat et dans l'objet de la contractualisation qui sert l'objectif d'intérêt général d'organisation du service public de santé de proximité. À cet égard, les contrats conclus associent les professionnels de manière suffisamment étroite avec l'administration pour que l'on puisse les qualifier de contrats administratifs. En effet, « *un contrat est administratif lorsque son objet possède un lien suffisamment fort avec le fonctionnement du service public*¹⁸⁰⁰ ».

842. Le contrat administratif tout comme son homologue civiliste est créateur d'obligation pour les parties. En ce sens, il a force obligatoire pour chacune d'elles sur les engagements pris¹⁸⁰¹. Toutefois, le contrat administratif est particulier en ce qu'il fait intervenir une relation de droit public dont l'un des cocontractants au moins est public. Les contrats conclus entre l'ARS et les professionnels de santé libéraux visent à la participation de ces acteurs au service public de santé de proximité au service dans un but d'intérêt général.

843. La doctrine s'est longuement interrogée sur le caractère automatique du pouvoir de contrôle de l'administration sur les contrats administratifs, et ce en l'absence d'une telle mention de contrôle dans les textes ou de stipulation contractuelle relative. Georges Péquignot a défendu l'aspect intrinsèque de ce pouvoir de contrôle. Il retient que dans tous les contrats administratifs, « *l'administration possède un certain droit de contrôle qui est, pour elle, un droit originaire. Il existe même dans le silence du contrat. Le contrat peut éventuellement l'organiser. Il ne peut le supprimer. Le droit de contrôle est d'ordre*

¹⁸⁰⁰ H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs*, op. cit., p. 89, sur l'étude de l'administrativité du contrat due à la coopération étroite au service public ; L. Richer, F. Lichère, *Droit des contrats administratifs*, LGDJ, 10^{ème} édition, Manuel, 2016, p. 99

¹⁸⁰¹ H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs*, op. cit., p. 330

*public et de l'essence même du contrat administratif*¹⁸⁰² ». De fait, l'automatisme de ce pouvoir de contrôle est le plus souvent justifié par les auteurs « *par référence à la notion de service public*¹⁸⁰³ ». C'est également la thèse défendue par Gason Jèze selon qui « *le pouvoir de contrôle existe par cela seul qu'il y a un service public. C'est donc la nature juridique du service public qui est le fondement juridique du pouvoir de contrôle*¹⁸⁰⁴ ».

Malgré cela, Hélène Hoepffner note que la jurisprudence ne s'est jamais prononcée explicitement en des termes généraux à ce sujet, raison pour laquelle le pouvoir de contrôle ne semble inhérent qu'à certains types de contrats¹⁸⁰⁵, du fait du caractère polysémique de la notion de contrôle¹⁸⁰⁶. D'autres auteurs sont encore plus sceptiques quant à l'automatisme de ce pouvoir de contrôle et relèvent que la doctrine qui défend l'automatisme d'un tel pouvoir « *ne fondent leurs affirmations que sur un nombre très limité d'arrêts dont la portée est pour le moins douteuse, car à les examiner de près, aucun n'admet l'existence du pouvoir de contrôle en dehors d'une stipulation du contrat*¹⁸⁰⁷ ».

844. Dans le domaine qui nous intéresse relatif à l'organisation du service public de santé de proximité, il apparaît essentiel que l'administration opère un tel contrôle des obligations des parties. Face à l'absence de règle générale adoptée par la jurisprudence, il semble préférable que l'existence ainsi que les modalités des contrôles soient inscrites dans l'appareil contractuel. Il est indispensable que le contrat soit défini de manière précise entre les cocontractants dans la mesure où « *les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites*¹⁸⁰⁸ ». Toutefois en matière d'interprétation, le juge administratif n'a eu de cesse que de rappeler dans un sens commun au droit civil¹⁸⁰⁹ que le contrat s'entend selon la commune intention des parties. Le sens littéral des termes du contrat ne pourra être invoqué s'il s'avère contraire à l'intention des parties¹⁸¹⁰. La mise en lumière de cette intention commune des parties s'avère parfois délicate, raison pour laquelle il est essentiel de prêter une attention particulière à la rédaction de ces contrats.

845. L'établissement d'un pouvoir de contrôle défini contractuellement entre l'ARS et les professionnels libéraux quant à l'organisation et la participation au service public de santé de

¹⁸⁰² G. Péquignot, *Contribution à la théorie générale du contrat administratif*, Thèse de droit public, 1945, p. 310

¹⁸⁰³ L. Richer, F. Lichère, *Droit des contrats administratifs*, *op. cit.*, p. 268

¹⁸⁰⁴ G. Jèze, *Les contrats administratifs de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics*, t. 2, LGDJ, 1932, p. 366

¹⁸⁰⁵ H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs*, *op. cit.*, p. 370

¹⁸⁰⁶ H. Hoepffner, « Le pouvoir de direction et de contrôle », in V. Bouhier, D. Riccardi (Dir.), *L'exécution des contrats administratifs*, Editions le moniteur, 2018, p. 71

¹⁸⁰⁷ L. Richer, F. Lichère, *Droit des contrats administratifs*, *op. cit.*, p. 269

¹⁸⁰⁸ Conseil d'Etat, 12 décembre 1902, Orcibal, Rec. 750

¹⁸⁰⁹ Article 1188 du Code civil : « Le contrat s'interprète dans la commune intention des parties plutôt qu'en s'arrêtant au sens littéral de ses termes. Lorsque cette intention ne peut être décelée, le contrat s'interprète selon le sens que lui donnerait une personne raisonnable placée dans la même situation »

¹⁸¹⁰ Conseil d'Etat, 24 décembre 1886, Chapa, Rec. 916

proximité permet encore de ne pas transférer totalement la responsabilité de la protection de la santé et de l'accès aux soins sur les professionnels de santé. En effet, par son pouvoir de contrôle, l'ARS connaît la possibilité d'agir pour en cas d'inexécution contractuelle d'un professionnel. En cas de carence dans le contrôle, une responsabilité fautive de l'administration pourrait être engagée. Dans le domaine du contrôle des installations classées, le Conseil d'État a refusé d'engager la responsabilité de l'État pour une carence du contrôle des installations retenant « *que les services de l'État ont effectué onze visites d'inspections* » et « *qu'aucun élément ne permettait à l'administration d'identifier ce bâtiment comme recelant une particulière dangerosité (...)*¹⁸¹¹ ». Bien que la responsabilité n'ait ici pas été engagée, on peut lire en négatif de cette décision qu'un usage insuffisant du pouvoir de contrôle octroyé est susceptible d'engager la responsabilité de l'administration en présence d'une faute lourde.

846. Le rapport de contrôle entre l'ARS et son cocontractant permet de maintenir un lien important au service de l'intérêt général. Le professionnel ayant intérêt à satisfaire ses engagements contractuels afin de bénéficier des contreparties prévues par ce dernier et l'administration s'obligeant à un contrôle régulier de l'action des cocontractants afin de satisfaire à l'intérêt général d'accès aux soins et de protection de la santé.

2. La prise en compte de l'évolution contractuelle dans la mise en œuvre du contrôle

847. Le contrat administratif est mouvant en ce qu'il est « *conçu comme un instrument de réalisation des objectifs de service public dont il convient d'assurer la continuité et l'adaptabilité*¹⁸¹² ». Cette possibilité s'inscrit dans la volonté d'un suivi de l'intérêt général par le contrat mis en œuvre pour l'atteindre. Didier Truchet retient en ce sens que « *si – et seulement si – l'intérêt général le justifie, la personne publique peut imposer par sa seule volonté, à son contractant des modifications des clauses du contrat*¹⁸¹³ ». Cette possibilité de modification unilatérale, bien qu'exorbitante vis-à-vis du droit des contrats civils se justifie par la nécessité d'une adaptation permanente dans un but de satisfaction de l'intérêt général.

848. Les besoins selon les territoires peuvent être amenés à se modifier avec le temps, le vieillissement de la population peut entraîner un besoin plus important en matière de suivi des

¹⁸¹¹ Conseil d'Etat, 17 décembre 2014, Ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie c/ M. D... et autres, n°367202, 367203

¹⁸¹² H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs*, op. cit., p. 329, R. Demogue, *Traité des obligations*, t. III, 1931, n°637 : « le contrat qui est une chose vivante ne peut être absolument rigide. Vivre c'est se transformer en restant dans une certaine direction générale »

¹⁸¹³ D. Truchet, *Droit administratif*, op. cit., 7^{ème} édition, p. 290

maladies chroniques, une démographie médicale insuffisante incite à contractualiser sur tout outil permettant l'amélioration de l'accès aux soins.

La contractualisation entre l'ARS et les offreurs libéraux constitue donc une donnée susceptible de différer entre les territoires, mais, qui peut aussi connaître des évolutions au sein d'un territoire à travers le temps. Si l'on reconnaît classiquement le caractère fluctuant de l'intérêt général¹⁸¹⁴, Benoît Plessix note à son égard que « *l'intérêt général est en effet le type même de catégorie juridique fatalement indéterminable et indéterminée : il est mobile et contingent ; il varie en fonction des circonstances de temps et de lieu ; il suit l'évolution des sensibilités, des mentalités et des mœurs ; il s'adapte aux mutations politiques sociales et économiques*¹⁸¹⁵ ». Cependant, en matière de santé, nous sommes en capacité de délimiter l'action que requiert l'intérêt général, celle-ci s'articulant autour de l'accès aux soins et plus largement de la protection de la santé des usagers du service public de santé de proximité. Ces valeurs sont d'ailleurs reprises de manière constante par les lois successives relatives à la santé avec la réussite toute relative que l'on connaît.

En matière de contractualisation entre les ARS et les professionnels en vue d'une meilleure structuration du territoire, l'intérêt général n'évolue pas, sauf à modifier les objectifs constitutionnels tels que la protection de la santé. De fait, ce n'est pas l'intérêt général qui peut potentiellement se muer, mais les moyens permettant de le satisfaire. Ce sont donc ces moyens qui doivent connaître une évolution permanente afin de le satisfaire en fonction des circonstances propres à chaque territoire. L'arrivée de nouvelles technologies et la mutation des modes d'exercices constituent des moyens propres à satisfaire l'intérêt général, mais n'en changent pas le sens.

849. Les contrats sont donc susceptibles d'évoluer au cours de leur exécution afin de répondre de manière plus efficace aux problématiques locales. Le contrôle de l'exécution doit donc nécessairement s'adapter à cette mutabilité des contrats, les moyens sont donc susceptibles d'évoluer, mais la finalité quant à elle reste similaire. Pour autant, et face aux revendications des médecins, notamment en ce qui concerne le caractère libéral de leur pratique, il est essentiel que le contrôle qui s'opère soit respectueux de l'indépendance de leur exercice, or, nous le verrons plus loin, le risque d'un glissement vers une maîtrise de l'activité et des dépenses de santé est un risque important du phénomène de contractualisation.

¹⁸¹⁴ G. Vedel, P. Devolvé, *Droit administratif, op. cit.*, 1992, T. 1, p. 517 : « Suivant les époques et les pays, le critère quantitatif et surtout le critère qualitatif s'appliquent différemment. Aussi la notion d'intérêt public n'est-elle pas invariable dans le temps et dans l'espace »

¹⁸¹⁵ B. Plessix, *Droit administratif général, op. cit.*, p. 560

850. Prenant acte de cette capacité d'évolution, le suivi de ces contrats doit s'opérer selon deux modalités principales au cours de la durée d'exécution du contrat.

La première modalité de suivi correspond à une évaluation annuelle ou intermédiaire des contrats conclus entre l'ARS et les professionnels libéraux. Le régime mis en œuvre concernant les CPOM des établissements de santé semble pouvoir trouver à s'appliquer de manière semblable ici. Il est prévu en ce sens la mise en œuvre d'un rapport annuel d'étape par l'ARS qui aboutit à un échange entre l'ARS et les établissements « *afin de mettre en place soit les actions correctrices nécessaires, soit les projets d'amélioration*¹⁸¹⁶ ». Ce rapport d'étape est donc essentiel pour faire un point sur l'avancée des réalisations entreprises par les cocontractants. Elle peut constituer une mesure de rétablissement ou d'avertissement face à un cocontractant qui commet une inexécution totale ou partielle du contrat, mais peut aussi permettre un approfondissement des engagements contractuels ou un ajustement du fait de difficultés rencontrées. En cas de manquement à l'obligation d'exécution de son cocontractant, l'administration peut avoir recours à différents types de sanctions qui peuvent être pécuniaires, coercitives ou résolutoires¹⁸¹⁷.

La seconde modalité est l'évaluation finale à l'issue de la durée du contrat. À cet égard, la durée de cinq ans¹⁸¹⁸, qui est d'ailleurs la durée maximale de conclusion des CPOM avec les établissements de santé semble cohérente pour laisser un temps d'adaptation et de réalisation suffisant vis-à-vis des objectifs fixés par les contrats. Cette évaluation finale doit tenir compte des évolutions contractuelles mises en œuvre au cours de l'exécution du contrat. Les objectifs du rapport final sont multiples. Il s'agit, d'une part, de juger de l'exécution des engagements contractuels par les parties et, d'autre part, de juger de l'efficacité du dispositif qui a fait l'objet de la contractualisation. Il ne faut pas perdre de vue que cette contractualisation se situe dans un cadre d'innovation organisationnelle et de rénovation de la pratique médicale dont les effets ne sont que théoriques tant qu'ils n'ont pas été expérimentés et qui méritent un temps parfois long avant d'en apercevoir un aspect favorable.

851. Au terme de la durée initialement prévue par le contrat deux modalités s'offrent aux cocontractants, la possibilité de contractualiser à nouveau dans une logique semblable ou différente ou l'extinction du contrat qui entraîne la « *désunion de la communauté d'intérêts qui existait pendant celui-ci et doit être conciliée avec la pérennité du service public*¹⁸¹⁹ ».

¹⁸¹⁶ Article D. 6114-8 du Code de la santé publique

¹⁸¹⁷ Sur le régime des différentes sanctions envisageables, F. Brenet, « Les contrats administratifs », in P. Gonod, F. Melleray, P. Yolka (Dir.), *Traité de droit administratif*, t. 2, Dalloz, Traité Dalloz, 2011, pp. 224 et s. ; H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs*, op. cit., p. 332 et s., L. Richer, F. Lichère, *Droit des contrats administratifs*, op. cit., p. 270 et s.

¹⁸¹⁸ Article L. 6114-1 du Code de la santé publique

¹⁸¹⁹ H. Hoepffner, *Droit des contrats administratifs*, op. cit., p. 420

Il est à noter qu'au cours du contrat, l'administration est susceptible de mettre en œuvre son pouvoir de résiliation unilatérale¹⁸²⁰, ce même dans le silence du contrat¹⁸²¹. Cette résiliation peut prendre deux formes suivant qu'elle s'opère pour un motif d'intérêt général ou pour une faute du cocontractant on parle alors de sanction résolutoire. Le motif d'intérêt général peut notamment émaner de considérations liées à une réorganisation du service public¹⁸²² et connaît une compensation par l'obligation d'indemnisation de l'administration qui découle de ce type de résiliation¹⁸²³.

852. En vertu de la nature de la relation contractuelle entre l'ARS et les professionnels libéraux, et de l'intérêt général défendu à savoir l'égal accès aux soins des usagers du service public de santé de proximité ainsi que la protection de leur santé, le pouvoir de contrôle reconnu n'apparaît pas disproportionné. Néanmoins, ce contrôle doit logiquement s'opérer vis-à-vis des dispositions contractuelles vouées à satisfaire l'intérêt général, or, il apparaît un risque de glissement du contrôle envisagé comme un outil de contrôle financier ainsi que de l'activité des professionnels de santé ce qui peut être contre-productif vis-à-vis de l'intérêt de protection de la santé des citoyens.

B. Les dimensions du contrôle de l'ARS sur les dispositifs contractuels

853. Le contrôle effectué sur l'exécution des dispositifs contractuels doit s'effectuer dans les différentes dimensions suivies par l'intérêt général (1), mais il est important de veiller à ce qu'il ne dénature pas l'exercice libéral par un encadrement de l'activité médicale trop intrusif (2).

1. Un contrôle de la satisfaction de l'intérêt général via les procédés contractuels

854. Le contrôle opéré par l'administration des procédés contractuels constitue une étape importante en ce qu'il permet d'analyser la satisfaction à l'intérêt général. Gaston Jèze retenait d'ailleurs que c'est la nature de service public qui constitue le fondement de ce pouvoir de contrôle au sein des contrats administratifs¹⁸²⁴.

¹⁸²⁰ Conseil d'Etat, 17 mars 1864, Paul Dupont, D. 1864

¹⁸²¹ Conseil d'Etat, 2 mai 1958, Distillerie de Magnac-Laval, Rec. 246

¹⁸²² Conseil d'Etat, 11 juillet 1913, Compagnie des chemins de fer du Sud de la France, Rec. 854

¹⁸²³ L. Richer, F. Lichère, *Droit des contrats administratifs*, op. cit., p. 255

¹⁸²⁴ G. Jèze, *Les contrats administratifs*, Marcel Giard, Paris, 1927, p. 366

855. Le contrôle doit donc s'opérer fonction des dimensions et des indicateurs envisagés par les contrats afin d'en vérifier la bonne exécution. Pour permettre cette évaluation, les contrats contiennent des indicateurs permettant de mesurer les résultats obtenus¹⁸²⁵, les contrats doivent ainsi expliciter de manière claire et détaillée la méthode de calcul ou d'analyse de ces indicateurs ainsi que les valeurs à atteindre à l'issue du contrat.

Il est aisé d'imaginer les directions prises par ces indicateurs dans notre cas. En effet, les contrats envisagés visent au rétablissement d'un meilleur accès aux soins au niveau des territoires ainsi qu'à une meilleure protection de la santé qui passe nécessairement par une qualité des soins accrue.

856. La contractualisation en ce qu'elle peut présenter des caractères innovants ne sera pas toujours couronnée de succès, il est donc important de définir des indicateurs de moyens ainsi que de résultats. Différencier moyens et résultats est essentiel, si l'on peut reprocher à une structure le défaut quant aux moyens mis en œuvre, les résultats sont subjectifs et ne peuvent constituer le seul objet du contrôle. Si l'on prend l'exemple de la télémédecine, les indicateurs de moyens peuvent comporter l'obligation de se doter d'un système informatisé permettant la pratique, mais encore d'entrer en contact avec des professionnels susceptibles d'effectuer des consultations par ce biais. Ces indicateurs sont facilement vérifiables et s'avèrent objectifs. Le résultat escompté, notamment en ce qu'il facilitera l'accès aux soins reste quant à lui plus subjectif. Une idée théorique au premier abord intéressante ne trouvera pas forcément de résultat dans sa réalisation pratique et il s'agit de développer la capacité d'innovation des professionnels au service des usagers.

Le seul contrôle sur les résultats aurait pour conséquence une faible adhésion des professionnels de santé face aux risques et à la possibilité d'échec des démarches entreprises. Il faut que les efforts déployés par les professionnels soient justement récompensés, de la même manière que l'absence d'investissement doit être pénalisée.

857. L'ensemble des contrats conclus devraient ainsi nécessairement viser à ces deux objectifs d'accès aux soins et de qualité des soins qui sont des valeurs structurantes du service public de santé de proximité. Les contrôles et le suivi, doivent, *de facto* s'orienter vers l'évaluation de la satisfaction de ces valeurs. Malgré cette approche basée sur un contrôle visant à satisfaire l'intérêt général, il apparaît un risque important au travers le développement des outils de contractualisation entre l'ARS et les professionnels de santé relatif au contrôle de l'activité au travers une recherche excessive de maîtrise des dépenses de santé.

¹⁸²⁵ E. Fieschi-Bazin, *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale*, LEH édition, 2017, p. 95

2. La tentation de la maîtrise des dépenses de santé au travers le pilotage de l'activité des professionnels

858. En sus des domaines de contrôle voués à satisfaire l'intérêt général, la crainte qui peut émerger est celle d'un contrôle toujours plus important de l'activité médicale pour répondre à la nécessité de maîtrise des dépenses de santé¹⁸²⁶.

Il ne sera pas étonnant de voir poindre au sein de ces contrats des clauses relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses ou à l'amélioration des pratiques comme l'on trouve au sein des CPOM sanitaires¹⁸²⁷. Le récent rapport sur la réforme des modes de financement et de régulation note, à cet égard, la nécessité de « *maîtriser les dépenses de santé sans paupériser notre système de santé*¹⁸²⁸ ». Cette mission préconise notamment la mise en œuvre d'un paiement à la qualité et à la pertinence basé tant sur des « *résultats cliniques que des résultats rapportés par les patients*¹⁸²⁹ ».

859. Cette dimension du contrôle qui pourrait s'opérer sur la maîtrise des dépenses de santé sous couvert d'une plus grande qualité et homogénéité des soins peut limiter la marge de manœuvre des professionnels, créer des réticences pour les professionnels et, *de facto*, réduire les possibilités offertes pour les usagers. La limite entre ce qui relève du contrôle de la qualité des soins et de la simple logique financière est parfois ténue, mais les effets sur l'accès aux soins sont totalement opposés. Le Conseil d'État a notamment eu l'occasion de se prononcer sur l'atteinte à l'indépendance que pouvaient constituer les contrats d'amélioration des pratiques individuelles, il considère que « *si, par l'adhésion à ce contrat, laquelle est volontaire (...), le praticien s'engage à promouvoir des prescriptions moins onéreuses à l'efficacité comparable*¹⁸³⁰ » en contrepartie d'un financement, il ne saurait reconnaître une atteinte à la liberté de prescription¹⁸³¹.

860. La question d'un financement spécifique relatif à la pertinence et à la qualité des soins interroge. En effet, si la mission relative au financement du système de santé note l'existence « *d'actes inutiles, redondants, voire non pertinents*¹⁸³² », les médecins ne sont-ils pas tenus à limiter leurs

¹⁸²⁶ B. Apollis, « Vers une transformation financière du système de santé », art. cit., pp. 35-45

¹⁸²⁷ E. Fieschi-Bazin, *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale*, op. cit., pp. 38-39

¹⁸²⁸ Task Force « Réforme du financement du système de santé », *Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné*, Ministère des solidarités et de la santé, p. 3

¹⁸²⁹ *Ibidem*, p. 10

¹⁸³⁰ Conseil d'État, Sect., 7 avril 2011, CSMF et a., n°329069

¹⁸³¹ Article R. 4127-8 du Code de la santé publique : « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celle qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ».

¹⁸³² Task Force « Réforme du financement du système de santé », *Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné*, op. cit., p. 5

prescriptions aux actes et à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins¹⁸³³ ? On peut donc légitimement se poser la question de la pertinence, le mot fait ici écho, d'un tel système de rémunération ? Ce contrôle de l'activité médicale et de maîtrise des dépenses de santé qui ne dit pas son nom gagnerait à se muer en un accompagnement des professionnels par le biais de formations continues renforcées leur permettant de satisfaire à leur obligation de qualité et de pertinence des soins tout en constituant une véritable stimulation intellectuelle.

861. Le rapport du Sénateur Vanlerenberghe est particulièrement éclairant sur la vision actuellement retenue quant à l'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins. Ce rapport préconise de s'appuyer sur les sociétés savantes comme des relais de diffusion et de recommandation auprès des professionnels de santé dans une démarche de pédagogie, d'envisager l'élaboration de référentiels de pratique dans le cadre conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ou encore de développer des outils numériques d'aides à la décision¹⁸³⁴. On ressent, à cette lecture le souhait d'un cadrage important de la décision médicale. Hervé Rihal évoquant les CPOM conclus avec les établissements médico-sociaux notait le risque lié à la technocratisation de ces contrats qui pourraient devenir un jour des « *Conventions de Pilotage et d'Organisation du Management* »¹⁸³⁵ ».

862. Pour autant, il est nécessaire de nuancer ce propos dans la mesure où les médecins « *ne reçoivent pas en tant que telles des instructions ou des directives sur leur manière de travailler, mais de simples conseils pour rapprocher leur pratique des normes conventionnelles* »¹⁸³⁶. De plus, ces dispositifs restent pour l'heure soumis à l'adhésion du professionnel qui peut, s'il le souhaite rester totalement libre dans sa pratique.

863. L'objectif de la contractualisation et du contrôle ne doivent donc pas être dévoyés par la pratique pour devenir un mécanisme de contrôle financier de la pratique médicale. Un tel contrôle financier dénué d'action sur la qualité ou la pertinence des soins apparaît comme contraire à l'intérêt des usagers du service public de santé de proximité.

¹⁸³³ Article R. 4127-8 du Code de la santé publique

¹⁸³⁴ J.-M. Vanlerenberghe, *Rapport d'information sur la pertinence des soins*, Rapport du Sénat, n°668, 2017, p. 5

¹⁸³⁵ H. Rihal, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°1, pp. 27-33

¹⁸³⁶ R. Marié, « Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux », art. cit., pp. 615-622



864. Les procédés contractuels apparaissent comme la principale solution à favoriser, pour tenter de répondre aux objectifs d'égal accès aux soins et plus largement de protection de la santé vers lesquels le service public de santé de proximité tend. Cette proposition a l'avantage de mêler de manière proactive les professionnels de santé à la régulation des territoires de proximité.

865. Jusqu'alors différents intervenants ont saisi, sans réellement se coordonner cette option contractuelle, mais les résultats restent décevants eu égard aux sommes investies. Avant toute chose, une évaluation des dispositifs incitatifs proposés par les différents acteurs s'avère une obligation. Ce travail permettra de construire le système contractuel de demain en se basant sur les dispositifs dont l'efficacité est probante.

866. L'édifice contractuel rénové doit se construire sur les bases de la stratégie définie par l'ANS tenant compte de la politique nationale définie par l'État. La définition de cette stratégie ne se fera pas sans l'aide des professionnels, et plus largement de l'ensemble des acteurs du système de santé qui doivent œuvrer à la mise en œuvre de ces dispositifs.

867. La stratégie définie par l'ANS fera l'objet d'une contractualisation par le biais de CPOM avec les ARS. Celle-ci permettra d'adapter le cadre d'action des ARS aux problématiques des territoires sanitaires qu'elles administrent. À cet égard, les marges de manœuvre laissées par ces contrats ainsi que les dotations financières afférentes seront autant de révélateurs de l'autonomie des ARS et de leur capacité à répondre aux problématiques de proximité.

868. L'ARS devient l'interlocuteur unique des professionnels de santé en matière de contractualisation. Son action doit passer par l'établissement d'un rapport de confiance avec les étudiants et professionnels de santé qui s'exprime par la mise en œuvre d'outils d'information rénovés tels que les portails d'accompagnement des professionnels de santé.

869. Concernant la contractualisation avec les offreurs, elle doit s'opérer suivant les directions prises par les CPOM entre l'ANS et les ARS tout en laissant une capacité expérimentale et une capacité de proposition aux offreurs libéraux. Il s'agit d'un travail en commun avec l'ARS au sein de cadres prédéfinis auquel doivent être associées les collectivités territoriales. Ces dernières sont

susceptibles d'apporter des éclairages du fait de leur capacité d'expertise territoriale, mais aussi de participer par une action synchrone dans leur champ de compétences.

870. Cette contractualisation au sein du service public de santé de proximité doit servir l'intérêt général, à cet effet, il est indispensable de développer un contrôle de l'exécution des dispositifs incitatifs mis en œuvre. Les outils développés visent à satisfaire l'intérêt général du service public de santé de proximité, ils veillent à développer l'accès aux soins par le biais d'une meilleure structuration des soins ou de nouvelles techniques ou modes d'organisation et participent encore à une démarche qualité autour de la pratique médicale. Malgré tout, il est important de veiller à ce que la contractualisation laisse une place importante à la liberté dans l'exercice médical et ne devienne pas un simple moyen de contrôle financier de l'activité médicale.

871. Les dispositifs contractuels visent à permettre l'accès aux soins égal et continu de l'ensemble des usagers au service public de santé de proximité. L'ampleur et la richesse de ces dispositifs laissent espérer une adhésion forte de la part des professionnels de santé. Cependant, faire peser la viabilité du système de santé et de l'intérêt général de la protection de la santé sur le volontarisme des professionnels serait une erreur. L'évolution de la démographie médicale, défavorable pour l'accès aux soins¹⁸³⁷, ainsi que la nécessité d'opérer une structuration des soins dans un but d'offrir une continuité dans les soins au service d'une protection de la santé de qualité amènent à envisager l'introduction de mesures de régulation actives concernant l'installation des médecins sur le territoire. C'est uniquement en combinant des mesures de régulation souples et volontaristes et certaines mesures de régulation active qu'un équilibre en matière de régulation de l'offre pourra survenir.

¹⁸³⁷ E. Doineau, T. Mesnier, S. Augros, *Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins*, Octobre 2018, 70 p.

Titre 2. Le pari d'une régulation active de la médecine libérale au sein du service public de santé de proximité

872. La rationalisation des outils contractuels constitue une piste intéressante en matière de régulation de la pratique et de l'installation des professionnels de santé en vue d'offrir un accès aux soins égal et continu sur le territoire. Toutefois, l'objectif alloué au service public de santé de proximité ne peut s'accommoder d'une action basée uniquement sur le volontariat et la coopération des acteurs du système de santé. Cette dernière est indispensable en ce qu'elle permet la participation des professionnels volontaires et valorise leur capacité d'innovation en faveur du service public de santé de proximité.

873. Pour cette raison, il est nécessaire de développer des mécanismes de régulation actifs au service de l'accès aux soins et d'une prise en charge de qualité des usagers. De manière schématique, la régulation de l'exercice de la médecine libérale est souvent présentée comme issue de dispositifs incitatifs, d'une collaboration entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé, ou d'une contrainte globale à l'installation qui résulterait de rapports houleux entre les professionnels et les pouvoirs publics. Dans cette vision, la régulation agit comme une régulation globale à l'installation des médecins ce qui relève d'une confrontation frontale avec les libertés médicales laquelle « *dresserait vent debout l'ensemble des médecins*¹⁸³⁸ ».

874. Il semble pourtant pouvoir se dessiner une troisième voie protectrice des intérêts des usagers du service public de santé et d'une conciliation avec les principes inhérents à la médecine libérale. L'adhésion d'une grande partie des professionnels de santé est indispensable au développement du service public de santé de proximité.

875. Une telle régulation active apparaît comme légitime au sein du service public de santé de proximité censé garantir un accès aux soins égal et continu sur l'ensemble du territoire (Chapitre 1), dont la mise en œuvre relève de moyens de régulation innovants permettant de concilier les intérêts en présence (Chapitre 2).

¹⁸³⁸ G. Abitbol, « Médecine libérale : le prix », *Commentaire*, 2012/3, n°139, pp. 815-822

Chapitre 1. La légitime régulation active de l'exercice libéral au sein du service public de santé de proximité

« Les principes d'exercice de la médecine sont devenus des principes juridiques. Leur solidité y a-t-elle beaucoup gagné ? Sûrement pas, et ce n'est pas le moindre paradoxe de leur histoire : leur autorité juridique, certes élevée, mais nuancée, ne leur épargne pas des atteintes profondes qui suggèrent que cette autorité est très relative¹⁸³⁹ ».

876. Les principes inhérents à la médecine libérale s'inscrivent dans un discours historiquement fondé sur le respect d'un « ensemble de libertés accordées, tant au patient qu'au médecin, censées offrir le plus large choix possible aux uns et aux autres¹⁸⁴⁰ ». Le code de la sécurité sociale prévoit que les libertés médicales sont établies « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique¹⁸⁴¹ ». Si certaines de ces libertés apparaissent protectrices des intérêts du médecin comme la liberté d'installation, d'autres favorisent l'exercice de droits pour le patient qui conserve par exemple, la liberté du choix du praticien qu'il consulte. Cette deuxième liberté quand elle trouve à s'appliquer est même vectrice d'une concurrence positive entre les praticiens qui doivent chercher à augmenter la qualité de leurs soins pour que les patients les choisissent.

877. Malheureusement, nombreux sont les territoires où la question du choix du praticien ne se pose plus depuis longtemps ce qui entraîne une rupture d'égalité en matière d'accès aux soins. Les libertés médicales, vivement défendues par les professionnels de santé arguant de véritables droits pour les patients perdent alors leur sens pour se muer en défense d'un intérêt corporatiste.

878. Les solutions adoptées jusqu'alors nous l'avons vu sont essentiellement incitatives et par ailleurs inorganisées et vaines ce qui n'est pas sans surprendre face à l'enjeu de protection de la santé et d'égal accès aux soins. Agnès Buzyn confessait d'ailleurs lors d'une audition devant l'Assemblée nationale au sujet de l'évaluation des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale que le développement exclusif des mesures incitatives constitue un « mauvais calcul¹⁸⁴² », sans pour autant en tirer les conséquences de cet échec.

¹⁸³⁹ D. Truchet, « L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine », art. cit., p. 49

¹⁸⁴⁰ A.-C. Hardy, « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », art. cit., pp. 631-638

¹⁸⁴¹ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁸⁴² Audition de la ministre des solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, Mardi 26 juin 2018, Assemblée nationale : « Jusqu'à présent, les différentes politiques menées étaient quasi exclusivement axées sur l'incitation à l'installation, au moyen de bonus pour ceux qui s'installaient en zone rurale, ou de bourses aux étudiants qui acceptaient d'exercer en zones sous dotées, bref, des mesures relevant uniquement de l'aide financière. C'était un mauvais calcul. Non que ce ne soit pas utile, dans certains cas du moins, mais cela a également créé beaucoup d'effets d'aubaine, en attirant

879. Les propositions de rationalisation énoncées dans le chapitre précédent ne trouveront un écho favorable que si elles sont actionnées de manière cohérente avec des mécanismes de régulation actifs. Le changement de paradigme qui survient face à l'insatisfaction de l'accès aux soins des usagers sur l'ensemble du territoire amène à raisonner sur l'opportunité et la légitimité à développer des outils de régulation actifs vis-à-vis des médecins libéraux.

880. Ce chapitre sera l'occasion de voir que le principe d'une régulation active de l'installation en matière d'exercice libéral se justifie par l'intérêt général défendu au sein du service public de santé de proximité (Section 1), par ailleurs, un éclairage de droit comparé ainsi qu'auprès des autres professions de santé permettra de voir si l'introduction d'une part de régulation active n'apparaît comme une chimère destructrice qu'auprès des médecins français (Section 2).

Section 1. L'appartenance au service public de santé de proximité comme justification d'une régulation active

881. Les constats liés à un accroissement des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins se multiplient depuis près de 20 ans. La commission démographie médicale notait déjà en 2005 « *des risques sérieux pour demain*¹⁸⁴³ » en matière d'accès aux soins bien « *que les difficultés d'accessibilité aux soins primaires ne concernent pas une frange très importante de la population*¹⁸⁴⁴ ».

882. De nombreuses causes sont évoquées pour justifier la diminution de l'accès aux soins : réduction inconsidérée du *numerus clausus*, féminisation et vieillissement de la profession, souhait d'un équilibre plus grand entre vie professionnelle et personnelle¹⁸⁴⁵... Si ces moyens sont arithmétiquement justes en ce qu'ils constituent autant d'éléments susceptibles de réduire le temps de travail pour un nombre de professionnels égal. Ils cachent mal le fait qu'une majorité des désordres en matière d'inégalités dans l'accès aux soins résulte d'une mauvaise répartition des médecins sur le territoire plutôt que d'un problème lié au nombre total de médecins en exercice¹⁸⁴⁶.

notamment des médecins étrangers, qui venaient s'installer pour un ou deux ans dans un territoire puis repartaient, empêchant toute fidélisation des patients (...)

¹⁸⁴³ Y. Berland, *Commission démographie médicale*, avril 2005, p. 16

¹⁸⁴⁴ *Ibidem*, p. 12

¹⁸⁴⁵ F.-X. Schweyer, « Démographie de la médecine générale », in G. Bloy, F.-X. Schweyer, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Coll. Métiers Santé Social, 2010, pp. 41 à 54

¹⁸⁴⁶ A. Laude, « La médecine libérale : quel avenir ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, pp. 5-6 : « Le défi de la démographie médicale est tout d'abord prégnant. Certes l'on n'a jamais eu autant de médecins en France, mais il y a

883. Pour preuve, le numerus clausus a été relevé passant d'environ 3500 places en 1998 à plus de 8000 en 2015¹⁸⁴⁷, sans que des effets se ressentent sur l'évolution de la démographie médicale dans les zones les plus en difficulté. La mesure portée par Agnès Buzyn et Emmanuel Macron visant à supprimer le numerus clausus adoptée par la récente loi de santé¹⁸⁴⁸, ne constitue pas une solution pérenne, cette décision ne permettra pas de contrer la double désaffectation de la médecine générale et des territoires où l'accès aux soins est déficitaire.

884. Les médecins libéraux, en tant que professionnels de santé participent au service public de santé de proximité. Il apparaît donc intéressant de voir en quoi l'intérêt général poursuivi par ce service public peut justifier le recours à des mesures telles qu'une régulation active (Paragraphe 2), auparavant il est essentiel de définir la notion de régulation active au regard des principes inhérents à la médecine libérale (Paragraphe 1).

Paragraphe 1. La conciliation entre régulation active et exercice libéral de la médecine

885. Les médecins libéraux ont à cœur de défendre les principes déontologiques fondamentaux¹⁸⁴⁹ inhérents à la médecine libérale. Les idées véhiculées notamment par les syndicats médicaux autour des réformes successives montrent l'importance des mots, des concepts et de l'explication qui en est faite. La lutte contre le tiers payant a ainsi été érigée au rang de symbole, là où il aurait été intéressant de voir une « *modalité pratique d'exercice de la médecine qui comporte des avantages et des inconvénients*¹⁸⁵⁰ ».

886. Dans le même sens, une consultation menée par le syndicat des médecins libéraux à l'occasion du grand débat national a montré qu'une part importante de la profession craint à un

une grande disparité dans leur lieu d'installation qui remet en cause dans certaines régions le principe de l'accès aux soins »

¹⁸⁴⁷ DREES, *Portrait des professionnels de santé*, Edition 2016, p. 85

¹⁸⁴⁸ Article 1^{er} de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019, Texte n°3

¹⁸⁴⁹ Selon la lettre de l'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁸⁵⁰ M. Denantes, « Le tiers payant en médecine générale. Journal d'une généraliste d'un quartier populaire de Paris », *Les tribunes de la santé*, 2015/3, n°48, pp. 57-72

glissement vers le salariat ainsi qu'une perte d'indépendance et d'humanité du fait des contraintes imposées par les lois successives¹⁸⁵¹.

Il est ainsi indispensable de définir le concept de régulation active (A) avant de montrer qu'il est soluble avec les principes de l'exercice libéral de la médecine (B).

A. La définition du concept de régulation active

887. Les débats sur l'évolution du système de santé sont toujours tourmentés entre une volonté politique, qui cherche à concilier les intérêts des usagers et la maîtrise des dépenses de santé et la volonté des professionnels de santé de défendre les intérêts de leur profession.

Il est donc essentiel de définir la régulation active au sein du service de santé de proximité, l'exercice délicat nous pousse à raisonner à analyser dans un premier temps ce que n'est pas une telle régulation (1), pour en donner par la suite une définition et une description conforme à la volonté de structuration sanitaire du service public de santé de proximité (2).

1. Un négatif de la définition de régulation active

888. Quand il s'agit d'évoquer une régulation de l'activité médicale, sont évoqués les risques d'une « *nationalisation* », ou encore d'une « *fonctionnarisation* », voire même d'une « *soviétisation* » du système de santé¹⁸⁵². Ce dernier qualificatif démontre la capacité d'hyperbole des syndicats médicaux et il est essentiel de déminer le champ qui entoure la question de la régulation.

Tout d'abord, réguler activement ne signifie pas nationaliser, ni fonctionnariser ou salarier l'ensemble des médecins libéraux. Ces termes, employés à outrance peuvent surprendre, mais sont utilisés à mauvais escient par les syndicats médicaux. La défense de la médecine libérale ne se base plus sur la distinction entre public et privé, mais sur la conservation d'une indépendance dans l'exercice vis-à-vis du pouvoir. L'illustration qui sera faite, plus en avant, par les systèmes de régulation étrangers et notamment le système anglais et suédois permettra de prendre la mesure d'un système de santé à la régulation étatisée¹⁸⁵³.

¹⁸⁵¹ Syndicat des médecins libéraux, *Grand débat national. Restitution de la consultation des médecins libéraux par le SML*, 2019, p. 5

¹⁸⁵² M. Steffen, « Les médecins et l'Etat en France », *Politiques et management public*, 1987, pp. 19-39

¹⁸⁵³ *Infra*, 991 et s.

889. Il est essentiel de rappeler qu'il n'est pas indispensable d'être un acteur public pour prendre part à la réalisation d'un service public¹⁸⁵⁴. De fait, la participation des médecins au service public de santé de proximité ne s'inscrit pas comme un assujettissement à une quelconque autorité qui briderait leur indépendance du moins, ni plus ni moins que l'encadrement de l'exercice qui est celui réalisé aujourd'hui par les conventions médicales. La puissance publique s'avère jusqu'alors protectrice de la médecine en ce qu'elle « *organise la formation des médecins (...), protège le monopole d'exercice, rend solvable le marché de la médecine libérale par un conventionnement non sélectif des praticiens*¹⁸⁵⁵ ». Il n'est pas incompatible de conserver un statut privé libéral tout en étant un acteur du service public de santé de proximité, c'est dans le cadre de ce service public que certaines régulations pourront s'imposer.

890. Il n'est pas question de salarier les médecins par le biais d'une telle régulation, c'est-à-dire de les soumettre à un rapport hiérarchique vis-à-vis des pouvoirs publics, du moins de manière automatique et contrainte. Certes, des postes de médecins généralistes salariés à exercice mixte seront créés dans les années qui viennent, mais il est essentiel de rappeler qu'ils le seront dans des zones prioritaires et que ces derniers sont basés sur la volonté du praticien et non sur une quelconque contrainte¹⁸⁵⁶. Le salariat ne peut constituer la base du paysage sanitaire des médecins généralistes de premier recours, mais plutôt une solution ponctuelle répondant à une urgence sanitaire.

Il est d'ailleurs symptomatique de constater qu'une part importante des diplômés de médecine générale sont captés, à l'issue de leur cursus dans l'exercice salarié, dont les conditions en termes de statut et de rémunération sont bien moins avantageuses qu'un exercice libéral de proximité¹⁸⁵⁷. Cette captation rapide vers un exercice salarié, bien souvent au sein d'établissements hospitaliers constitue un paradoxe face aux attaques multipliées des syndicats médicaux face à ce type d'exercice, et aux craintes répétées de nationalisation, et plus généralement de tout contrôle de l'activité médicale.

¹⁸⁵⁴ B. Plessix, *Droit administratif général, op. cit.*, p. 569 : « (...) ce qui ne signifie pas pour autant que l'Etat doive exploiter lui-même tous les services publics, leur exploitation – déconnectée de leur maîtrise juridique – pouvant légitimement être confiée à des partenaires privés »

¹⁸⁵⁵ G. Bloy, « Comment peut-on devenir médecin généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue Française des affaires sociales*, 2011/2-3, pp. 9-28

¹⁸⁵⁶ Instruction n°DGOS/DIR.2019/27 du 6 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »

¹⁸⁵⁷ G. Bloy, « Comment peut-on devenir médecin généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », art. cit., pp. 9-28, l'étude réalisée auprès de 51 diplômés de médecine générale met en avant des résultats surprenants : 11 se sont installés en tant que médecin généraliste, 3 en tant que quasi-spécialistes (nutrition, hypnose...), 6 en tant que remplaçant, 2 en tant qu'urgentiste de ville, 7 urgentistes hospitaliers, 4 gériatres, 2 psychiatres, 7 en autres postes hospitaliers, 7 comme salariés non hospitaliers

891. La régulation active n'est pas non plus une coercition ni une contrainte, sans s'avancer sur les modes de régulation qui seront proposés plus en avant, il est indispensable de rappeler que la voie d'une contrainte globale à l'installation n'est pas envisageable. Il ne s'agit pas d'exercer une coercition qui apparaîtrait, à juste titre comme une punition auprès des professionnels de santé. Si une telle solution contraignante pouvait apparaître comme la solution à l'ensemble des maux du système de santé en matière de maillage territorial, les expériences étrangères, nous le verrons, amènent à refuser un tel mode de répartition des médecins.

Une contrainte à l'installation trop lourde pourrait avoir pour conséquence une fracture encore plus importante, entre les professionnels de santé et les pouvoirs publics. L'accès aux soins serait encore plus dégradé. Antoine Leca note que « *dans un pays comme la France où les médecins libéraux se sentent sur la défensive depuis près d'un siècle, où les syndicats évoquent l'étatisation comme un repoussoir et où l'opinion est incontestablement attachée au confort que procure le pluralisme médical et l'attractivité indéniable des cabinets privés, il semble que la raison invite à adopter une voie médiane*¹⁸⁵⁸ ».

892. La régulation active ne s'inscrit dans aucun de systèmes qui prônent le contrôle global de l'activité médicale et une contrainte générale à l'installation. Elle s'inscrit comme une mesure de compromis dans l'atteinte aux intérêts des professionnels de santé en vue de satisfaire l'intérêt général de protection de la santé.

2. La description positive de la régulation active

893. Il s'agit ici de trouver un compromis entre l'exercice de la médecine libérale au sein du service public de santé de proximité qui permet d'obtenir un revenu majoritairement socialisé et la protection de la santé et l'accès aux soins des usagers dans un contexte d'urgence pour de nombreux territoires.

894. Jusqu'alors, en matière de médecine libérale, l'organisation territoriale de la profession était régie par le principe de liberté d'installation. De rares exceptions¹⁸⁵⁹ à ce principe existent, mais sont

¹⁸⁵⁸ A. Leca, « La médecine libérale : quelle réalité juridique ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 91-102

¹⁸⁵⁹ Par exemple, R. 4127-90 du Code de la santé publique : « un médecin ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un confrère de même discipline sans l'accord de celui-ci ou sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre (...) », on peut encore citer R. 4127-86 du Code de la santé publique : « un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé et avec les médecins, qui, le cas échéant, exercent en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit

constituées « *en liaison avec l'idée de défense de la dignité de la profession ou de maintien de relations de bonne confraternité*¹⁸⁶⁰ » et non dans l'optique de permettre un meilleur accès aux soins. C'est le cas par exemple du professionnel qui cède son cabinet, ce dernier peut conclure une clause de non-réinstallation dans un certain périmètre, qui si elle est violée peut entraîner la fermeture du cabinet concerné¹⁸⁶¹.

895. La démographie médicale actuelle est donc le fruit de l'auto-organisation des professionnels libéraux sur le territoire avec les résultats que l'on a déjà longuement décrits sur la démographie médicale des zones rurales et périurbaines¹⁸⁶².

Réguler activement signifie aller au-delà de cette capacité d'auto-organisation, on peut d'ailleurs noter qu'un certain nombre de principes de la médecine libérale ont déjà été modulés par la nécessité de garantir un égal accès aux soins. C'est dans cette optique que, « *le développement de l'assurance maladie publique et de la socialisation des dépenses a conduit à remettre rapidement en cause la liberté de fixation des prix dans le cadre général (...), il s'agit aujourd'hui de « prix administrés », autrement dit de tarifs*¹⁸⁶³ ». La fixation des prix, si elle n'est aujourd'hui plus libre sauf à exercer hors convention¹⁸⁶⁴ est le fruit d'une négociation entre les partenaires conventionnels. Cette fixation conventionnelle des tarifs constitue un aménagement du principe d'entente directe justifié par la nécessité de contrôler les dépenses de santé dans un système rendu solvable par l'assurance maladie.

L'introduction du dispositif du médecin traitant constitue un autre dispositif de régulation qui peut, dans une certaine mesure remettre en cause le principe de la liberté de choix du patient¹⁸⁶⁵, dans un but de maîtrise des dépenses de santé. L'introduction de pénalités pour les patients qui ne s'inscrivent pas dans le parcours de soins classique constitue une modulation de la liberté de choix du médecin par le patient¹⁸⁶⁶.

Ces deux exemples montrent une prise en main des pouvoirs publics qui permet d'aller au-delà de l'autorégulation jusqu'alors à l'œuvre. C'est donc l'intervention des pouvoirs publics dans un but d'intérêt général qui fonde le caractère actif de la régulation.

être notifié au Conseil départemental. A défaut d'accord, entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre »

¹⁸⁶⁰ J.-M. De Forges, *Le droit de la santé*, puf, coll. Que sais-je ?, 2012, p. 38

¹⁸⁶¹ Cassation Civ. 2^{ème}, 27 juin 1979, n°7813012

¹⁸⁶² P. Vigier, *Rapport visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire*, Rapport de l'assemblée nationale, 16 novembre 2016, n°4223, p. 8

¹⁸⁶³ T. Barnay, Laurence Hartmann, P. Ulmann, « Réforme du médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2007/1, pp. 109-126

¹⁸⁶⁴ Bien que hors convention l'article R. 4127-53 du Code de la santé publique prévoit que les « honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure (...) »

¹⁸⁶⁵ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁸⁶⁶ P.-L. Bras, « Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique », *Droit social*, 2006, n°1, pp. 59-72

896. Elle est active, en ce qu'elle vise à atteindre l'objectif d'égal accès aux soins tout en préservant, les libertés médicales. La régulation active constitue donc une mesure de modulation des libertés médicales, en concertation avec les professionnels de santé dans le but d'atteindre un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

897. Cette mesure de régulation se base sur la participation de l'ARS, ainsi que celle des professionnels de santé, elle doit donc être issue d'une concertation et ne peut constituer qu'une modulation des libertés médicales. Il s'agit de faire porter un rôle actif tant aux professionnels de santé qu'aux institutions. Il est essentiel d'associer les professionnels et surtout les plus jeunes à la démarche tant l'évolution du métier de médecin libéral est prégnante. En effet, « *les médecins d'aujourd'hui ne trouvent pas indécent de se penser destinataire d'une mission de service public*¹⁸⁶⁷ », on peut donc, à juste titre imaginer qu'une régulation, si elle est justement pensée et négociée a toutes les chances de connaître un succès auprès des professionnels de santé.

Une régulation qui aurait tendance à s'apparenter à une sanction globale envers le corps médical aura un effet délétère en ce qu'elle pourrait amener de nombreux jeunes professionnels à se tourner vers un exercice salarié dans lequel nombre de ces derniers voient « *plus de protections que de contraintes*¹⁸⁶⁸ ». Il s'agit donc que les mesures de régulation apparaissent comme protectrices de l'intérêt général et non pas opposées à l'exercice libéral et ses fondements.

898. La régulation active, sans tendre vers la contrainte cherche à éviter l'écueil d'une fuite de la médecine libérale vers la médecine salariée ce qui permet de conserver des durées de travail hebdomadaires plus importantes et, par conséquent, une prise en charge de patients plus importante. Elle constitue donc un intermédiaire indispensable entre l'autorégulation promue par les mesures incitatives et une régulation totale que l'on pourrait nommer contraignante qui se caractériserait par une disparition de la liberté d'installation.

Elle doit se bâtir autour de deux piliers que sont la négociation et la modulation de certaines libertés médicales afin de « *concilier indépendance et réglementation*¹⁸⁶⁹ ».

¹⁸⁶⁷ A.-C. Hardy, « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 631-638

¹⁸⁶⁸ *Ibidem*

¹⁸⁶⁹ D. Tabuteau, « Pouvoirs publics et professions de santé », art. cit., pp. 103-121

899. Ce système de régulation active n'est pas contraire aux intérêts de la médecine libérale et en étant un brin provocateur on peut annoncer que cette régulation répond aux objectifs fondateurs de la liberté médicale.

B. La régulation active : une garantie aux objectifs de la médecine libérale

900. L'introduction d'une régulation active constitue une vision moderne des libertés médicales inscrites dans un environnement d'évolution de la sécurité sociale et de difficultés d'accès aux soins qui s'accroissent. La régulation active constitue une évolution des libertés médicales en matière de prise en compte de l'intérêt des patients (1) et de la profession médicale dans la protection de son exercice (2).

1. La régulation active, une revalorisation des droits des usagers issus des libertés médicales

901. Les libertés médicales, sont issues d'une crainte historique des médecins libéraux de voir se développer une médecine de caisse¹⁸⁷⁰ ainsi que de la lutte contre le charlatanisme en ce qu'il constitue un risque de concurrence déloyale pour les professionnels libéraux¹⁸⁷¹. Par suite, l'assurance maladie s'étant étendue jusqu'à l'universalité de la couverture et le monopole médical ayant été sacralisé il a fallu justifier l'existence des libertés médicales par d'autres objectifs.

902. La médecine de ville a connu « *un développement spectaculaire, grâce à la socialisation de son financement*¹⁸⁷² », tout en restant à « *distance respectable de l'Etat*¹⁸⁷³ ». Pour conserver son statut libéral malgré ces modifications elle a dû mettre en avant le caractère indépendant de sa profession comme garante de la protection de la santé des usagers. C'est par ce jeu que la reconnaissance législative des principes de la médecine libérale fut introduite comme mesure œuvrant « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique*¹⁸⁷⁴ ». La lecture du texte tel qu'il résulte, à ce jour du code de la sécurité sociale, fait de l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique l'alpha et l'oméga à atteindre

¹⁸⁷⁰ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *Histoire du droit de la santé, op. cit.*, p. 242, à propos de la médecine de caisse, les auteurs notent que « cette expression susceptible de recouvrir des réalités variées désigne un système dans le cadre duquel les soins médicaux sont rémunérés directement par les caisses (au lieu d'être remboursés aux assurés) et où les médecins sont les préposés des caisses »

¹⁸⁷¹ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », art. cit., p. 383-392

¹⁸⁷² D. Tabuteau, « Santé et politique en France », art. cit., pp. 6-15

¹⁸⁷³ *Ibidem*

¹⁸⁷⁴ Article 1^{er} 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

permis par la mise en œuvre des libertés médicales¹⁸⁷⁵. Les libertés médicales sont ainsi l'outil qui permet de satisfaire l'intérêt des patients et de la santé publique.

903. L'introduction législative des libertés médicales s'est justifiée par une action en faveur de l'intérêt des patients et de la santé publique. Les libertés médicales font, donc, naître un véritable droit des patients à voir leur intérêt protégé. Cet intérêt n'implique-t-il pas la nécessité d'un accès aux soins, et, plus encore d'une liberté de choix du praticien, qui ne peut être effective que si le territoire est pourvu en professionnels de santé. Pour réutiliser l'expression de Didier Tabuteau, cette situation « *devrait en particulier conduire à remettre sur le métier certains principes organisant l'exercice de la médecine*¹⁸⁷⁶ », et ce, au service de l'intérêt des usagers et de la santé publique.

La pratique de l'exercice libéral a ça de particulier qu'elle doit combiner habilement « *l'altruisme et le sens de l'intérêt personnel*¹⁸⁷⁷ », cette conciliation entre ces deux pôles au premier abord non miscibles est pourtant indispensable dans l'intérêt des patients. Pencher trop fortement dans le sens de l'altruisme pourrait démotiver certains professionnels dont les avantages seraient alors trop faibles par rapport aux contraintes rencontrées pour un exercice libéral. À l'opposé, laisser la médecine libérale se développer sans aucune régulation sur le simple intérêt personnel des praticiens peut s'avérer dangereux pour l'intérêt des patients.

904. La régulation active intervient ainsi dans ce champ, entre d'une part, le laisser-faire et, d'autre part, une régulation contraignante. Une telle action vise à l'adhésion des professionnels dans la modulation de leurs libertés médicales de manière à satisfaire l'intérêt des patients notamment en ce qui concerne la liberté de choix du médecin par le patient reconnu comme principe général du droit par le Conseil d'État¹⁸⁷⁸, ou de manière plus primaire, la possibilité d'avoir recours à un professionnel dans certains territoires.

905. Les libertés médicales apparaissent donc conditionnées par la satisfaction de l'intérêt des patients et de la santé publique. Au-delà de cet intérêt, il est encore essentiel de voir que l'introduction d'une régulation active de l'exercice médical libéral permet d'envisager une protection accrue du monopole médical.

¹⁸⁷⁵ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale : « 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 (...) »

¹⁸⁷⁶ D. Tabuteau, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », art. cit., p. 383-392

¹⁸⁷⁷ J. Bichot, « Quel avenir pour la médecine libérale ? », art. cit., pp. 1283-1288

¹⁸⁷⁸ Conseil d'Etat, 18 février 1998, 171851, Section locale du pacifique sud de l'ordre des médecins

2. La régulation active comme mesure de protection des intérêts de la profession médicale

906. Le monopole médical s'est constitué au travers le temps¹⁸⁷⁹, il est conditionné notamment par l'obtention d'un diplôme, d'une condition de nationalité et d'une inscription au tableau de l'ordre des médecins¹⁸⁸⁰. Ce monopole « *constitue par nature une restriction d'exercice des autres professions de santé. Mais il existe pour satisfaire un intérêt supérieur : la protection du patient*¹⁸⁸¹ » et légitime l'atteinte à l'intégrité corporelle qui peut être consentie¹⁸⁸². En ce sens, le monopole médical permet à tout médecin de « *pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement (...)*¹⁸⁸³ ».

Par son intermédiaire, les médecins sont donc placés dans une situation monopolistique quant à leur exercice vis-à-vis notamment d'autres professions de santé, ou encore des auxiliaires médicaux notamment des infirmiers¹⁸⁸⁴. Toutefois, les frontières entre exercices ne sont pas toujours très clairement définies et « *de plus en plus de professionnels se sont vu accorder des compétences voisines à celles des médecins*¹⁸⁸⁵ », c'est notamment le cas en matière de prescription qu'ils partagent avec d'autres professionnels de santé.

907. Face au défi offert par la crise de la démographie médicale, les pouvoirs publics n'ont eu de cesse que de développer de nouvelles activités ou à organiser des transferts de compétences¹⁸⁸⁶, or cette interpénétration de compétences s'avère porteuse de concurrence et de conflits¹⁸⁸⁷ à l'encontre du monopole médical.

La loi HPST a ouvert la possibilité d'une délégation d'actes ou d'activités de soins, par le biais d'un protocole de coopération validé par l'ARS et la HAS¹⁸⁸⁸ ce qui constitue un exemple de nouvelle zone floue entre les exercices des différents professionnels de santé.

¹⁸⁷⁹ Pour un historique complet autour de la notion de monopole médical, A. Leca, *Droit de l'exercice médical en clientèle privée*, 4^{ème} édition, LEH édition, 2011, pp. 75 et s.

¹⁸⁸⁰ Article L. 4111-1 du Code de la santé publique

¹⁸⁸¹ G. Rousset, « Monopole médical », *Feuillets mobiles Litec Droit médical et hospitalier*, Fascicule 6, 20 avril 2014

¹⁸⁸² Article 16-3 du Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui (...) »

¹⁸⁸³ Article R. 4127-70 du Code de la santé publique

¹⁸⁸⁴ Article L. 4311-1 du Code de la santé publique

¹⁸⁸⁵ A. Laude, *Droit de la santé, op. cit.*, p. 403

¹⁸⁸⁶ HAS, *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, Recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS, Avril 2008, 61 p.

¹⁸⁸⁷ A. Laude, *Droit de la santé, op. cit.*, p. 404

¹⁸⁸⁸ Article 51 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

Un rapport sénatorial de 2014 évoquait, à propos des compétences des différents professionnels médicaux, « une hiérarchie rigide et inadaptée aux défis du système de santé¹⁸⁸⁹ ». On voit donc la volonté d'œuvrer vers un assouplissement du monopole médical capable de dépasser la « bipolarité entre les métiers médicaux et les métiers paramédicaux pour créer, à l'interface des uns et des autres, de nouvelles professions participant au maintien de l'offre de soins sur le territoire¹⁸⁹⁰ »

908. En persévérant dans une logique d'autorégulation néfaste pour la démographie médicale et d'opposition de principe vis-à-vis des pouvoirs publics, les médecins risquent de voir leur monopole progressivement émietté au profit des autres professions de santé. On peut par exemple noter l'apparition des postes d'assistants médicaux dont le but affiché est de favoriser l'accès aux soins en libérant du temps médical¹⁸⁹¹. Guillaume Rousset retient que dès la présentation de ces postes d'assistants médicaux, ont émergé des missions qui « tendent à se rapprocher progressivement du domaine du soin¹⁸⁹² ». Il sera intéressant de voir l'ampleur prise par les missions de ces assistants qui seront prioritairement introduits au sein des quartiers prioritaires ainsi qu'en zones sous denses¹⁸⁹³.

L'apparition du statut d'infirmier en pratique avancée répond aussi à cette logique d'émiettement du monopole du fait d'une démographie médicale fléchissante. Cet exercice est significatif de cette réorganisation, des frontières, parfois mouvantes entre les exercices et du risque de voir le monopole médical un peu plus entamé alors que les médecins ont œuvré depuis des décennies pour organiser un « véritable glacis juridique et professionnel¹⁸⁹⁴ » entre eux et les autres professions de santé.

Le creusement des inégalités territoriales d'accès aux soins pourrait bénéficier dans le futur à de nouvelles professions que l'on pourrait qualifier de « professions intermédiaires¹⁸⁹⁵ » dans le but d'une meilleure répartition du temps médical dans des secteurs qui connaissent des difficultés.

909. Un autre versant de la protection des intérêts de la profession médicale peut émaner par le recours à une régulation active de l'activité médicale, il s'agit des risques de concurrence induits par une surreprésentation médicale au sein de certains territoires. Ce risque aux vues des évolutions

¹⁸⁸⁹ C. Génisson, A. Milon, *Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé*, Rapport d'information du Sénat, 28 janvier 2014, n°318, p. 28

¹⁸⁹⁰ I. Poirot-Mazères, « Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux », art. cit., pp. 77-100

¹⁸⁹¹ Ministère des solidarités et de la santé, *Renforcer l'accès territorial aux soins*, Dossier de presse, 13 octobre 2017

¹⁸⁹² G. Rousset, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité », art. cit., pp. 5-14

¹⁸⁹³ R. Marié, « A la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », art. cit., pp. 74-84

¹⁸⁹⁴ D. Tabuteau, « Santé et politique en France », art. cit., pp. 6-15

¹⁸⁹⁵ C. Génisson, A. Milon, *Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé*, op. cit., p. 36

des densités en médecine générale ne semble pas être d'actualité, mais peut toutefois concerner différentes spécialités.

910. Opter pour une régulation active revient, pour les médecins à protéger leur profession et leur monopole lequel pourrait être impacté dans le futur, si des solutions en matière d'accès aux soins ne sont pas envisagées.

L'introduction d'un mécanisme de régulation active n'apparaît pas en contradiction avec l'existence d'un exercice libéral. Plus encore, il permet de remettre les idéaux de la médecine générale, à savoir la protection de l'intérêt du patient et de la santé publique au sein des considérations de cette dernière. Outre son aspect protecteur des libertés médicales dans ses différentes dimensions, la notion de régulation active doit s'apprécier comme mesure de modulation des libertés médicales justifiée par l'intérêt général.

Paragraphe 2. La régulation active : un aménagement des libertés médicales justifié par l'intérêt général

911. La liberté d'installation et plus largement l'ensemble des libertés médicales des médecins sont âprement protégées dès qu'elles sont approchées par les législations. Ce fut le cas, notamment pour l'instauration du tiers payant généralisé par la dernière loi de santé. Ce dernier a cristallisé pendant de nombreux mois les débats, « *la crainte de dépendre des pouvoirs publics a conduit à faire du paiement direct par le patient un « principe déonto-logique fondamental »* »¹⁸⁹⁶ ». Les libertés médicales sont le fruit d'une opposition forte souvent menée par les syndicats médicaux héritiers d'un « *syndicalisme de combat et de réaction* »¹⁸⁹⁷ qui entraîne le plus souvent à l'abandon des mesures envisagées¹⁸⁹⁸. L'absence de régulation notamment en matière d'installation telles que peuvent en connaître d'autres professions de santé comme nous le verrons dans la seconde section laisse à penser que cette liberté jouit d'un statut juridique particulier qui justifie l'absence d'atteinte.

Il convient d'analyser dans un premier temps la valeur juridique de la liberté d'installation (A), afin de juger de l'opportunité d'une régulation active des libertés médicales justifiée par l'intérêt général des usagers du service public de santé de proximité (B).

¹⁸⁹⁶ D. Tabuteau, « La santé publique en France, une histoire singulière », in P. Suesser, M.-C. Colombo, *Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel. Du soin individuel à la santé publique*, ERES, Coll. 1001 et +, 2015, pp. 17-44

¹⁸⁹⁷ P.-L. Bras, « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », *Les tribunes de la santé*, 2008/1, n°18, pp. 47-56

¹⁸⁹⁸ L'influence des syndicats médicaux a eu à s'exprimer à diverses reprises, la mesure emblématique en la matière est le retrait des gardes obligatoires vers un système de permanence des soins rémunérée basée sur le volontariat

A. Une tentative d'appréhension de la valeur juridique de la liberté d'installation

912. Appréhender la valeur des libertés médicales revient à analyser la lecture que le juge constitutionnel a pu faire de ces principes (1), avant de réaliser une analogie vis-à-vis de la liberté d'entreprendre et d'établissement sur lesquels le juge constitutionnel a eu maintes occasions de se prononcer (2).

1. L'absence de qualification constitutionnelle de la liberté d'installation

913. La liberté d'installation constitue un principe cardinal de l'exercice libéral, les tentatives d'introduire une régulation se multiplient au fur et à mesure que sont dénoncées les difficultés en matière de démographie médicale. Si les textes accordent à ce principe la valeur de principe déontologique fondamental¹⁸⁹⁹, on peut se poser la question de sa reconnaissance constitutionnelle par le Conseil Constitutionnel.

914. En raisonnant plus largement à l'échelle des libertés médicales¹⁹⁰⁰, une première décision du Conseil constitutionnel de 1978 a évincé la question de leur constitutionnalité estimant qu'il n'y avait « *pas lieu d'examiner si ces libertés constituent des principes fondamentaux ayant valeur constitutionnelle*¹⁹⁰¹ ».

La question s'est à nouveau posée en 1990 devant le Conseil Constitutionnel concernant la constitutionnalité du principe du libre choix du médecin par le malade et la liberté de prescription. Le Conseil constitutionnel écarte une nouvelle fois la question de la constitutionnalité des libertés médicales, « *considérant que l'article 17 de la loi ne méconnaît en rien les principes invoqués ; qu'au surplus, demeure en vigueur l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale qui se réfère à des principes déontologiques fondamentaux et notamment au libre choix du médecin par le malade et à la liberté de prescription ; Considérant, dans ces conditions, et sans même qu'il soit besoin de déterminer si les principes ont valeur constitutionnelle, que le moyen évoqué manque en fait*¹⁹⁰² ».

¹⁸⁹⁹ Article L. 162-2 du Code de la santé publique

¹⁹⁰⁰ L'ensemble de ces principes : libre choix du médecin par le malade, liberté de prescription, secret professionnel, paiement direct des honoraires, liberté d'installation sont défendus à échelle variable par les professionnels suivant qu'ils concernent leurs libertés ou l'intérêt des usagers

¹⁹⁰¹ Conseil Constitutionnel, Décision n°77-92 DC du 18 janvier 1978

¹⁹⁰² Conseil Constitutionnel, Décision n°89-269 DC du 22 janvier 1990

915. Au travers de ces deux décisions, l'on voit bien que le Conseil Constitutionnel se refuse à se prononcer sur la constitutionnalité des libertés médicales¹⁹⁰³, toutefois, la décision de 1990 rappelle le maintien de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale et notamment la formule de « *principes déontologiques fondamentaux* ». Ainsi, même en l'absence d'analyse formelle de la constitutionnalité des libertés médicales, il semble que le Conseil constitutionnel les cantonne au rang législatif, cette tendance semble se confirmer de manière plus explicite avec l'analyse de la loi de modernisation de notre système de santé par le Conseil constitutionnel.

916. Amené à se prononcer sur la généralisation du tiers payant, le Conseil constitutionnel semble avoir adopté une posture plus claire. Les auteurs de la saisine considéraient qu'en « *prévoyant une généralisation du tiers payant pour les soins de ville, l'article 83 remet en cause les principes de libre choix du médecin par le patient et de paiement direct des honoraires par le malade ; qu'il en résulterait une méconnaissance de la liberté d'entreprendre des médecins libéraux* »¹⁹⁰⁴.

Le Conseil constitutionnel avait donc à se prononcer sur la valeur des libertés médicales et notamment des principes de libre choix du médecin et de paiement direct, ainsi que sur une éventuelle atteinte à la liberté d'entreprendre des professionnels de santé libéraux. Après avoir validé le principe du tiers payant pour la partie des frais relatifs à l'assurance maladie, le Conseil note « *que les dispositions contestées, qui ont seulement pour objectif de fixer des modalités d'organisation du système de santé ainsi que les conditions selon lesquelles est assuré le paiement de la part de la rémunération des professionnels de santé exerçant en ville qui est prise en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, ne portent aucune atteinte à la liberté d'entreprendre des professionnels de santé* »¹⁹⁰⁵. Le Conseil estime ainsi qu'il n'y a pas d'atteinte à la liberté d'entreprendre des professionnels libéraux dans l'organisation du système de santé ainsi que dans les conditions de perception de la rémunération. Concernant la valeur du libre choix du médecin par le patient et le paiement direct des honoraires, le Conseil retient « *qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine de sa compétence, de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions ; qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur a introduit une dérogation partielle aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la*

¹⁹⁰³ J. Moreau, « Le droit à la santé », *AJDA*, 1998, n°HS, pp. 185-190

¹⁹⁰⁴ Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016, *Loi relative à la modernisation de notre système de santé* (Cons. 46)

¹⁹⁰⁵ *Ibidem* (Cons. 49)

*sécurité sociale*¹⁹⁰⁶ relatives au paiement direct des honoraires par le malade, lesquelles ne sont imposées par aucune exigence constitutionnelle¹⁹⁰⁷ ».

917. Pour le Conseil constitutionnel, la liberté médicale ne figure pas parmi les principes constitutionnellement garantis. Par voie de conséquence, la liberté d'installation qui figure parmi ces principes ne connaît pas de reconnaissance constitutionnelle.

Les libertés médicales ont eu l'occasion de passer le filtre du Conseil constitutionnel sans que ce dernier ne leur reconnaisse de valeur constitutionnelle. Néanmoins, face à l'absence d'analyse directe de la valeur de la liberté d'installation il nous apparaît intéressant de raisonner par analogie vis-à-vis de principes maniés régulièrement par le juge constitutionnel que sont la liberté d'entreprendre et la liberté d'établissement.

2. La relation entre liberté d'entreprendre et liberté d'installation

918. La liberté d'entreprendre procède de la DDHC qui dispose que « *la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui (...)*¹⁹⁰⁸ ». Bien que la jurisprudence sur cette question soit dense, le Conseil constitutionnel n'a jamais trouvé de définition comme le fait remarquer Marianne Moliner-Dubost¹⁹⁰⁹.

Malgré tout, on peut considérer que la liberté d'entreprendre implique la liberté de créer et d'exercer librement une activité économique dans le domaine de son choix, elle implique donc, par principe le « *libre accès aux professions et à la création d'entreprises*¹⁹¹⁰ ». Le juge constitutionnel a d'ailleurs élevé la liberté d'entreprendre comme principe à valeur constitutionnelle¹⁹¹¹, précisant que, cette liberté ne saurait être « *ni générale ni absolue*¹⁹¹² ».

¹⁹⁰⁶ L'article L162-2 du code de la sécurité sociale dispose que « 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 ».

¹⁹⁰⁷ Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016, *Loi relative à la modernisation de notre système de santé* (Cons. 50)

¹⁹⁰⁸ Article 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

¹⁹⁰⁹ M. Moliner-Dubost, « La liberté d'entreprendre – Brèves réflexions sur une « nébuleuse juridique », *Revue juridique de l'entreprise publique*, janvier 2004, n°605, chron. 100001

¹⁹¹⁰ G. Decocq, A. Ballot-Léna, *Droit commercial*, Dalloz, Hypercours, Septembre 2017, p. 142

¹⁹¹¹ Conseil constitutionnel, Décision n°81-132 DC du 16 janvier 1982, Nationalisation

¹⁹¹² Conseil constitutionnel, Décision n°82-141 DC du 27 juillet 1982, Loi sur la communication audiovisuelle

919. En ce sens, l'accès à certaines professions peut être assorti d'un régime d'autorisation ou d'accès spécifique¹⁹¹³. Cette possibilité a été mise en avant à l'égard des officines de pharmacie. Le Conseil constitutionnel a ainsi rappelé qu'en encadrant 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, il a « *poursuivi un objectif de santé publique*¹⁹¹⁴ » lequel peut justifier une atteinte à la liberté d'entreprendre.

920. On pourrait déduire du principe selon lequel « *la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce*¹⁹¹⁵ » que la liberté d'entreprendre ne s'applique pas à cette activité, toutefois, il convient de s'éloigner d'une lecture trop littérale pour comprendre en réalité que la liberté d'entreprendre concerne l'ensemble des activités privées lucratives. À cet égard, l'analyse de la constitutionnalité opérée par le Conseil sur le dispositif du tiers payant apparaît éclairante. Le Conseil a retenu que le dispositif « *ne porte aucune atteinte à la liberté d'entreprendre des professionnels de santé*¹⁹¹⁶ ». On peut donc déduire de ce considérant que la médecine libérale entre dans le champ des activités couvertes par le champ de la liberté d'entreprendre.

921. Des résurgences d'une telle liberté d'entreprendre pour les professionnels libéraux sont envisagées au sein du code de la sécurité sociale qui impose « *le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins*¹⁹¹⁷ ». La liberté d'exercice et l'indépendance trouvant à s'appliquer par le biais des libertés médicales et notamment la liberté d'installation.

922. L'étude de la jurisprudence du Conseil constitutionnel sur la liberté d'entreprendre permet d'apprécier les limites qui peuvent être apportées au principe. Le Conseil justifie de manière régulière les atteintes portées au principe de la liberté d'entreprendre par la formule suivante : « *considérant qu'il est loisible d'apporter à la liberté d'entreprendre, qui découle de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, des limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi (...)*¹⁹¹⁸ ».

¹⁹¹³ Conseil constitutionnel, Décision n°2016-551 du 6 juillet 2016, M. Eric B., concernant l'accès à la profession d'avocat

¹⁹¹⁴ Conseil constitutionnel, Décision 2013-364 QPC du 31 janvier 2014, Coopérative GIPHAR-SOGIPHAR et autre

¹⁹¹⁵ Article R. 4127-19 du Code de la santé publique

¹⁹¹⁶ Conseil constitutionnel, Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi de modernisation de notre système de santé, Cons. 49

¹⁹¹⁷ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁹¹⁸ Conseil constitutionnel, Décision n°2000-439 DC du 16 janvier 2001, Loi relative à l'archéologie préventive

923. Le Conseil d'État limite de la même manière la liberté d'entreprendre et a, par exemple, dans un arrêt de 2016 retenu que l'interdiction faite aux médecins de toute publicité ne méconnaît pas la liberté d'entreprendre¹⁹¹⁹ dans la mesure où cette mesure s'applique indistinctement à tous les praticiens sur le territoire national et poursuit un objectif d'intérêt général de bonne information des patients et, par suite, de protection de la santé publique.

Le Conseil constitutionnel opère une balance entre les intérêts en présence, n'accédant à une limitation de la liberté d'entreprendre qu'en cas d'atteinte non disproportionnée et justifiée par un l'intérêt général ou la protection d'une valeur constitutionnelle.

924. Or, il existe autour des professions médicales une véritable « *ambiance réglementée* » pour reprendre les mots de Xavier Bioy¹⁹²⁰. Les professionnels de santé font partie des professions réglementées fortement contraintes notamment concernant l'accès à la profession¹⁹²¹, ce qui se justifie aisément par la nécessité d'une protection des usagers du système de santé.

Ainsi, si le principe reste celui de la liberté d'entreprendre et du maintien de la liberté d'installation concernant l'exercice des professionnels libéraux, il n'est pas impossible d'introduire un système de régulation active de l'activité libérale fondé sur la nécessité de l'intérêt général.

B. Les objectifs d'intérêt général défendus au sein du service public de santé de proximité comme justification de l'atteinte aux libertés médicales

925. L'étude de la valeur légale des libertés médicales ainsi que l'analyse au regard de la jurisprudence sur la liberté d'entreprendre permet de retenir que « *les exigences constitutionnelles de protection de la santé, l'intérêt général qui s'attache à l'accès aux soins permettent au législateur d'apporter des aménagements à la liberté d'entreprendre*¹⁹²² ». La jurisprudence constante établit que l'atteinte à la liberté d'entreprendre ne peut s'avérer générale et absolue¹⁹²³, raison pour laquelle nous sommes amenés à réfléchir sur les dimensions que peuvent revêtir les atteintes en matière de médecine libérale (1), avant de voir si ces atteintes se révèlent proportionnées aux objectifs poursuivis (2)

¹⁹¹⁹ Conseil d'Etat, 4 mai 2016, n°383548

¹⁹²⁰ X. Bioy, « Accès aux services de santé et libertés économiques », *Constitutions*, 2014, p. 87-94

¹⁹²¹ Sur les conditions d'accès à la profession médicale, article L. 4111-1 du Code de la santé publique

¹⁹²² F. Jornet, « Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 108-115

¹⁹²³ Conseil constitutionnel, Décision n°82-141 DC du 27 juillet 1982, Loi sur la communication audiovisuelle

1. *La diversité des atteintes envisageables aux libertés médicales au service de l'intérêt général du service public de santé de proximité*

926. Introduire des mécanismes de régulation active de la médecine libérale implique de porter atteinte aux libertés médicales édictées en 1927 avant d'être inscrites dans le code de la santé publique en 1971. Il est ici question d'exposer les dimensions dans lesquelles ces atteintes peuvent être introduites afin de satisfaire à l'intérêt général de protection de la santé et d'accès aux soins le tout dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

Si la dimension la plus fréquemment évoquée pour pallier les inégalités d'accès aux soins est une restriction à la liberté d'installation, force est de constater que d'autres voies peuvent, ou ont déjà été explorées.

927. Concernant la fixation des honoraires, il faut noter que si près de 90% des omnipraticiens libéraux exercent en secteur 1, près de 65% des spécialistes, pour leur part exercent en secteur 2¹⁹²⁴. Pour les omnipraticiens exerçant en secteur 2, le taux moyen de dépassement se situe autour de 30% par rapport au tarif conventionné alors qu'il s'élève à plus de 50% pour les spécialistes¹⁹²⁵. De fait, et même si les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires doivent le faire avec « *tact et mesure*¹⁹²⁶ », le dépassement constitue une somme dont le patient devra s'acquitter au-delà du remboursement effectué par la sécurité sociale. Si certains tentent de minorer l'influence de ce facteur en constatant que « *les difficultés d'accès aux soins dues aux dépassements d'honoraires sont très localisées et concentrées*¹⁹²⁷ » on ne peut nier l'effet des dépassements sur les populations qui connaissent les plus grandes difficultés financières.

La régulation du secteur ouvert au dépassement d'honoraires constituerait donc une voie permettant d'améliorer l'accès aux soins¹⁹²⁸. C'est la voie qui a été entreprise avec l'institution du contrat d'accès aux soins puis de l'option de pratique tarifaire maîtrisée, lesquelles restent

¹⁹²⁴ DREES, *Les dépenses de santé en 2017*, Rapports de la DREES, 2018, p. 42

¹⁹²⁵ Observatoire des pratiques tarifaires, *Dépassements d'honoraires des médecins. Une tendance à la baisse qui se confirme*, Rapport de l'observatoire des pratiques tarifaires, 29 novembre 2017, p. 3, malgré ces chiffres importants, il est à noter que le taux moyen de dépassement constaté chez les spécialistes de secteur 2 a, pour la première fois diminué depuis la création du secteur en 1980

¹⁹²⁶ Article R. 4127-53 du Code de la santé publique

¹⁹²⁷ R. Pellet, « Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé », *Droit social*, 2014, n°10, pp. 839-846

¹⁹²⁸ 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 « L'amélioration de l'accès aux soins reste une priorité des pouvoirs publics et des partenaires conventionnels. En effet, si l'accès aux soins est aujourd'hui facilité du point de vue financier par l'existence de tarifs opposables, la progression constatée, depuis de nombreuses années, des dépassements d'honoraires de certains praticiens exerçant en secteur 2 conduit à une augmentation du reste à charge et, en conséquence, pose le problème de l'accès aux soins »

conditionnées par le volontarisme des professionnels libéraux¹⁹²⁹. Cette maîtrise peut pour l'heure apparaître timide, tant les dépassements permis par ces options conventionnelles sont importants¹⁹³⁰, raison pour laquelle ces dispositifs n'apparaissent pas satisfaisants en l'état.

Hors le cas de cette souscription à une pratique tarifaire maîtrisée, les médecins peuvent être sanctionnés en cas de fixation d'honoraires ne répondant pas au devoir de « *tact et de mesure*¹⁹³¹ » dont l'appréhension reste subjective dans l'absence de fixation d'un cadre tarifaire initial¹⁹³². La notion de « *pratique tarifaire excessive*¹⁹³³ » lui est d'ailleurs aujourd'hui préférée en ce qu'elle se base sur « *un ensemble de critères, indépendants les uns des autres, qui sont le seuil de dépassement, issu du rapport entre les soins facturés à tarifs opposables et ceux qui ne le sont pas, la fréquence des actes avec dépassement, leur taux de croissance annuelle, la variabilité des honoraires, ainsi que le dépassement moyen annuel par assuré*¹⁹³⁴ », l'auteur confie d'ailleurs au terme de l'article que les procédures contentieuses « *ne sont guère mises en œuvre jusqu'à leur terme*¹⁹³⁵ ». Il en résulte une quasi absence de sanctions pour les professionnels qui pratiquent des tarifs excessifs ce qui s'avère une source de rupture d'égalité devant l'accès aux soins.

928. La liberté de fixation des honoraires bien que déjà encadrée peut constituer une variable d'ajustement en optant pour une régulation plus active laquelle se trouve justifiée par l'intérêt général poursuivi par le service public de santé de proximité.

929. Une autre atteinte peut intervenir au niveau de la liberté d'installation des médecins. Cette liberté constitue une limite à une juste répartition des professionnels libéraux sur le territoire. De nouvelles modalités de régulation de la liberté d'installation sont à même d'offrir une conciliation entre les intérêts de la profession et ceux de l'intérêt général.

¹⁹²⁹ Le taux d'adhésion aux options OPTAM est de 49,6% au 4 septembre 2018, Assurance maladie, *Les dépassements d'honoraires et l'OPTAM. Garantir l'accès aux soins et améliorer l'efficacité du système pour mieux le préserver*, Dossier de presse du mardi 16 octobre 2018

¹⁹³⁰ B. Petit, « Généralisation des complémentaires-santé : une approche davantage « sociale » que « sociétale » ? », *JCP Sociale*, n°30, 29 juillet 2013, 1309

¹⁹³¹ Article R. 4127-53 du Code de la santé publique

¹⁹³² Conseil d'Etat, 9 décembre 1994, n°114650, sur le caractère systématique du dépassement ; Conseil d'Etat, 29 juillet 2002, n°215321, sur le montant excessif des honoraires par rapport aux tarifs conventionnels, pour des honoraires 10 fois supérieurs à ceux remboursés

¹⁹³³ Notion introduite par 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

¹⁹³⁴ R. Marié, « Le dédale du contentieux des dépassements tarifaires des médecins libéraux », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°1, pp. 107-118

¹⁹³⁵ *Ibidem*

930. La liberté de choix du médecin par le patient pourrait encore s'avérer limitée dans le cadre d'une régulation active. On peut, noter que le mécanisme de médecin traitant¹⁹³⁶ a été jugé conforme à la constitution en ce qu'il reste loisible pour le patient de choisir son médecin traitant et d'en changer librement et qu'il peut, sous condition du paiement d'une majoration¹⁹³⁷ consulter un autre médecin directement¹⁹³⁸. Nous ne pouvons que constater comme l'a justement remarqué Michel Borgetto que le choix du patient, n'est à ce stade plus tout à fait libre¹⁹³⁹. Pour autant, la logique de développement du parcours de soin et de rationalisation qui résulte de ce dispositif apparaît tout à fait acceptable pour les usagers.

931. Ces mesures « destinées à favoriser la coordination des soins¹⁹⁴⁰ » reposent sur la responsabilisation des patients¹⁹⁴¹ et permettent de sécuriser le parcours de soins des assurés sociaux tout en réalisant des économies. Une régulation plus active de type « *gate-keeper*¹⁹⁴² », dans laquelle le médecin représente la porte d'entrée obligatoire, or soins urgents¹⁹⁴³, dans le système de santé représenterait une véritable atteinte au principe de liberté de choix du patient par le médecin visant à une meilleure maîtrise des dépenses de santé. L'accès aux soins pourrait aussi en être conforté par une attente moins importante auprès des spécialistes grâce à de nombreuses consultations évitables.

Les possibilités d'atteintes aux libertés médicales justifiées par l'intérêt général ne manquent pas, toutefois, il est essentiel de mesurer la proportionnalité de ces atteintes vis-à-vis des objectifs poursuivis.

2. L'appréciation de la proportionnalité des atteintes aux libertés médicales au regard de l'objectif de protection de la santé

932. À l'instar de la jurisprudence sur les atteintes à la liberté d'entreprendre, il nous semble indispensable d'analyser la proportionnalité des atteintes évoquées ci-dessus aux objectifs poursuivis en matière de protection de santé et de maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit ici

¹⁹³⁶ Pour aller plus loin sur le dispositif, Dossier « Le médecin traitant », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, n°6, pp. 897-926

¹⁹³⁷ A titre d'exemple, Conseil d'Etat, 12 février 2014, n°354505

¹⁹³⁸ Conseil Constitutionnel, Décision n°2004-504 DC du 12 août 2004, *Loi relative à l'assurance maladie*

¹⁹³⁹ M. Borgetto, « Le médecin traitant », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, n°6, pp. 897-898

¹⁹⁴⁰ I. Vacaric, « Les tensions entre le droit de la santé et le droit de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, n°6, pp. 899-907

¹⁹⁴¹ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, février 2013, p. 189

¹⁹⁴² J.-C. Mallet, « Le plan Juppé est passé à côté d'une vraie réforme pour les assurés sociaux », *Droit social*, 1996, n°9-10, pp. 849-852, définit la notion de *gate-keeper* comme l'obligation faite au patients de recourir en première intention à un généraliste

¹⁹⁴³ L. Hartmann, P. Ulmann, L. Rochaix, « L'accès aux soins de premier recours en Europe », *Revue Française des affaires sociales*, 2006/2-3, pp. 121-139

d'établir un raisonnement par analogie vis-à-vis des décisions du Conseil constitutionnel sur la liberté d'entreprendre, et ce, quand bien même les principes déontologiques n'ont pas été reconnus comme ayant valeur constitutionnelle.

933. Juger de la proportionnalité d'une atteinte vis-à-vis d'un objectif visé nécessite dans un premier temps de cibler les objectifs en question. Le service public de santé de proximité vise à rendre accessibles les soins à l'ensemble des usagers, afin de garantir la meilleure protection de leur santé sans négliger la capacité à la maîtrise des dépenses de santé.

934. Pour Valérie Goesel-Le Bihan le caractère de proportionnalité s'entend auprès du juge constitutionnel comme issu d'une triple exigence. La mesure doit, tout d'abord être adéquate, c'est-à-dire susceptible de permettre ou de faciliter la réalisation du but recherché, elle doit ensuite être nécessaire, ce qui exige qu'il ne puisse y avoir d'autre moyen qui n'affecterait de façon moins préjudiciable les intérêts atteints et doit enfin être proportionnée au sens strict, elle ne doit pas, par les charges qu'elle crée, être hors de proportion avec le résultat recherché¹⁹⁴⁴.

935. Il convient d'évoquer une QPC relative à la conformité aux droits et libertés que la constitution garantit quant à la possibilité d'édicter par voie réglementaire les règles relatives à la publicité des officines de pharmacie. Le juge constitutionnel a ici retenu selon les mots de Xavier Bioy que « *l'ingérence dans la liberté d'expression (et par la même dans la liberté d'entreprendre) se trouve être proportionnée*¹⁹⁴⁵ », à l'objectif de santé publique poursuivi. Le raisonnement du Conseil pour retenir la constitutionnalité du texte est intéressant eu égard à notre sujet, il débute son raisonnement en rappelant que la profession de la pharmacie est réglementée, que les pharmaciens sont inscrits à un ordre et doivent en respecter la déontologie. Il procède ensuite à un rappel concernant les règles d'installation des officines et l'octroi de licences délivrées par le directeur général de l'ARS¹⁹⁴⁶. Il déduit ensuite de ce régime que le législateur a souhaité « *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*¹⁹⁴⁷ ».

¹⁹⁴⁴ Cette triple exigence est issue de V. Goesel-Le Bihan, « Le contrôle de proportionnalité exercé par le Conseil constitutionnel », *Cahier du Conseil constitutionnel*, n°22, 2007

¹⁹⁴⁵ X. Bioy, « Accès aux services de santé et libertés économiques », art. cit., p. 87-94

¹⁹⁴⁶ Conseil constitutionnel, Décision 2013-364 QPC du 31 janvier 2014, Coopérative GIPHAR-SOGIPHAR et autre, Cons. 7

¹⁹⁴⁷ Conseil constitutionnel, Décision 2013-364 QPC du 31 janvier 2014, Coopérative GIPHAR-SOGIPHAR et autre, Cons. 8

Concernant la profession de pharmacien, il n'existe donc nulle disproportion entre l'atteinte que constitue la fixation par décret des conditions dans lesquelles la publicité en faveur des officines peut être faite et l'objectif de santé publique recherché.

936. Les professions médicales sont, de la même manière réglementées par le code de la santé publique¹⁹⁴⁸, elles sont soumises à de multiples conditions notamment de diplôme¹⁹⁴⁹, ou d'inscription à l'ordre¹⁹⁵⁰.

Le code de la santé publique prévoit encore que les ARS sont chargées de « *réguler, d'orienter et d'organiser (...), l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé*¹⁹⁵¹ ». Bien qu'il n'ait pas opté pour l'heure pour un régime de régulation similaire à celui des officines de pharmacie, le législateur fait de la régulation de l'offre et de la réponse aux besoins un objectif légal, ce dans l'intérêt de la protection de la santé. En ce sens, mettre en œuvre des mesures de régulation à l'installation, ou encore la politique tarifaire et l'exercice peut constituer des atteintes aux libertés médicales adéquates et proportionnées vis-à-vis de l'objectif poursuivi de protection de la santé et d'accès aux soins.

937. Les mesures de régulation envisagées n'apparaissent pas hors de proportion ces dernières ne revêtent pas un caractère général ni absolu. Plus encore, des mesures moins impactantes sur les libertés médicales ont été mises en œuvre pendant plusieurs années sans que des améliorations pour l'accès aux soins ne soient perçues¹⁹⁵². Ne pas opter de telles mesures de régulation actives constituerait un renoncement au principe à valeur constitutionnel de protection de la santé et une inversion du paradigme au profit des principes de la médecine libérale.

938. Outre l'objectif de rationalisation des mesures incitatives, la mise en œuvre de mesures de régulation active apparaît comme une avancée positive dans l'accès aux soins des patients. Cette régulation active ne constitue pas une « *nationalisation* » du système de santé et cherche à mettre

¹⁹⁴⁸ Livre 1^{er} « Professions médicales », de la Quatrième partie « Professions de santé », du Code de la santé publique, Articles L. 4111-1 et s. du Code de la santé publique

¹⁹⁴⁹ Article L. 4111-1 du Code de la santé publique

¹⁹⁵⁰ Article L. 4112-1 et s. du Code de la santé publique

¹⁹⁵¹ Article L. 1431-2 du Code de la santé publique

¹⁹⁵² En ce sens répond au critère de nécessité évoqué plus haut par V. Goesel-Le Bihan, « Le contrôle de proportionnalité exercé par le Conseil constitutionnel », *Cahier du Conseil constitutionnel*, n°22, 2007 : la mesure doit « être nécessaire : elle ne doit pas excéder – par sa nature ou ses modalités – ce qu'exige la réalisation du but poursuivi, d'autres moyens appropriés, mais qui affecteraient de façon moins préjudiciable les personnes concernées ou la collectivité, ne devant pas être à la disposition de son auteur ».

l'intérêt général au centre du projet du service public de santé de proximité sans pour autant contrarier l'existence d'acteurs privés et publics.

939. La régulation active implique une action positive des pouvoirs publics et des ARS, allant au-delà de l'auto-organisation permise pour la médecine libérale jusqu'alors. Elle s'inscrit dans une optique de travail concerté avec les professionnels de santé ainsi qu'une modulation des principes de la médecine libérale et non d'un absolu de contrainte ou de sanction à leur égard.

940. Elle constitue à ce titre une revalorisation des droits des usagers et participe à une protection accrue du monopole médical. La régulation active constitue un aménagement des libertés médicales lequel se justifie par l'intérêt général poursuivi par le service public de santé de proximité. Cette atteinte aux libertés médicales, dans une lecture analogue à celles qui peuvent être faites à la liberté n'apparaît pas disproportionnée vis-à-vis de l'objectif de protection de la santé ainsi que celui d'égal accès aux soins qui en découle.

941. Face aux difficultés rencontrées par leurs systèmes de santé, nombreux sont les pays qui ont introduit des mesures de régulation dont l'intensité varie. En France, la profession médicale fait figure d'exception en ce qu'elle constitue l'unique profession de santé en France à continuer à s'autoadministrer au détriment du droit à la protection de la santé des usagers.

Section 2. Les voies de régulation ouvertes à l'étranger et pour les autres professions de santé

942. Les difficultés d'accès aux soins sont une problématique transnationale et qui touchent l'ensemble des professions et services de santé, on pourrait, à cet égard, utiliser la notion d'accès aux professionnels de santé¹⁹⁵³ qui permettrait d'englober non seulement l'accès aux professionnels médicaux¹⁹⁵⁴, aux professionnels de la pharmacie¹⁹⁵⁵ et aux auxiliaires médicaux¹⁹⁵⁶. Il ne s'agit donc pas d'une crise localement contenue, mais d'une problématique relative à l'attractivité des territoires et d'une fuite vers les zones de concentration démographique.

¹⁹⁵³ G. Rousset, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral ? », art. cit., pp. 111-124 critique à cet égard la notion de « désert médical » qui laisse à penser que la seule profession médicale connaît des difficultés

¹⁹⁵⁴ Articles L. 4111-1 et s. du Code de la santé publique

¹⁹⁵⁵ Articles L. 4211-1 et s. du Code de la santé publique

¹⁹⁵⁶ Articles L. 4311-1 et s. du Code de la santé publique

943. Ce phénomène d'exode rural a d'ailleurs été décrit au niveau mondial et ce, de manière précoce¹⁹⁵⁷, suivant ce phénomène massif, ces territoires, ont été soumis à un désengagement progressif des services publics et « à un glissement progressif de la fonction du service public vers la fourniture d'un service minimum¹⁹⁵⁸ ». Le service public de santé n'a pas fait figure d'exception et s'est petit à petit retrouvé dans l'incapacité d'offrir une couverture de santé sur l'ensemble du territoire.

944. Soumis à des tensions semblables, certains États ont fait des choix radicalement différents du système de santé français pour tenter de garantir une couverture d'accès aux soins sur l'ensemble de leur territoire (Paragraphe 2), auparavant, il est intéressant de voir qu'au sein de notre système de santé, différentes professions de santé ont introduit par un élan conventionnel des politiques de régulation ambitieuses à la recherche d'un véritable cercle vertueux (Paragraphe 1).

Paragraphe 1. Les vertus des politiques de régulation

945. Certaines professions de santé, ont fait le choix d'introduire des mesures de régulation qui vont au-delà des incitations et des constats. L'idée sous-jacente de cette régulation consentie est d'agir et de négocier avant de se voir imposer des dispositifs contraignants susceptibles d'attenter à l'indépendance et la liberté des professions. .

Conscients des difficultés existant en matière d'accès aux soins ces professions ont saisi l'opportunité des négociations conventionnelles pour introduire des politiques de régulation ambitieuses (A), ce volontarisme a été salué et a permis l'obtention de contreparties protectrices des professions concernées (B).

A. L'appropriation conventionnelle de la nécessité d'introduire des mécanismes de régulation

946. Les professions de masseur-kinésithérapeute et d'infirmier ont été tôt confrontées à des problématiques d'inégale répartition sur le territoire avec les conséquences que nous connaissons sur l'accès aux soins. Symétriquement aux professions médicales des dispositifs incitatifs à

¹⁹⁵⁷ P. Merlin, « L'exode rural », *Population*, Revue bimestrielle de l'Institut National d'Etudes Démographiques, 1971, n°3, p. 5

¹⁹⁵⁸ J.-P. Laborie, « Les services publics dans les configurations territoriales complexes », *Sciences de la société*, 2012, n°86, pp ; 146-151

l'installation ont été proposés lesquels n'ont pas permis de satisfaire à la volonté de rééquilibrage de la démographie de ces professions.

947. Forts de ce constat, ces professions ont eu à cœur de mettre en œuvre une régulation plus ambitieuse (1), dont les effets s'analysent tant sur la profession que dans la dimension de l'accès aux soins (2).

1. L'introduction de dispositifs conventionnels de régulation hybrides

948. Trois professions de santé : les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes se sont rapidement illustrés au travers de leurs syndicats par leur volonté de rompre avec l'auto-organisation qui risquait d'entraîner des conséquences irréversibles quant à l'accès aux soins de certains territoires. Cet éclairage, issu de professions ayant fait un choix volontariste pour l'accès aux soins, est indispensable pour tenter de transposer ou d'adapter un système de régulation existant à l'ensemble des professions de santé libérales.

949. C'est par le biais des négociations conventionnelles qu'elles ont entrepris d'élargir les possibilités existantes en matière de régulation. Ce sont les infirmiers qui, dès 2008, ont ouvert la voie par un avenant conventionnel aux mesures de régulation¹⁹⁵⁹. Il est introduit un système hybride qui mêle incitations et conventionnement sélectif basé sur un zonage à cinq niveaux : zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones à dotation intermédiaires, zones très dotées et zones surdotées¹⁹⁶⁰. Ces divisions sont basées sur une appréciation multifactorielle mêlant densité d'infirmiers, leur activité, la structure de la population par âge ou encore les caractéristiques géographiques du bassin de vie.

La division en zones est propice à la mise en œuvre de mesures différenciées, la convention prévoit ainsi la possibilité de mettre en œuvre des mesures incitatives à l'installation et au maintien en exercice libéral au sein des zones très sous-dotées. Elle prévoit, à l'opposé, dans les zones très surdotées que l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une infirmière cesse son activité définitivement dans la zone considérée et qu'une autre infirmière demande un conventionnement sur la zone considérée, compte tenu de ce départ.

¹⁹⁵⁹ Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux

¹⁹⁶⁰ Arrêté du 29 décembre 2008 relatif aux critères de classification de zones des infirmiers libéraux prévus à l'article L. 162-47 du Code de la sécurité sociale

950. Les masseurs-kinésithérapeutes ont suivi le même mouvement, la convention conclue en 2007 reconnaissait l'existence de fortes disparités géographiques et la nécessité de proposer des mesures structurantes pour remédier aux difficultés rencontrées dans ces zones¹⁹⁶¹. C'est par un avenant à la convention en 2012 qu'une voie équivalente à celle entreprise par les infirmiers est ouverte¹⁹⁶². Le Conseil d'État a annulé cette mesure en l'absence d'habilitation législative nécessaire à « *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*¹⁹⁶³ ». Après de nouvelles négociations conventionnelles, le dispositif a été réintroduit en 2018¹⁹⁶⁴, le zonage se base sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée que nous avons déjà présentée.

Enfin, pour les sages-femmes est appliqué un dispositif équivalent. La mesure a été mise en œuvre en 2012¹⁹⁶⁵ pour lutter contre la « *croissance dynamique de leurs effectifs*¹⁹⁶⁶ ».

951. Les évolutions entreprises par ces professions « *témoignent d'une réelle prise de conscience de la gravité de ces inégalités et de la mise en œuvre d'outils correctifs*¹⁹⁶⁷ ». Ces mesures marquent une rupture avec la tradition du « *libre conventionnement pratiqué en France depuis les origines de l'assurance-maladie*¹⁹⁶⁸ ».

Ces avancées sont un signe d'autant plus fort qu'elles rompent avec cette tradition, il est à noter que l'assurance maladie avait proposé au sein d'un plan stratégique l'introduction d'un tel conventionnement sélectif en 1999, lequel suscita un tollé par l'absence de concertation préalable tout autant que la teneur provocante de l'annonce¹⁹⁶⁹. Les professions qui ont mis en œuvre ces dispositifs de conventionnement sélectif ont pu négocier les termes de ces engagements ce qui leur permet de garder un certain contrôle sur les orientations données à ces mesures.

952. Une autre profession mérite d'être évoquée ici tant son mode de régulation fait figure d'exception au sein des professions de santé, il s'agit de l'exercice en officine de pharmacie. La

¹⁹⁶¹ Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie, JORF n°113 du 16 mai 2007, p. 9338

¹⁹⁶² Arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, JORF n°0012 du 14 janvier 2012, p. 722

¹⁹⁶³ Conseil d'État, 17 mars 2014, n°357594, Lebon 2014

¹⁹⁶⁴ Avis relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée

¹⁹⁶⁵ Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales

¹⁹⁶⁶ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, op. cit., p. 68

¹⁹⁶⁷ G. Rousset, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral ? », art. cit., pp. 111-124

¹⁹⁶⁸ D. Tabuteau, « Éléments pour une analyse des mécanismes de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé », *Droit social*, 1992, n°4, pp. 410-414

¹⁹⁶⁹ D. Tabuteau, *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Orphys Santé, Paris, 2006, p. 388

création, le transfert ou le regroupement des officines est en effet soumis à un régime d'autorisation demandée au directeur général de l'ARS¹⁹⁷⁰. Relation de cause à effet ou simple hasard, ce modèle de régulation basé sur un régime de demande d'autorisation fait des pharmaciens, « *les professionnels de santé les mieux répartis sur le territoire*¹⁹⁷¹ ». Une étude démographique réalisée en 2016 a ainsi démontré que « *97% de la population métropolitaine vit aujourd'hui à moins de 10 minutes en voiture d'une officine* » avant d'ajouter que « *les cas d'éloignement sont rares et concentrés dans des territoires isolés ou montagneux*¹⁹⁷² ».

Un autre chiffre atteste de la disproportion d'accès existant entre pharmacies et médecins, « *sur les 8236 communes ayant une ou plusieurs pharmacies, 419 n'ont pas de médecin*¹⁹⁷³ », il n'est donc pas étonnant que le rôle du pharmacien soit revalorisé au sein des territoires connaissant l'accès aux soins le plus dégradé¹⁹⁷⁴. Au soutien de Guillaume Rousset, on peut dire que l'effort consenti par les pharmaciens est d'autant plus important en ce « *qu'il s'applique à une profession qui n'est pas même libérale, mais commerciale, la liberté devant probablement être plus encore la règle*¹⁹⁷⁵ ». Les règles d'installation des officines ont ainsi permis de maintenir un maillage cohérent sur l'ensemble du territoire.

953. L'effet escompté de ces mesures de conventionnement sélectif au sein des zones connaissant des concentrations les plus élevées ajoutées aux incitations à l'installation dans les zones les plus défavorisées est un rééquilibrage de la démographie des professions de santé concernées. Elles marquent le souhait pour les professions engagées de participer à une démarche au service de l'utilisateur et de son accès aux soins, signe d'un engagement de service public.

954. La régulation du conventionnement entreprise par les infirmiers a aujourd'hui plus de dix ans. Il est possible de l'évaluer et de juger si cette dernière ne s'est pas doublée d'effets négatifs comme nous avons pu le voir avec les effets d'aubaine entraînés par les mesures d'incitation exclusives auprès des médecins.

2. Les perspectives d'évolution de la démographie des professions qui bénéficient du conventionnement sélectif

¹⁹⁷⁰ Article R. 5125-1 du Code de la santé publique

¹⁹⁷¹ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire...* op. cit., Tome 1, p. 90

¹⁹⁷² IGAS-IGF, *La régulation du réseau des pharmacies d'officine*, octobre 2016, p. 3

¹⁹⁷³ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire...* op. cit., Tome 1, p. 91

¹⁹⁷⁴ A titre d'exemple, Décret n°2017-985 du 10 mai 2017 relatif à l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière

¹⁹⁷⁵ G. Rousset, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral ? », art. cit., pp. 111-124

955. L'effet escompté de la mise en œuvre croisée des dispositifs incitatifs et du conventionnement sélectif s'attache à la réduction des écarts démographiques entre les territoires. À ce jour, les mesures à destination des infirmiers ont plus de dix ans, celles concernant les sages-femmes sept ans, et il trop tôt pour essayer de raisonner sur les données concernant les kinés. En effet, comme nous avons pu le voir ces derniers, n'ont finalement pu mettre en œuvre le conventionnement sélectif que depuis l'avenant conventionnel de 2018.

956. La Cour des comptes a, en 2014 réalisé un premier bilan du dispositif, concernant les infirmiers, l'évolution en zones très sous dotées a augmenté de 1,8 point et a baissé de 13 points en zones sur dotées¹⁹⁷⁶. Sur la même période, les masseurs kinésithérapeutes ont vu leurs effectifs augmenter d'un point au sein des zones très sous dotées et baisser de 0,3 point dans les zones surdotées¹⁹⁷⁷. De manière comparative, les effectifs infirmiers sur la période au sein des zones surdotées ont considérablement réduit ce qui n'est pas le cas pour les masseurs kinésithérapeutes. Cette évolution favorable est à mettre au crédit du dispositif du conventionnement sélectif.

Une avancée semblable est relevée par le Rapport Freschi, Vigier. Ces derniers notent qu'entre 2010 et 2016, la part des installations en zones surdotées a été réduite de moitié, les écarts de densité entre les départements de métropole se sont aussi considérablement réduits passant de 1 à 8,13 en 2008 à 6,37 en 2016¹⁹⁷⁸. Cette donnée plaide donc en faveur d'un effet positif induit par les mécanismes de conventionnement sélectif dans un objectif de rééquilibrage des densités en professionnels de santé.

On observe aussi chez les sages-femmes une évolution positive suite aux dispositifs croisés de conventionnement sélectif et d'incitation à l'installation, la part des installations en zone surdotée est passée de 27,6% en 2010 à moins de 10% en 2016, une nouvelle fois, la profession n'a pas connu de baisse d'effectif sur la période, la différence s'est donc répartie entre des zones moins dotées. Ces faits sont un signe encourageant quant au cumul entre dispositifs incitatifs et le conventionnement sélectif.

957. À la lecture de ces chiffres, l'on peut être surpris que la Cour des comptes ait retenu que « ces dispositifs n'ont qu'une incidence très limitée sur la localisation des installations¹⁹⁷⁹ ». On peut relever un effet significatif sur le nombre d'installations en zones surdotées qui réduit de manière considérable.

¹⁹⁷⁶ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2015*, 2015, p. 324, de 2010 à 2014, le nombre d'installations en zones sous dotées est passé de 262 à 441 et de 1771 à 985 au sein des zones sur dotées (Infirmiers)

¹⁹⁷⁷ *Ibidem*, de 2010 à 2014, le nombre d'installations en zones sous dotées est passé de 164 à 281 et de 981 à 1184 au sein des zones sur dotées (Kinésithérapeutes)

¹⁹⁷⁸ A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire... op. cit.*, p. 91

¹⁹⁷⁹ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2015*, 2015, p. 324

Ces installations étant désormais limitées au remplacement des professionnels installés qui partent à la retraite ou cessent leur activité. On peut encore constater l'évolution positive d'écart de démographie entre les différents territoires ce qui traduit un rééquilibrage des densités de professionnels.

958. Malgré ces conséquences positives, le dispositif prête, par certains aspects à critiques. On peut noter différents effets pervers entraînés par le croisement de ces mesures incitatives et du conventionnement sélectif.

Le premier effet négatif ressort de la redistribution des professionnels. Bien que les professionnels ne puissent s'installer que dans des conditions drastiques au sein des zones sur dotées, il leur est loisible de s'installer sur l'ensemble des zones périphériques. On observe d'ailleurs des « *effets de bord, avec un contournement des mesures par des installations dans des zones frontalières des zones surdotées, ou l'utilisation du remplacement, qui limitent l'impact du dispositif*¹⁹⁸⁰ ». Nous verrons plus en avant qu'il est possible de limiter ces effets de seuil par un zonage progressif¹⁹⁸¹.

959. Il existe d'autres effets de seuils, certains territoires peuvent ne pas comporter de zones sur dotées, ni très sous dotées, tout en conservant une densité inférieure à la moyenne du territoire. Dans ce cas, ni les mesures incitatives ni le conventionnement sélectif ne trouvent à s'appliquer comme le relevait le Sénateur Sueur pour le département du Loiret¹⁹⁸². Dans ces zones, la densité relève de la seule organisation des professionnels qui y exercent.

960. On peut encore relever un risque lié à l'attribution des conventionnements sélectifs en zones surdotées. Bien qu'on ne puisse parler de cession de conventionnement dans la mesure où l'assurance maladie reste décisionnaire en la matière, les procédures visant à la demande de conventionnement sur ces zones laissent planer la menace d'un risque de spéculation sur les patientèles des zones surdotées.

961. Qu'il s'agisse de la convention des infirmiers ou celle des masseurs-kinésithérapeutes, la demande de conventionnement en zone sur dotée est l'objet d'une décision qui tient compte de

¹⁹⁸⁰ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, Sénat, *op. cit.*, p. 70

¹⁹⁸¹ *Infra*, 1100 et s.

¹⁹⁸² Question orale n°0564S du M. J.-P. Sueur, publiée dans le JO Sénat du 21/05/2009, p. 1251 qui relevait que le zonage établi dans le Loiret ne comprenait aucune zone « sur dotée » ni « sous dotée » alors que la densité moyenne y était de 52 infirmier pour 100.000 habitants contre 85 en moyenne ce qui en fait l'un des départements à la moyenne la plus basse

l'offre de soin, compte tenu de la notification de cessation d'activité d'un professionnel de santé, mais aussi des conditions d'installation projetées et notamment la reprise d'un cabinet¹⁹⁸³. Cette procédure fait la part belle à la continuité de l'exercice, au risque de voir des professionnels s'entendre sur une cession onéreuse à un prix bien supérieur que ceux habituellement pratiqués. L'avenant à la convention des masseurs kinésithérapeutes va d'ailleurs encore plus loin dans la démarche en ce qu'elle permet à celui qui déclare la reprise de l'activité d'un confrère de produire une attestation rédigée par ce dernier. Un tel risque pourrait aisément être contenu par une procédure d'attribution du conventionnement par voie de tirage au sort comme il est fait pour les notaires par exemple¹⁹⁸⁴.

962. Certaines professions ont accepté de voir leurs conditions d'installation modulées afin de répondre à la demande en matière d'accès aux soins toutefois, il serait incomplet d'analyser cela comme une concession. Au contraire, il est plus juste d'y voir une négociation ayant abouti à l'octroi de contreparties protectrices à l'égard de ces professions.

B. Une régulation synonyme de contreparties pour les professionnels de santé

963. Il serait utopique d'imaginer l'acceptation de tels mécanismes de régulation, au seul service des usagers et de l'accès aux soins sans que les professions concernées n'en tirent de contreparties. Ce n'est d'ailleurs pas pour rien que les mesures de régulation ont été adoptées lors des négociations conventionnelles des différentes professions. La négociation est marquée par la discussion en vue d'aboutir à un accord¹⁹⁸⁵. Par principe, un accord ne sera accepté que s'il apporte aux deux parties satisfaction, il est donc intéressant de voir les contreparties qui peuvent en découler. Ces contreparties peuvent s'analyser en deux temps suivant qu'elles sont relatives à la pratique de la profession et à sa rémunération (1), ou qu'elles participent à la revalorisation de ces professions ainsi qu'à leur protection (2).

1. Une contrepartie relative à l'amélioration de la pratique professionnelle

¹⁹⁸³ Article 1.3.1 d) de l'arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, et article 1.2.2 de l'avis relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée

¹⁹⁸⁴ Arrêté du 24 janvier 2017 fixant les modalités des opérations de tirages au sort prévues à l'article 53 du décret n°73-609 du 5 juillet 1973 relatif à la formation professionnelle dans le notariat et aux conditions d'accès aux fonctions de notaire

¹⁹⁸⁵ R. Guillien, J. Vincent, *Lexique des termes juridiques*, Dalloz, 15^{ème} édition 2005, p. 419

964. La première contrepartie envisagée est relative à la revalorisation des honoraires concomitante à l'acceptation d'une mesure de conventionnement sélectif. L'avenant conventionnel des masseurs kinésithérapeutes de 2012, bien qu'annulé par la suite, est particulièrement éclairant. Il prévoyait que les parties s'accordent « *sur un dispositif comportant, d'une part, des mesures incitatives et, d'autre part, des mesures de régulation démographique en fonction de l'offre globale de soins de masso-kinésithérapie (...) sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées à l'article 7.2 (...)*¹⁹⁸⁶ ».

Or, l'article 7.2 de l'avenant en question est relatif à la revalorisation des tarifs de la profession sur les principaux actes réalisés. La formulation marque bien la présence d'une contrepartie en échange d'une acceptation de la régulation de la démographie des masseurs kinésithérapeutes via un conventionnement sélectif.

Le nouvel avenant conclu par la profession en 2017 prévoit une nouvelle fois que les mesures de régulation de la démographie médicale ne pourront intervenir qu'à la date d'entrée en vigueur des mesures de valorisation¹⁹⁸⁷. L'avenant prévoit en ce sens la revalorisation de 18 actes de la nomenclature entre décembre 2019 et juillet 2021.

965. Les infirmiers avaient déjà en 2008 conditionné la mise en œuvre du conventionnement sélectif par la revalorisation de nombreux actes réalisés par leurs soins¹⁹⁸⁸.

À travers ces deux exemples ressort l'idée que les négociations conventionnelles sont favorables aux professions qui œuvrent dans le sens d'un meilleur accès aux soins. L'entretien d'une relation conventionnelle positive est le meilleur espoir pour les professions de voir leurs demandes acceptées.

966. Cette avancée en faveur de mesures de régulation démographiques marque aussi une prise de conscience de ces professions. Cette prise de conscience est motivée par deux idées, la première est l'existence d'une responsabilité populationnelle par leur participation au service public de santé de proximité. La seconde est la crainte de se voir imposer des mesures de régulation démographiques sans avoir recours à une négociation conventionnelle¹⁹⁸⁹.

¹⁹⁸⁶ Arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, JORF n°0012 du 14 janvier 2012, p. 722

¹⁹⁸⁷ Avis relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée

¹⁹⁸⁸ Article 5 de l'arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux

¹⁹⁸⁹ Site internet du SNMKR, nego-kine.fr, « L'UNCAM revoit ses propositions pour les kinésithérapeutes », 14 juin 2017 : « les mesures de régulation, si elles ne sont pas négociées, nous seront imposées par voie législatives dès l'automne sans que nous puissions négocier quoi que ce soit ».

967. Bien que le conventionnement sélectif constitue une « *piste sérieuse*¹⁹⁹⁰ » de régulation de la démographie médicale qui a fait l'objet de diverses propositions de loi¹⁹⁹¹ et qui revient de manière cyclique dans le débat public depuis de longues années¹⁹⁹², les syndicats médicaux ainsi que l'ordre s'y opposent catégoriquement. Ces derniers reprochent au conventionnement sélectif d'être une « *mesure démagogique, dangereuse et inefficace*¹⁹⁹³ ».

Ces réactions tranchent donc avec celle des différentes professions de santé qui ont opté pour le conventionnement sélectif et pour lesquelles cette négociation a permis aujourd'hui un véritable cercle vertueux. Les contreparties positives à la mise en œuvre d'une régulation par le biais du conventionnement sélectif apparaissent encore dans la reconnaissance de la profession auprès des pouvoirs publics, qui seront plus enclins à protéger ces professions.

2. Un lien renouvelé avec les pouvoirs publics profitable à la protection des professions

968. En devenant acteur d'un rééquilibrage de la démographie médicale par le biais des mesures conventionnelles, les professions d'infirmier, de masseur kinésithérapeute et de sage-femme ont fortement gagné en crédibilité auprès des pouvoirs publics. Ce regain de crédibilité permet à ces professions d'aborder des problématiques avec l'entière considération des pouvoirs publics. Isabelle Poirot-Mazères note au sujet de la loi de modernisation du système de santé de 2016 que l'on assiste à un « *vaste processus de revalorisation / promotion des professionnels paramédicaux désormais placés en première ligne de toutes les politiques de santé*¹⁹⁹⁴ ». Réaliser une concession dans un domaine permettant d'améliorer l'accès aux soins permet à ces professions de faire entendre d'autres revendications.

969. L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a, par exemple, dans son rapport relatif à la démographie de la profession publié en 2017, regretté la disparité de l'offre de formation des IFMK entraînant des frais d'inscription allant de 184 à 9200 euros par an et plaidé pour la refonte de ce système qui entraîne de nombreuses inégalités¹⁹⁹⁵.

¹⁹⁹⁰ G. Rousset, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral ? », art. cit., pp. 111-124

¹⁹⁹¹ Une des dernières en date, Proposition de loi portée par le député Garot, pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale, n°1542, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 décembre 2018

¹⁹⁹² J.-N. Cabanis, « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°4, pp. 597-611

¹⁹⁹³ Communiqué de presse de l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale du 24 janvier 2019 : « La proposition de loi Garot à l'épreuve du bon sens »

¹⁹⁹⁴ I. Poirot-Mazères, « La loi du 26 janvier 2016 et les professions de santé : des avancées contrastées », in G. Nicolas, V. Vioujas (Dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, LEH Edition, Les cahiers du droit de la santé, n°24, pp. 97-114

¹⁹⁹⁵ Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport démographie des kinésithérapeutes. Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne*, Septembre 2017, p. 6

Le rapport met encore en avant, l'existence d'un contournement du système de formation français permis par la libre circulation au sein de l'Union européenne grâce auquel plus de 1000 étudiants français se forment annuellement dans un autre pays de l'Union. De fait, ce sont plus de 1800 autorisations d'exercer qui sont délivrées chaque année par les préfets sur un total de 4784 inscriptions pour l'année 2016¹⁹⁹⁶. L'ordre appelle ainsi à une réforme de la formation permettant de répondre sur le territoire aux besoins en matière de masseurs-kinésithérapeutes de manière égalitaire. Il plaide, de fait en faveur d'une meilleure planification du nombre de masseurs-kinésithérapeutes disponibles sur le territoire, au-delà de la simple approche comptable actuelle basée sur les capacités d'accueil.

970. La mise en œuvre de mesures de régulation auprès des infirmiers a aussi permis la négociation et la création du haut conseil des professions paramédicales¹⁹⁹⁷ chargé notamment de promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences, la formation et les diplômes ou encore la place des professions paramédicales dans le système de santé¹⁹⁹⁸. Il peut réaliser toute proposition utile dans son domaine de compétence au ministre chargé de la santé¹⁹⁹⁹.

971. Sans en être une contrepartie directement évoquée lors des négociations sur la régulation de la démographie médicale, l'évolution du statut des infirmiers atteste de cette collaboration étroite et de la confiance des pouvoirs publics. On peut noter l'universitarisation progressive²⁰⁰⁰ de la profession²⁰⁰¹, ouvre notamment la voie à la recherche et à la formation doctorale²⁰⁰² ou encore l'élargissement de son champ de compétences qui peut être illustré par la possibilité de pratiquer certaines vaccinations²⁰⁰³ ou encore par l'exercice en pratique avancée²⁰⁰⁴.

972. Ainsi, la participation par la voie de la négociation conventionnelle de certaines professions à l'introduction de mesures de régulation de la démographie médicale basées notamment sur le

¹⁹⁹⁶ *Ibidem*, p. 7

¹⁹⁹⁷ Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales

¹⁹⁹⁸ Article D. 4381-1 du Code de la santé publique

¹⁹⁹⁹ Article D. 4381-2 du Code de la santé publique

²⁰⁰⁰ Sur le sujet, V. Vioujas, « La formation des infirmiers : les voies de l'universitarisation », art. cit., pp. 111-121

²⁰⁰¹ Amorcé par le Processus de Bologne

²⁰⁰² C. Debout, C. Eymard, M. Rothan-Tondeur, « Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus-value et orientations dans le contexte Français », *Recherche en soins infirmiers*, 2010/1, n°100, pp. 134-144

²⁰⁰³ Sur la réalisation de la vaccination antigrippale par exemple, décret n°2008-877 du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières

²⁰⁰⁴ Décret n°2008-633 du 18 juillet 2008 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

conventionnement sélectif et les mesures incitatives a permis à ces derniers d'augmenter leur capacité de négociation avec les pouvoirs publics. La volonté d'œuvrer dans une dimension plus programmatique au service des usagers, bien que motivée, pour partie au moins par l'obtention de contreparties mérite d'être saluée.

973. Un autre champ comparatif doit maintenant être exploré, relatif, celui-ci à la régulation démographique de la profession médicale telle qu'opérée par certains pays étrangers.

Paragraphe 2. Un aperçu comparatif des mesures de régulation de la démographie médicale

974. À titre liminaire il convient de préciser qu'il n'est pas question ici de comparer les systèmes de santé que nous allons évoquer, mais seulement les systèmes de régulation de la démographie médicale retenus et leurs effets sur l'accès aux soins.

975. Les lignes suivies initialement par les systèmes Bismarckiens et Beveridgiens ont connu de nombreuses évolutions afin d'estomper leurs zones d'ombre et n'ont pu résister aux changements induits par les contraintes nouvelles telles que le vieillissement de la population et le développement de maladies chroniques²⁰⁰⁵. De telle manière que l'on ne peut mettre en opposition les deux systèmes qui le plus souvent s'hybrident. Cette dissociation ne constitue donc pas un axe de découpage opportun, et il est préférable de raisonner suivant les de mesures envisagées par les États.

Nous verrons donc dans un premier temps les mesures de régulation programmatiques concernant les étudiants en médecins (A), avant de présenter les mesures de régulation concernant l'installation des professionnels de santé (B).

A. L'existence de mesures programmatiques dans la sélection et au cours des études médicales

976. L'étude de systèmes de santé étrangers constitue un vivier important de propositions pour tenter d'apporter des solutions à la problématique des inégalités d'accès aux soins. L'action auprès des futurs étudiants ou étudiants est intéressante par son caractère programmatique.

²⁰⁰⁵ P. Mossé, « Bismarck et Beveridge : des prototypes aux archétypes », *Après-demain*, 2017/2, n°42, pp. 12-14

977. De fait, il convient de s'intéresser aux mesures de régulation mises en œuvre par les différents de pays à l'entrée dans les études médicales et notamment ceux qui cherchent à en faire un levier de planification (1), pour autant, nous verrons qu'une telle programmation s'avère limitée et ne suffit pas à endiguer les problématiques d'accès aux soins connues par de nombreux États (2).

1. La régulation sur le nombre d'étudiants intégrant les établissements de formation

978. La plupart des pays de l'OCDE disposent d'un *numerus clausus*²⁰⁰⁶ qui fixe le nombre d'étudiants admis à étudier dans les filières médicales. Si le bon sens dicte d'utiliser ce levier comme outil de programmation, pourtant nombreux sont les pays à fixer le *numerus clausus* fonction des capacités d'accueil des lieux de formation.

979. C'est le cas notamment de l'Allemagne qui opère une sélection soit par le biais de l'office fédéral en charge des admissions²⁰⁰⁷, soit directement par les universités²⁰⁰⁸. Dans le second cas, la sélection peut se baser sur différents critères qui ne sont pas définis au niveau national, les Länder ont la discrétion d'imposer aux universités de leurs territoires certains critères spécifiques²⁰⁰⁹. Le nombre de places n'est en théorie pas restreint, il est fixé fonction du nombre de places disponibles et non des besoins futurs²⁰¹⁰. La jurisprudence est, de manière précoce venue préciser la possibilité de limiter le nombre d'étudiants dans certaines filières notamment médicales lorsque le nombre de demandes excède les capacités d'accueil des établissements de formation²⁰¹¹. Par un arrêt de 2017, les juridictions allemandes ont dénoncé la variabilité des critères d'admission entre les différentes universités ce qui constitue une atteinte au principe d'égalité, la Cour a laissé aux Länder et à l'État fédéral jusqu'au 31 décembre 2019 pour changer la législation à cet égard et développer une procédure de sélection standardisée et structurée²⁰¹².

²⁰⁰⁶ OCDE, *Panorama de la santé 2015*, 2015, p. 90

²⁰⁰⁷ 40% des admissions. La sélection est basée ici sur les notes à l'équivalent du Baccalauréat pour moitié et au nombre de semestres d'attente pour intégrer les études médicales pour autre moitié

²⁰⁰⁸ 60% des admissions

²⁰⁰⁹ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays en européens*, Mars 2015, Vol. 1, p. 53, à titre d'exemple la Bavière réserve un nombre de places défini aux élèves issus de situations sociales difficiles

²⁰¹⁰ DREES, *Portrait des professionnels de santé*, Panorama de la DREES, 2015, p. 84

²⁰¹¹ Arrêt du Premier Sénat du 18 juillet 1972, Numerus Clausus I, BVerfGE 33, 303

²⁰¹² Arrêt du Premier sénat du 19 décembre 2017, 1 BvL 3/14, 1 BvL 4/14

980. Le Royaume-Uni a mis sur pied depuis 1992 un comité d'experts, le Medical Workforce Standing Advisory chargé d'émettre des recommandations biennuelles sur le nombre d'étudiants à admettre en médecine, par spécialité²⁰¹³. Pour autant, le Royaume-Uni fait reposer la sélection des étudiants sur les « *Medical schools* » qui sont pour majorité privées, le nombre d'admis en études médicales dépend donc exclusivement du nombre de ces écoles et de leur capacité d'accueil et ne répond pas à une logique programmatique. Le nombre de demandes est supérieur aux capacités d'accueil, les recommandations du MWSAC ne peuvent donc être suivies, sauf à reconnaître de nouvelles écoles²⁰¹⁴.

981. L'Espagne pour sa part a opté pour une régulation du nombre d'étudiants basée à la fois, sur les besoins futurs des territoires et sur les capacités d'accueil des établissements de formation²⁰¹⁵. La « *Conférence Nationale des Universités, qui réunit des représentants du gouvernement central et des régions, fixe le numerus clausus national d'étudiants admis à entrer en études de médecine, réparti ensuite entre universités*²⁰¹⁶ ». Par la suite, les candidats postulent aux Universités de leur choix sur le territoire et sont sélectionnés sur leurs résultats scolaires.

Ce système apparaît comme planificateur dans la mesure où, à l'issue de leurs études, les médecins sont affectés dans leur région de formation²⁰¹⁷. Cette mesure permet de connaître année, par année, les contingents de médecins par spécialité diplômés sur chacun des territoires. Le lieu d'exercice des médecins espagnols dépend de leurs résultats aux concours régionaux, « *de fait, les places en zones rurales restent rarement vacantes en raison du nombre important de jeunes médecins*²⁰¹⁸ ».

982. Le Canada s'illustre par un mode de régulation du nombre d'étudiants particulier qui mise sur la possibilité d'accéder aux études médicales en contrepartie d'un engagement à exercer dans un territoire connaissant des difficultés d'accès aux soins. Cette régulation pourrait en quelque sorte s'apparenter au contrat d'engagement de service public, toutefois, il en diffère en ce qu'il permet de faciliter l'accès au cursus médical aux étudiants qui s'engagent à une installation future au sein de territoires sous dotés.

²⁰¹³ C. Chevrier-Fatome, *Le système de santé en Angleterre*, Rapport IGAS n°2002-105, Juin 2002, p. 31

²⁰¹⁴ Y. Bourgueil, U. Durr, G. de Pourville, S. Roccamora-Houzard, *La régulation des professions de santé – études monographiques*, DREES, Série Études, 22 mars 2002, p. 80

²⁰¹⁵ Sénat, *La démographie médicale*, Les documents de travail du Sénat, Série législation comparée, LC 185, 2008, p. 30

²⁰¹⁶ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays en européens*, *op. cit.*, p. 54

²⁰¹⁷ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays en européens*, *op. cit.*, p. 54

²⁰¹⁸ L. Hartmann, P. Ulmann, L. Rochaix, « L'accès aux soins de premier recours en Europe », *art. cit.*, pp. 121-139

Concernant le nombre global d'étudiants, ce sont les gouvernements provinciaux qui déterminent le nombre de places disponibles en fonction des ressources éducatives et financières et de l'exigence future du pays en matière de ressources de santé²⁰¹⁹. Afin de favoriser l'attachement au territoire, les critères de sélection incluent notamment le fait d'être prêt, à l'issue des études, à s'installer sur le territoire où les études ont été réalisées. Le Québec abaisse par exemple les exigences pour les candidats issus de régions éloignées qui souhaitent retourner y exercer²⁰²⁰. Le système de fixation du nombre d'étudiants admis au Canada est intéressant en ce qu'il prend en compte les besoins locaux futurs et qu'il favorise de manière précoce l'engagement d'étudiants à l'exercice au sein de territoires où l'accès aux soins est réduit.

983. Il existe une variété importante de mesures quant à l'accès aux études médicales. Dans tous les pays évoqués, l'accès aux études médicales est contingenté avec un nombre d'étudiants admis limité annuellement ou pluriannuellement. Pour autant, dans de nombreux cas, la fixation de ce contingent « *ne résulte guère d'une évaluation des besoins futurs*²⁰²¹ », mais d'une capacité d'accueil ce qui ne permet pas de résoudre les difficultés rencontrées en matière de démographie médicale.

Outre cet écueil, constitué par l'absence de toute programmation, la fixation d'un nombre d'étudiants fonction des besoins futurs n'apparaît pas comme un vecteur automatique d'amélioration de l'accès aux soins.

2. L'impossible définition des besoins futurs en professionnels de santé

984. Certains pays se sont investis pour faire du *numerus clausus* un outil de planification. Malheureusement, ce dernier n'en reste pas moins limité par différents aspects.

Tout d'abord, en ce qui concerne la prévision de besoins futurs en santé, cette dernière « *est un exercice difficile dont les erreurs peuvent prendre beaucoup de temps avant d'être corrigées*²⁰²² » étant donnée la durée de la formation des médecins. Une sous-évaluation peut avoir pour conséquence des difficultés d'accès aux soins encore plus importantes, tandis qu'une surévaluation pourra altérer la concurrence entre professionnels.

²⁰¹⁹ Association des facultés de médecine du Canada, *Conditions d'admission des facultés de médecine du Canada - Admission 2016*, 2015, p. 1

²⁰²⁰ M.-A. Fournier, A.-P. Contandriopoulos, C.-P. Diene, L.-H. Trottier, *Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Juin 2004, R04-08, p. 89 ; DREES, *Portrait des professionnels de santé*, Panorama de la DREES, 2015, p. 84

²⁰²¹ Sénat, *La démographie médicale*, *op. cit.*, p. 8

²⁰²² M. Marchand, P. Pestieau, « Le *numerus clausus* en médecine : pourquoi et comment ? », *Reflète et perspectives de la vie économique*, 2003/1, Tome XLII, pp. 59-70

985. De telles prévisions doivent tenir compte de l'évolution de la structuration de la population, de l'évolution des dépenses ou encore de la possibilité de voir des médecins arrêter leur pratique avant l'âge de leur retraite, autant de facteurs qui rendent l'analyse compliquée. Dans une société en constante évolution où les nouvelles technologies et les innovations organisationnelles permettent d'explorer de nouvelles voies, les outils statistiques semblent bien peu opérants.

Une illustration des critères de fixation des quotas d'étudiants peut émerger de l'avis récent rendu par la commission de planification belge²⁰²³. Elle établit les quotas pour l'année 2024 en misant sur des évolutions incertaines du système de santé notamment une augmentation du nombre de stagiaires en médecine générale ou encore le modèle d'une plus longue vie en bonne santé. Ce sont autant de facteurs dont la subjectivité peut affecter durablement l'accès aux soins.

986. Le Royaume-Uni a créé en 1992 le « *Medical Workforce Standing advisory Committee*²⁰²⁴ » chargé de définir le nombre d'étudiants admissible par années. Ses études sont basées sur un modèle de projection à deux variables : l'estimation de la croissance de la demande en médecins et l'estimation du flux de sortants. À partir de ces variables différents scénarios sont établis lesquels sont très sensibles. Un exemple issu des projections de 1997 apparaît particulièrement parlant : « *pour obtenir le même effectif de médecins britanniques en 2020 qu'en 1997, il faudrait 0 admissions supplémentaires dans le cas où le taux annuel d'accroissement en médecins nécessaires serait de 1,4% et celui des sortants de la profession de 3,1%. Mais si le taux de demande est de 2%, il faudra au moins 2000 entrées supplémentaires*²⁰²⁵ ». Il existe donc une variabilité très importante selon le modèle choisi ce qui rend la prévision d'autant plus délicate.

987. On pourrait penser qu'il suffit d'augmenter de manière continue le nombre de médecins afin de pallier les difficultés d'accès aux soins, toutefois une telle logique serait contre-productive. Une augmentation trop brutale du nombre de médecins, outre le coût de la formation pour la collectivité, entraîne un risque de concurrence importante entre les professionnels de santé et la création d'une demande induite par ces derniers pour bénéficier d'un revenu satisfaisant²⁰²⁶. Ce phénomène peut être décrit par la « *capacité du médecin à choisir une quantité (ou une qualité de traitements*

²⁰²³ Avis formel 2018-03 de la commission de planification – offre médicale, relatif au contingentement des médecins : quota fédéral pour l'année 2024 portant modification de l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, 17 avril 2018

²⁰²⁴ MWSAC

²⁰²⁵ Y. Bourgueil, U. Durr, G. de Pourville, S. Roccamora-Houzard, *La régulation des professions de santé – études monographiques, op. cit.*, p. 80

²⁰²⁶ T. Rice, « The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand », *Medical Care*, 1983, n°21, pp. 803-815

*différente de celle qui serait choisie par le patient si celui-ci était parfaitement informé*²⁰²⁷ ». Ce type de comportement nuit à la collectivité en ce qu'il génère des dépenses importantes qui n'apportent aucun bénéfice aux usagers.

988. À l'appui de ce raisonnement, on peut souligner qu'il existe une disparité importante du nombre de consultations entre les pays, cette donnée est à rapprocher du type de statut des médecins. En effet, de manière générale, les pays où les médecins sont rémunérés à l'acte connaissent un taux de consultation par personne supérieur aux pays où les médecins sont salariés²⁰²⁸. Cette idée est cependant à nuancer dans la mesure où les densités de médecins dans les pays où ils sont salariés sont souvent plus basses que dans les pays où les médecins sont rémunérés à l'acte, ils ont donc moins de temps à consacrer à leurs patients.

989. De plus, et quand bien même les prévisions s'avèreraient justes, elles ne peuvent avoir d'influence positive sur l'accès aux soins que dans la mesure où des mesures visant à une juste répartition à l'installation s'ajoutent. Un nombre de médecins déterminé n'aura pas le même impact sur l'accès aux soins suivant son déploiement sur le territoire et par spécialités. Il est ainsi prégnant de remarquer l'échec des mesures de planification quantitatives non accompagnées d'une régulation géographique à l'installation. À titre d'exemple, la France connaît une densité de 172 médecins généralistes pour 100.000 habitants, mais connaît une variation interrégionale très importante ce qui entraîne des problèmes d'accès dans certains territoires alors que la densité moyenne est relativement importante.

C'est pour tenter de pallier ces difficultés que de nombreux États se sont dotés de dispositifs de régulation à l'installation des médecins suivant des contraintes variables.

B. Analyse comparée de dispositifs de régulation à l'installation des médecins

990. Deux modèles de régulation à l'installation des médecins peuvent se distinguer de manière générale. Le premier correspond à une régulation globale de l'installation des médecins sur le territoire, ce système qui correspond généralement aux systèmes nationaux de santé ne laisse qu'une place résiduelle à la liberté d'installation (1), le second mode de régulation souvent usité pour lutter

²⁰²⁷ D. Bardey, « Demande induite et réglementation des médecins altruistes », *Revue économique*, 2002/3, Vol. 53, pp. 581-588

²⁰²⁸ DREES, *Les dépenses de santé en 2015*, Panoramas de la DREES, 2016, p. 140, à titre d'exemple, 9,9 consultations/an/habitant en Allemagne contre moins de 3 en Suède

contre les inégalités d'accès aux soins aménage la liberté d'installation par le biais d'un conventionnement sélectif (2).

1. Les dispositifs de régulation globaux d'installation des médecins

991. La tradition française de défense de la liberté d'installation des médecins libéraux pourrait laisser penser qu'il en est de même pour l'ensemble des systèmes de santé. L'étude de différents pays montre que la liberté ferait plutôt l'objet de l'exception en la matière.

Le pays emblématique de la régulation globale de l'activité médicale est le Royaume-Uni et son célèbre *National Health Service*²⁰²⁹ qui opère une régulation globale de l'installation des professionnels de santé et notamment des *general practitioners*, équivalents des médecins généralistes français.

992. Les seuls médecins échappant à la régulation à l'installation sont ceux qui font le choix d'un exercice privé. Cet exercice n'est toutefois pas assimilable à l'exercice privé tel qu'il s'exerce en France, les patients ne sont alors remboursés de leurs soins que s'ils ont souscrit à une assurance privée. Bien que les statistiques sur le sujet soient assez rares, il semble que la proportion de médecins exerçant à titre strictement privé reste faible²⁰³⁰, c'est dans le domaine de la chirurgie face à des délais d'attente importants que l'exercice privé tend à se développer²⁰³¹.

993. Les médecins généralistes exerçant au sein du NHS font l'objet d'une régulation directe, ils constituent la pierre angulaire du système et un filtre essentiel vers le système hospitalier et les médecins spécialistes²⁰³².

Le système de santé anglais a été profondément remanié par le *Health and social care act* de 2012²⁰³³ lequel opère une refonte structurelle de l'organisation des services de santé et le management des budgets vers des groupements essentiellement composés de médecins généralistes : les *clinical commissioning groups*²⁰³⁴. Ces derniers sont chargés « de la planification et de l'achat

²⁰²⁹ National Health Service act, 1946, 9 & IO Geo. 6. Ch. 81, 6 novembre 1946

²⁰³⁰ C. Chevrier-Fatome, *Le système de santé en Angleterre, op. cit.*, p. 1 : « l'offre de soins en Angleterre est pour l'essentiel placée sous la responsabilité du NHS, l'offre privée de soins ne représentant que 5% de l'offre médicale actuelle »

²⁰³¹ A. Mason, P.-C. Smith, « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », art. cit., pp. 265-284 : « En Angleterre, la majeure partie des soins sont dispensés par le NHS. Il existe toutefois un secteur dit privé, il n'en occupe pas moins une place non négligeable, surtout dans le domaine de la chirurgie non urgente ».

²⁰³² C. Chevrier-Fatome, *Le système de santé en Angleterre, op. cit.*, p. 1

²⁰³³ Health and Social Care Act 2012, C. 7

²⁰³⁴ L'ensemble des généralistes doivent être rattachés à un organisme de ce type

de prestations sanitaires pour leur bassin de population (soins hospitaliers, services de santé locaux, urgences, services de santé mentale)²⁰³⁵ » par le biais d'une contractualisation avec des prestataires publics ou privés.

994. Pour éviter tout conflit d'intérêts, le NHS England qui a autorité sur les *clinical commissioning groups* a conservé sa faculté d'achat des soins de santé primaires²⁰³⁶. C'est le NHS England qui finance directement les cabinets de soins primaires, mais les *clinical commissioning groups* restent maîtres en matière d'autorisation d'ouverture et de fermeture de cabinets médicaux sur l'étendue de leur territoire. Les *general practitioners* n'ont donc pas le choix de leur installation, ils doivent pourvoir aux postes vacants déterminés par les besoins de santé définis par les *clinical commissioning groups*.

995. Si le NHS conserve la main sur le financement des soins de premier recours, les *clinical commissioning groups* ont une importance capitale dans la définition des besoins et la réponse offerte par l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. Ils sont tenus d'élaborer en lien avec les équipes locales du NHS une évaluation conjointe des besoins stratégiques annuelle censée dresser un bilan du fonctionnement local du système de santé et d'en déduire les besoins futurs²⁰³⁷. Le gouvernement britannique considère ainsi « *que les médecins généralistes sont les « mieux placés pour identifier précisément les besoins de santé de leurs patients*²⁰³⁸ ».

996. Le système anglais se caractérise donc par une installation contrôlée sur le territoire, pour autant, ce contrôle ne permet pas d'endiguer un phénomène de pénurie de soins primaires. En effet, « *certaines zones déficitaires font face durablement à des vacances de postes*²⁰³⁹ ». De fait, si « *le dispositif de contractualisation permet d'ouvrir et de fermer des cabinets, il ne permet pas de poster l'installation dans une région donnée*²⁰⁴⁰ », dans la mesure où des postes sont vacants sur la quasi-entièreté du territoire, les professionnels ne se tournent pas vers les régions moins attractives.

²⁰³⁵ Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale*, Juin 2014, p. 126

²⁰³⁶ A. Dozol, C. Léandre, A. Townsend, F. Pinelli, M.-C. Lenormand, *Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés*, 2016, p. 6

²⁰³⁷ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays en européens*, *op. cit.*, p. 133

²⁰³⁸ A. Kober-Smith, « Le gouvernement de coalition et le secteur de la santé : un politique contestée », *Observatoire de la société britannique*, 2014, n°15, pp. 115-128

²⁰³⁹ L. Hartmann, P. Ulmann, L. Rochaix, « L'accès aux soins de premier recours en Europe », *art. cit.*, pp. 121-139

²⁰⁴⁰ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays en européens*, *op. cit.*, p. 140

997. Bien que la densité de médecins généralistes demeure bien inférieure à la densité moyenne française²⁰⁴¹, il convient de nuancer cet écart par le rôle fondamental qui est attribué aux infirmières outre-Manche. Le système anglais est ainsi marqué « *par la prédominance de structures d'exercice favorisant une collaboration intégrée entre médecins et infirmières*²⁰⁴² », mais aussi par de nombreuses expérimentations visant à étendre le champ de compétences des infirmières²⁰⁴³.

La régulation introduite au sein du système anglais reste défailante en matière d'accès aux soins, et ce, faute de médecins généralistes en nombre suffisant.

998. Le système de santé espagnol connaît aussi une régulation importante concernant l'installation des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes. Comme pour le système anglais, le médecin généraliste sert de *gate keeper*, de porte d'entrée dans le système de santé. Les médecins pour s'installer doivent être affectés par la communauté autonome au sein des centres de santé qui bénéficient de places vacantes. Cette installation se fait dans la majorité des cas dans la communauté autonome où ces derniers ont réalisé leurs études²⁰⁴⁴.

999. Les communautés autonomes sont responsables de l'implantation des centres de santé ainsi que de l'affectation des professionnels aux différents postes libres. Contrairement au système anglais, les professionnels ne peuvent postuler qu'au sein de la communauté autonome où ils ont réalisé leurs études ce qui permet une planification plus fine en fonction des effectifs en formation au sein des différentes communautés autonomes.

1000. Malgré ces mesures, de régulation de l'installation, le caractère décentralisé de ce système, ainsi que les différences de rémunérations entre communautés autonomes font du système espagnol un système aux variations de démographie médicale interrégionales très importantes. La différence est de l'ordre de 1 à 3 entre des régions peu dotées comme les Canaries et d'autres très dotées comme la Navarre²⁰⁴⁵ ce qui n'apparaît pas satisfaisant pour l'accès aux soins.

²⁰⁴¹ Pour une population équivalente on trouve 36.000 généralistes en Angleterre contre près de 87.000 en France, ce qui équivaut à une densité de l'ordre de 60 généralistes pour 100.000 habitants, Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays en européens*, Mars 2015, Vol. 2, p. 129

²⁰⁴² Y. Bourgueil, Anna Marek, J. Mousques, « Pratiques, rôles et places des infirmières dans six pays européens, en Ontario et au Québec », *Recherche en soins infirmiers*, art. cit., pp. 94-105

²⁰⁴³ *Ibidem*

²⁰⁴⁴ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays en européens*, op. cit., p. 62

²⁰⁴⁵ *Ibidem*, p. 81

1001. La mise en œuvre de ces systèmes de régulation empêchent l'installation anarchique sur le territoire, néanmoins, ils n'ont pour autant pas permis d'offrir un accès aux soins égal. Ceci s'explique dans le cas anglais par l'absence de mesures de planification efficaces sur le nombre de praticiens nécessaires et, pour l'Espagne par la concurrence importante entre les communautés autonomes.

1002. Il convient maintenant de s'intéresser aux mesures dites de conventionnement sélectif mises en place par certains pays pour réguler l'installation des professionnels de santé.

2. L'utilisation d'un conventionnement sélectif à l'installation

1003. Face aux difficultés d'accès aux soins du fait des inégalités de répartition des professionnels de santé sur leur territoire, certains pays ont opté pour un conventionnement sélectif des professionnels de santé.

1004. C'est le cas de l'Allemagne, face au défi de la répartition des professionnels de santé, le pays a opté pour ce type de mesure depuis 1992²⁰⁴⁶. Les médecins ont le choix d'exercer de manière conventionnée auquel cas les actes sont remboursés par la caisse d'assurance maladie ou d'exercer de manière privée, les patients ne sont alors remboursés que s'ils ont souscrit à une assurance privée. Les médecins de ville privés représentaient en Allemagne en 2010 moins de 2% du total de cette spécialité²⁰⁴⁷, les autres répondaient donc aux critères relatifs au conventionnement ce qui démontre un fort taux d'adhésion au dispositif.

La loi de 1992 a mis sur pieds une commission fédérale réunissant à la fois des représentants des professionnels ainsi que des représentants des caisses de sécurité sociale qui émet des directives sur la planification de la couverture sanitaire²⁰⁴⁸ au sein du « *bedarfsplan* ». Cette commission se charge d'évaluer les besoins sur le territoire par spécialité médicale et définit des indicateurs de médicalisation pour chacune des 395 circonscriptions médicales. À partir de ce recensement, au sein d'une circonscription donnée, « *l'installation est possible aussi longtemps que le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110% du quota*²⁰⁴⁹ ». Ce principe est assorti de deux exceptions. La première consiste au rachat d'un cabinet lors d'un départ à la retraite, la seconde consiste à

²⁰⁴⁶ Loi du 21 janvier 1992 sur la structure du système de santé « *Bedarfsplanungsgesetz* »

²⁰⁴⁷ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens*, op. cit., p. 68

²⁰⁴⁸ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, op. cit., p. 116

²⁰⁴⁹ *Ibidem*

démontrer l'existence d'un besoin particulier au sein d'une sous-spécialité, quand bien même la spécialité aurait atteint les 110% du quota défini. C'est uniquement au sein des circonscriptions où les médecins ne forment pas 110% du quota défini que de nouveaux professionnels pourront obtenir leur conventionnement auprès des caisses locales d'assurance maladie et s'installer.

1005. Pour autant, ce mécanisme ambitieux de conventionnement sélectif « *ne parvient pas à résoudre, d'une part, le manque de spécialistes et de généralistes dans les Länder de l'Est dont la population a baissé, et, d'autre part, l'excédent d'offres dans les Länder plus dynamiques de l'Ouest*²⁰⁵⁰ ». Ce système reste donc confronté à de nombreuses inégalités d'accès aux soins entre les différents territoires et s'avère d'une faible efficacité²⁰⁵¹. En effet, ce système apparaît limité dans la mesure où la régulation s'effectue sur les seules zones en sur densité, sans pour autant apporter d'aide aux zones connaissant les plus importantes difficultés. De fait, les mesures de planification actuelles permettent d'ouvrir un cabinet de généraliste dans les deux tiers des circonscriptions²⁰⁵². Seul un tiers du territoire se trouve fermé à l'installation des généralistes²⁰⁵³, c'est pour cette raison que ces derniers font le plus souvent le choix de s'installer au sein de zones voisines aux zones surdotées et non au sein des circonscriptions qui connaissent les plus difficultés les plus importantes. Le système allemand manque ainsi de progressivité dans l'application du conventionnement sélectif ce qui ne permet pas de lutter efficacement contre les effets frontière.



1006. Le système de santé français constitué autour d'un secteur public et d'un secteur privé doit désormais être considéré comme un véritable service public de santé de proximité. Par conséquent, l'intérêt général ainsi que les objectifs de protection de la santé et d'égal accès aux soins doivent permettre d'envisager des mesures de régulation actives des professionnels de santé. Il résulte de l'appréciation juridique de la valeur des libertés médicales que ces dernières doivent s'infléchir sous l'objectif d'égal accès aux soins mis en avant par le service public de santé de proximité.

²⁰⁵⁰ J.-M. Vanlerenberghe, Y. Daudigny, *Rapport sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne*, Rapport du Sénat, n°867, 30 septembre 2016, p. 16

²⁰⁵¹ R. Pellet, « Assurance maladie et territoires », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 38-64

²⁰⁵² H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, *op. cit.*, p. 116

²⁰⁵³ L. Hartmann, P. Ulmann, L. Rochaix, « L'accès aux soins de premier recours en Europe », *art. cit.*, pp. 121-139

1007. Une telle régulation ne cherche pas à transformer le système en un système public, où le salariat serait la règle, mais vise à une plus juste équité entre les droits et libertés offerts aux professionnels de santé et les devoirs envers les usagers du système de santé. La régulation active consiste à concilier certaines libertés médicales, notamment la liberté d'installation avec la nécessité d'un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire. Il convient d'aller au-delà de l'auto-organisation jusqu'alors mise en avant par les professionnels de santé par le biais d'une modulation des libertés médicales lesquelles ont déjà connu différentes entorses et limitations jusqu'alors. Ces régulations envisagées en vue de satisfaire à l'intérêt général doivent s'avérer proportionnées vis-à-vis de l'objectif poursuivi.

1008. La régulation se veut active en permettant aux différents acteurs de participer à celle-ci par le biais de la négociation et d'échanges. Il ne s'agit pas d'une sanction à l'encontre des professionnels de santé, bien au contraire, elle s'avère protectrice des intérêts des professionnels de santé et notamment du monopole médical. En effet, ce dernier pourrait s'effriter au bénéfice de professions intermédiaires telles que les infirmiers si les déséquilibres en matière de démographie médicale continuent de s'accroître.

1009. Certaines professions de santé ainsi que des pays ont, face à ces difficultés mis en œuvre des processus de régulation à l'installation.

En France, les infirmières ont saisi l'opportunité conventionnelle pour mettre en œuvre un conventionnement sélectif. Par ce biais, la profession a entamé un rééquilibrage de sa démographie sur le territoire qui commence à avoir des effets bénéfiques sur l'accès aux soins. Ce geste en faveur d'un meilleur accès aux soins ne s'est pas avéré vain, la profession trouve désormais une oreille attentive auprès des pouvoirs publics.

Les officines de pharmacies ont aussi fait l'objet d'une régulation dans leur implantation, afin que « *les officines soient suffisamment nombreuses et harmonieusement réparties pour permettre à chaque malade de se procurer facilement et rapidement les produits pharmaceutiques, et de bénéficier des conseils adéquats*²⁰⁵⁴ ». Cette mesure visait encore à maintenir un niveau de revenus suffisant pour les pharmaciens afin que ces derniers continuent d'exercer leur profession avec correction. La régulation introduite ici montre donc bien l'intérêt pour la profession qui se trouve protégée d'une concurrence trop importante ce qui lui permet de maximiser son revenu en contrepartie de quoi, les pharmaciens ne bénéficient pas d'une liberté d'installation afin de réaliser un maillage cohérent protecteur des intérêts des patients.

²⁰⁵⁴ B. Seillier, *Rapport sur le projet de loi relatif à la pharmacie d'officine*, Rapport du Sénat, 3 avril 1991, n°257, p. 11

1010. D'autres pays, ont opté pour des mesures de régulation à l'installation, l'exemple anglais du *National Health Service* qui contraint fortement l'installation en fonction des besoins démontre à lui seul que la régulation de l'installation ne suffit pas, elle doit s'articuler avec une planification des besoins futurs en professionnels de santé, ainsi qu'avec des aides pertinentes pour les territoires les plus défavorisés.

1011. Le cas allemand pour sa part se base sur un conventionnement sélectif en interdisant le conventionnement dans les zones où la démographie est de 110% par rapport à un quota défini. Ce système révèle aussi des limites par de nombreux effets frontière qui ne permettent pas de rétablir un équilibre dans la démographie médicale.

1012. Ce chapitre a permis de mettre en lumière la nécessité et la justification d'une régulation active comme mesure de modulation des libertés médicales justifiée par l'intérêt général. L'analyse comparative réalisée dans la deuxième partie du chapitre a mis en avant les écueils relatifs aux régulations envisagées par d'autres professions de santé et pays dans l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins.

Il est désormais nécessaire de fixer un cadre au dispositif de régulation active pour les professionnels de santé au sein du service public de santé de proximité. La mise en œuvre des dispositifs que nous allons à présent détailler vise à satisfaire l'intérêt général de protection de la santé et d'égal accès aux soins tout en maintenant un secteur libéral attractif sur l'ensemble du territoire.

Chapitre 2. L'application de politiques de régulation actives aux professionnels de santé : clé d'un accès aux soins renouvelé

« Le Conseil des ministres du 4 mars 1981 range parmi les « mesures décidées en 1980 pour améliorer l'exercice libéral de la médecine », la « répartition géographique des médecins en fonction de la demande de soins (...) ». Aucun dispositif contraignant ne semble envisagé, mais en ira-t-il toujours ainsi ?²⁰⁵⁵ »

1013. Certaines professions de santé et États face à l'enjeu que représente l'accès aux soins des citoyens ont ainsi opté pour des mesures de régulation propices à une meilleure protection de la santé. Bien que ces mécanismes divers aient en commun le mérite d'une action positive en faveur de la protection de la santé, ils ne constituent pas des solutions exemptes de reproches et ne résolvent que partiellement les problématiques d'accès aux soins.

1014. La complexité et l'inadéquation qui subsistent le plus souvent entre la planification des besoins futurs de santé au travers le nombre d'étudiants formés et les mesures d'installation au sein des territoires connaissant des difficultés d'accès aux soins est particulièrement marquante. Il est essentiel de repenser le service public de santé de proximité en agissant sur deux dimensions que sont le système de formation et l'installation des professionnels de santé.

1015. Former un nombre important d'étudiants en médecine ne garantit pas que ces derniers se dirigent vers un exercice libéral, et a fortiori vers des spécialités où la demande est la plus importante ni sur les territoires où les besoins deviennent préoccupants. C'est pourtant dans cet axe que le Président de la République a annoncé la suppression future du *numerus clausus* afin de « *cesser d'entretenir une rareté artificielle, et pour nous permettre de former plus de médecins avec un mode de sélection renouvelé²⁰⁵⁶* ». La mesure adoptée vise à rénover le mode détermination du nombre d'étudiants en « *tenant compte des capacités de formation et des besoins du système de santé, et reposant sur une concertation étroite entre les universités et les agences régionales de santé²⁰⁵⁷* ».

²⁰⁵⁵ D. Truchet, « L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine », art. cit., p. 48

²⁰⁵⁶ Discours du Président de la République Emmanuel Macron sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun », 18 septembre 2018

²⁰⁵⁷ Exposé des motifs de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1016. Toutefois, il s'agit autant d'un problème de répartition que de rareté de certaines spécialités qui sont à l'origine des difficultés d'accès aux soins. La simple augmentation du nombre de professionnels formés n'y changera malheureusement rien. Quand bien même l'offre médicale se retrouverait saturée, des phénomènes tels que la demande induite permettent aux médecins de tirer leur épingle du jeu et de conserver un salaire qui ne les dissuade pas de changer de lieu d'exercice²⁰⁵⁸. En réalité, le système imaginé dans le projet de loi de santé²⁰⁵⁹ s'avère, nous le verrons, plus programmatif qu'une simple ouverture à un nombre plus important d'étudiants reçus en deuxième année.

1017. Il apparaît donc indispensable de mettre en œuvre, au sein du service public, des mesures de régulation actives permettant tout à la fois de générer des flux étudiants conformes aux besoins futurs (Section 1) et d'organiser leur répartition territoriale lors de leur installation (Section 2)

Section 1. La planification des flux d'étudiants au sein du service public de santé de proximité

1018. Les étudiants des différentes professions de santé constituent le vivier futur au service de l'accès aux soins. En ce sens, il apparaît essentiel d'opérer une régulation des flux entrants d'étudiants afin de satisfaire les besoins futurs du service public de santé de proximité. Cette régulation passe à la fois par une détermination quantitative et qualitative des besoins en professionnels au sein des territoires. Les besoins diffèrent selon les territoires ou encore les spécialités médicales, il est donc nécessaire d'opérer un contingentement des professionnels de santé qui ne passe pas nécessairement par une ouverture des vannes du *numerus clausus*.

Il convient donc d'agir, dans un premier temps, au niveau des études médicales par une régulation renouvelée du *numerus clausus* à l'entrée dans le cursus médical (Paragraphe 1), et dans un second temps par une refonte de l'internat lequel doit être territorialisé pour répondre à l'enjeu d'intérêt général du service public de santé de proximité (Paragraphe 2).

²⁰⁵⁸ T. Rice, « The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand », *Medical Care*, 1983, n°21, pp. 803-815 ; D. Bardey, « Demande induite et réglementation de médecins altruistes », *Revue économique*, 2002/3, Vol. 53, pp. 581-588 ; L. Rochaix, S. Jacobzone, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et prévision*, 1997, 3-4, pp. 25-36 : « L'offreur de soins n'est, par nature, ni totalement intéressé, ni totalement altruiste. Il est sensible aux incitations financières auxquelles il est exposé, qui peuvent influencer en partie sur son activité. Quand celles-ci se modifient de façon adverse, il va réagir pour conserver des conditions plus favorables (...) ».

²⁰⁵⁹ Article 1^{er} du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, n°1681, 13 février 2019

Paragraphe 1. Le numerus clausus : outil de programmation au bénéfice du service public de santé de proximité

1019. Historiquement, l'accès à la deuxième année des études médicales n'était pas verrouillé par un concours, la sélection s'opérait par « *les incertitudes économiques sur les carrières médicales, qui venaient s'ajouter au coût et à la longueur des études*²⁰⁶⁰ », ces facteurs suffisaient à limiter fortement l'afflux de candidats. Nous avons pu remarquer en amont que si la « *modulation à la baisse ou à la hausse du numerus clausus apporte une réponse globale à la question du nombre de médecins, elle ne permet pas de lutter efficacement contre les inégalités territoriales*²⁰⁶¹ ». Pour cette raison, il est désormais primordial de définir un numerus clausus qui réponde à la fois quantitativement et qualitativement aux besoins futurs en professionnels de santé. Face aux difficultés en matière d'accès aux soins, le gouvernement a saisi l'occasion d'une nouvelle loi de santé pour proposer « *la suppression du numerus clausus*²⁰⁶² ».

1020. Il est intéressant d'analyser dans un premier temps l'apparence de territorialité qui ressort de la proposition de la loi de santé concernant la réforme de l'accès aux études médicales (A), avant d'envisager un système rénové basé sur les besoins futurs des territoires de proximité (B).

A. La perception de la territorialité dans la réforme de l'accès à la formation initiale des professionnels de santé

1021. La mesure annoncée comme une suppression du numerus clausus s'avère en réalité plus complexe notamment en ce qu'elle souhaite inclure une vision territorialisée dans la fixation des effectifs admis à réaliser des études médicales (1), pour autant, le dispositif n'est pas exempt de reproches (2).

1. La réforme des modalités de détermination du numerus clausus

²⁰⁶⁰ M.-O. Deplaude, « Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du numerus clausus de médecine (1968-1979) », *Sociologie*, 2019/2, Vol. 10, pp. 179-186

²⁰⁶¹ R. Marié, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *Droit social*, 2012, p. 404-411

²⁰⁶² Discours du Président de la République Emmanuel Macron sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun », 18 septembre 2018

1022. Les modalités de fixation du nombre d'étudiants admis à passer en deuxième année de médecine sont héritées de la loi de 1971²⁰⁶³. Cette loi a durablement inscrit le principe de compétence du ministre de la Santé et, à l'époque du ministre des Universités, en matière de fixation du nombre d'étudiants admis en deuxième année au sein des facultés.

Dans les premiers temps de son existence, le numerus clausus n'a été établi qu'en fonction des capacités de formation des facultés et centres hospitaliers universitaires²⁰⁶⁴. C'est uniquement à partir de 1979 que la notion des « *besoins de la population*²⁰⁶⁵ » est incluse dans les critères de fixation du numerus clausus. C'est pourtant à cette époque et face à la crainte d'un trop grand nombre de professionnels que le numerus clausus a été abaissé, de plus de 8000 étudiants en médecine, il va alors descendre aux alentours de 3500 pour l'année 1992²⁰⁶⁶.

1023. Le code de l'éducation retient désormais que les ministres chargés de l'enseignement supérieur et celui chargé de la santé déterminent par voie réglementaire, le nombre d'étudiants admis à l'issue de la première année lequel « *tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés*²⁰⁶⁷ ». De fait, la fixation du numerus clausus est un pouvoir réglementaire qui appartient exclusivement au gouvernement ce qui paraît peu cohérent vis-à-vis de la nécessité de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins. En ce sens, des députés ont proposé de modifier le code de l'éducation pour rendre obligatoire la consultation des ordres professionnels compétents²⁰⁶⁸ en vue de démocratiser la détermination du nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études médicales.

1024. C'est finalement une autre logique qui a été retenue par le gouvernement à l'occasion de la présentation du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. L'ambition annoncée est de supprimer le numerus clausus et de permettre un accès à ces études par des voies diversifiées. Le nombre d'étudiants formés sera ainsi déterminé en tenant compte des capacités de formation et des besoins du système de santé par le biais d'une concertation entre les universités et les agences régionales de santé²⁰⁶⁹.

²⁰⁶³ Loi n°71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, JORF, 13 juillet 1971, p. 6908

²⁰⁶⁴ A. Gouteyron, *Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale relatif aux études médicales*, 21 juin 1979, p. 18

²⁰⁶⁵ Article 3 de la loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF, du 7 juillet 1979, p. 01644

²⁰⁶⁶ DREES, *Portrait des professionnels de santé*, édition 2016, p. 85

²⁰⁶⁷ Article L. 631-1 du Code de l'éducation

²⁰⁶⁸ Article 1 de la proposition de loi visant à augmenter le numerus clausus en médecine et à faciliter l'installation des médecins sur les territoires ruraux, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 février 2019, n°1637

²⁰⁶⁹ Article 1^{er} du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, n°1681, 13 février 2019

1025. La loi votée dispose que « *les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième année de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités*²⁰⁷⁰ », la suite du texte laisse présager une emprise étatique importante. Il appartient à l'État de définir des objectifs nationaux pluriannuels censés répondre aux besoins du système de santé afin de réduire les inégalités territoriales. À partir de ces derniers, les ARS déterminent des objectifs pluriannuels prenant en compte les capacités de formation et besoins du territoire. C'est donc dans un carcan inextricable que se trouvent les universités, qui déterminent, dans ce cadre les capacités d'accueil sur avis conforme de l'ARS²⁰⁷¹. La marge de manœuvre laissée aux ARS ainsi qu'aux universités dans la détermination du nombre d'étudiants admis en deuxième année s'avère extrêmement réduite. Isabelle Poirot-Mazères souligne à cet égard que la liberté d'action des universités s'inscrit « *dans un cadre procédural précis qui cherche à combiner concertation démocratique, contraintes territoriales et objectifs nationaux*²⁰⁷² ».

1026. Certains jugent la mesure positive en ce qu'elle permet une « *négociation directe entre l'université et l'ARS, et doit permettre de décentraliser la fixation des contingences*²⁰⁷³ » pour mieux répondre aux réalités locales. Pour autant, on peut s'interroger sur la latitude qui résultera du double cadrage par le biais d'objectifs nationaux et d'objectifs définis par les ARS. Tout au plus, on peut noter comme le remarque Romain Marié que la négociation entre les universités et l'ARS s'effectuera « *dans le cadre d'une fourchette*²⁰⁷⁴ ». La réalité de la négociation dépendra de la marge de manœuvre offerte à la fois à l'ARS dans sa déclinaison des objectifs nationaux pluriannuels et aux universités. Il ne fait pas de doute que les objectifs nationaux soient fixés en fonction des nécessités, cependant, les acteurs territoriaux sont les plus à même à définir l'état des besoins. Le dispositif de détermination du nombre d'étudiants relève ainsi plus d'un « *desserrement du numerus clausus*²⁰⁷⁵ » que d'une suppression stricto sensu.

²⁰⁷⁰ Article L. 631-1-1 du Code de l'éducation modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²⁰⁷¹ Conseil d'État, Sect. Soc., 7 février 2019, avis sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé rappelle comme le souligne, I. Poirot-Mazères, « La réforme des études en santé », *Revue générale de droit médical*, 2019, n°72, pp. 23-42 que l'autonomie des universités n'a pas valeur constitutionnelle, par conséquent l'exigence d'un avis de l'ARS, qui répond à un motif d'intérêt général ne méconnaît aucun principe de valeur constitutionnelle

²⁰⁷² I. Poirot-Mazères, « La réforme des études en santé », *Revue générale de droit médical*, 2019, n°72, pp. 23-42

²⁰⁷³ G. Le Bohec, *Avis fait au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 mars 2019, n°1762

²⁰⁷⁴ R. Marié, « A la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », art. cit., pp. 74-84

²⁰⁷⁵ I. Poirot-Mazères, « La réforme des études en santé », art. cit., pp. 23-42

1027. En parallèle, la réforme permet une diversification des modes d'admission en deuxième année des études médicales, il s'agit ici de multiplier les profils des étudiants au sein des formations médicales²⁰⁷⁶. Le rapport Jean-Paul Saint-André préconise en ce sens de permettre une admission en filière MMOP²⁰⁷⁷ parallèle aux étudiants issus d'autres licences²⁰⁷⁸ sous condition de validation de 60 ECTS sur un an, la possibilité de validation additionnelle d'unités d'enseignement constituant une mineure santé et des critères d'admissibilité supplémentaires. Pour les étudiants qui remplissent ces nombreux critères seront ensuite ouvertes des épreuves d'admission²⁰⁷⁹.

À côté de cette voie, le rapport préconise le maintien d'un « portail santé » au sein d'une université avec composante santé pour l'accès aux études MMOP et aux autres étiers de la santé. En s'engageant dans cette voie, l'étudiant précise par son contrat pédagogique la ou les filières MMOP qu'il souhaite poursuivre. Le passage en deuxième année sera alors conditionné à l'obtention de 60 ECTS, des critères d'admissions supplémentaires et une valorisation du choix de l'étudiant.

1028. La diversification des modes d'admission en deuxième année des études médicales vise à rétablir plus d'égalité dans l'accession aux professions médicales ainsi qu'à une diversification des profils. Comme le relève Anne-Chantal Hardy, le cursus médical fait figure dans un phénomène de démocratisation de l'enseignement supérieur depuis trente ans²⁰⁸⁰, ces dernières demeurent profondément inégalitaires socialement²⁰⁸¹. Il est en ce sens intéressant que le gouvernement ait choisi d'œuvrer sur une diversification des modes de sélection en deuxième année pour permettre une certaine démocratisation de ces études.

1029. Cette réforme importante du premier cycle des études médicales est une nécessité tant la formation initiale peut constituer un point d'ancrage des professionnels de santé au sein d'un

²⁰⁷⁶ Le décret d'application fixant les modalités d'accès à la deuxième année des études médicales n'est malheureusement pas paru à l'heure de la rédaction de ce travail

²⁰⁷⁷ Médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie

²⁰⁷⁸ Pour autant, toutes les licences ne permettent pas de prétendre à une admission

²⁰⁷⁹ J.-P. Saint-André, *Suppression du Numerus Clausus et de la PACES. Refonte du premier cycle des études de santé pour les « métiers médicaux »*, Rapport à la demande du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 17 décembre 2018, p. 16

²⁰⁸⁰ A.-C. Hardy, « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », art. cit., pp. 631-638

²⁰⁸¹ A.-C. Hardy, F. Le Roy, « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », in, T. Berthet (Dir.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés*, Céreq coll. Relief, n°17, 2006, p. 25-34 ; F. Vidal, Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Séance du 3 juin 2019, Sénat, « Aujourd'hui, plus de 40.000 étudiants s'inscrivent chaque année en PACES ; ce sont de bons lycées mais plus d'un tiers d'entre eux reprennent à zéro, après deux années vécues comme deux échecs, un cursus, et quelques-uns, parmi les plus fragiles, en sont durablement brisés. D'autres, anticipant ce risque, et ne disposant pas du soutien familial et social pour le prendre, n'osent même pas formuler ce projet ; cette autocensure participe à la reproduction sociale qui caractérise ces études (...) ».

territoire²⁰⁸². Pour autant, elle n'est malheureusement pas exempte de défauts qui constituent autant d'embûches à l'amélioration de l'accès aux soins au sein du service public de santé de proximité.

2. Vers un nouvel échec de la territorialisation des flux d'étudiants

1030. Si une réforme du premier cycle est indispensable, la remise en question du *numerus clausus* telle qu'annoncée par le gouvernement dans son projet de loi n'apparaît pas susceptible d'organiser une meilleure gestion des flux étudiants vers les territoires aux besoins les plus importants. Le premier frein à une meilleure gestion territorialisée des flux étudiants est le caractère vertical et centralisé des objectifs en matière de capacité en deuxième année. L'université se voit octroyer une apparence de décision, toutefois, celle-ci est enserrée par l'avis conforme qui doit être donné par l'ARS, lequel doit s'inscrire dans des objectifs définis au niveau national.

Une telle logique apparaît critiquable dans la mesure où les inégalités territoriales d'accès aux soins sont des problématiques de proximité. Il aurait été préférable d'opter pour une véritable logique de négociation et non de soumission de l'université et de l'ARS. Malgré l'absence de recul sur la mesure, on peut supposer que la pratique se conforme à une telle vision qui participe d'un véritable échange dans une logique ascendante et non descendante de détermination du nombre d'étudiants admis à poursuivre un cursus médical²⁰⁸³ au service d'une meilleure satisfaction des besoins en matière d'offre de soins.

1031. Néanmoins, l'idée d'un chiffre imposé par le pouvoir central transparait d'ores et déjà des dires de la ministre de la Santé qui a déjà annoncé l'augmentation de 20% du nombre d'étudiants dans les filières médicales²⁰⁸⁴, pour l'année 2019, il sera déjà relevé de 10%²⁰⁸⁵. Une telle annonce laisse songeuse quant aux capacités de négociation futures des universités et des ARS, le chiffre étant dès à présent arrêté et annoncé. On peut encore s'étonner de l'exclusion des négociations des ordres qui réalisent des travaux importants en matière de démographie médicale²⁰⁸⁶. Reste à voir de quelle manière seront distribués ces 20% entre les différentes universités²⁰⁸⁷.

²⁰⁸² J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins dans les zones sous-dotées*, Sénat, 26 juillet 2017, p. 96

²⁰⁸³ I. Poirot-Mazères, « La réforme des études en santé », art. cit., pp. 23-42

²⁰⁸⁴ Agnès Buzyn, Ministre de la santé et des solidarités, Séance du 3 juin 2019, Sénat

²⁰⁸⁵ Liaisons sociales Quotidien – L'actualité, « Etudes de santé : le « *numerus clausus* » relevé de 10% en 2019 », 26 avril 2019, n°17805

²⁰⁸⁶ CNOM, Atlas de la démographie médicale 2018, 2018, 165 p.

²⁰⁸⁷ Question écrite n°10530, Sénateur P. Louault, JO Sénat 23 mai 2019 qui s'inquiète de la répartition des places ouvertes pour la rentrée 2019

1032. Comme nous avons eu à le constater à différentes reprises, le problème n'est pas tant un problème de nombre de médecins à l'exception de certaines spécialités, qu'un problème de répartition territoriale. La spécialité qui souffre des plus importantes difficultés est la médecine générale. Or, cette dernière est fréquemment laissée pour compte lors des choix à la suite des ECN²⁰⁸⁸. Il reste donc à voir si les postes qui seront ouverts en deuxième année de médecine viendront permettre de satisfaire aux postes vacants à l'internat notamment en matière de médecine générale ou si d'autres spécialités bénéficieront de l'augmentation du nombre d'étudiants.

1033. L'augmentation du nombre d'étudiants ne doit pas constituer un renfort auprès de spécialités déjà surdotées sur certains territoires sans quoi le sens de la réforme sera dévoyé. En ce sens, il est surprenant que la mesure ne s'accompagne pas de mécanismes visant à favoriser l'adhérence des étudiants aux régions dans lesquelles ils effectuent leur formation. En effet, si l'on cherche à garantir une adéquation entre le nombre d'étudiants formés au sein d'une université et les besoins du territoire de proximité de l'université, il est indispensable de mettre en œuvre des mesures de rétention. Sans de tels mécanismes, on pourra seulement observer une augmentation des écarts de démographie moyenne entre territoires surdotés et territoires sous-dotés²⁰⁸⁹.

1034. Il faut aussi souligner qu'une telle action sur le *numerus clausus*, comme le soulignait le Sénateur Alain Milon lors de la première lecture du texte devant le Sénat, « *n'aura pas d'effet à court terme sur la démographie médicale, le *numerus clausus* n'ayant au demeurant pas de lien avec la répartition territoriale des praticiens*²⁰⁹⁰ ». Sans nier la nécessité de telles mesures, l'effet, à plus d'une décennie, ne peut constituer la seule direction prise par la politique de régulation.

1035. Enfin, les termes employés apparaissent trompeurs, « *les effectifs d'étudiants continueront d'être contraints par les moyens universitaires, qui ne sont pas extensibles à l'infini, et une sélection demeurera (...)* ²⁰⁹¹ ». Sans redistribution ou financements supplémentaires, « *les capacités d'accueil des facultés de médecine resteront fatalement limitées*²⁰⁹² » tant par l'offre de stage réduite que par les moyens techniques et

²⁰⁸⁸ Centre national de gestion, *Bilan des épreuves classantes nationales informatisées 2017*, 2018, p. 11, relève que sur l'ensemble des postes d'internes ouverts 303 sont restés vacants dont 214 en médecine générale, pour la subdivision de Limoges le taux d'affectation des postes d'internes était à peine de 71,1%

²⁰⁸⁹ J.-F. Longeot, Séance du 3 juin 2019, Sénat relève que « les écarts de densité entre départements varient de 1 à 3 pour les médecins généralistes et de 1 à 8 pour les spécialistes, voire autour de 1 à 20 pour certaines spécialités comme la pédiatrie ou la gynécologie, avec des disparités infra-départementales encore plus fortes ».

²⁰⁹⁰ Alain Milon, Ministre de la santé et des solidarités, Séance du 3 juin 2019, Sénat

²⁰⁹¹ *Ibidem*

²⁰⁹² M.-O. Déplaud, « Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du *numerus clausus* de médecine (1968-1979) », art. cit., pp. 179-186

humains pour assurer des enseignements de qualité. Dans l'attente de tels financements, les universités ne pourront accueillir, sans influencer sur la qualité des enseignements, plus d'étudiants qu'elles n'en accueillent à présent.

1036. On pourra ainsi, de manière plus générale reprocher à cette "suppression du numerus clausus" de ne pas s'inscrire dans une réflexion plus globale liant, la question de la formation, de la primo-installation et de l'inscription sur un territoire au sein du système de santé. L'absence d'une telle réflexion laisse présager une programmation instable des effectifs et de leur répartition sur le territoire ce qui va à l'encontre des principes défendus par le service public de santé de proximité.

De fait, si la réforme du numerus clausus et de l'entrée dans le premier cycle des études médicales est une nécessité, il convient d'en revoir les modalités de réalisation afin qu'elle réponde à l'objectif de protection de la santé du service public de santé de proximité.

B. Une sélection à l'entrée dans les études médicales conforme aux objectifs du service public de santé de proximité

1037. Si les variations du numerus clausus ne peuvent être envisagées, à elles seules comme un moyen de résoudre à court terme les difficultés en matière d'accès aux soins, il est fondamental, de garantir l'adéquation de ce dernier aux besoins futurs sans quoi les inégalités s'avèreront durables. La détermination des flux étudiants doit s'appuyer sur une négociation ascendante à partir des territoires (1), et la formation des professionnels de santé doit évoluer pour répondre aux enjeux contemporains du service public de santé de proximité (2).

1. La détermination négociée des effectifs étudiants, une nécessité pour garantir l'accès aux soins

1038. La détermination des flux étudiants par le biais du numerus clausus a trop longtemps été un outil politique tantôt utilisé pour protéger la profession médicale en ne lui imposant pas une concurrence trop féroce et en conservant son prestige²⁰⁹³, tantôt dans un objectif budgétaire et politique. L'effet d'affichage créé autour de la « *suppression du numerus clausus*²⁰⁹⁴ » en constitue l'exemple type.

²⁰⁹³ M.-O. Déplaud, « Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du *numerus clausus* de médecine (1968-1979) », art. cit., pp. 179-186

²⁰⁹⁴ Discours du Président de la République Emmanuel Macron sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun », 18 septembre 2018

1039. À ce stade, il paraît indispensable de rappeler que le droit à l'instruction²⁰⁹⁵ n'empêche pas la mise en place de restrictions telles que le numerus clausus, la CEDH a eu l'occasion de se prononcer sur ce type de mesures en vigueur à l'entrée des études médicales italiennes. Elle a jugé que le droit à l'instruction ne s'applique que dans la mesure des limites qui l'encadrent. Or, la limitation n'apparaît pas ici disproportionnée²⁰⁹⁶. Le tribunal administratif de Lyon, dans une affaire similaire a quant à lui retenu que « *l'instauration d'un système de régulation par concours est de nature à réaliser cet objectif dès lors qu'il est fondé sur le mérite des étudiants et qu'il est justifié par un but d'intérêt général tiré de la protection de la santé publique (...)* »²⁰⁹⁷.

1040. Le temps est venu d'opter pour une adéquation du numerus clausus avec les besoins futurs des territoires. Ici, il n'est nulle question de supprimer l'outil que représente le numerus clausus, mais de l'utiliser à bon escient pour répondre aux problématiques des territoires. Il est indispensable que la détermination du nombre d'étudiants au sein de chaque faculté fasse l'objet d'une négociation issue des territoires. La contrainte des objectifs nationaux constitue un carcan bien trop étroit pour que des revendications puissent émerger au niveau des territoires.

1041. L'analyse de besoins menée à partir de l'échelon central mène parfois à des incompréhensions, le Sénateur Pierre Louault soulignait ainsi sa surprise face à l'augmentation du numerus clausus pour la rentrée 2019²⁰⁹⁸ et à l'exclusion du dispositif de la région Centre-Val de Loire « *alors qu'il s'agit d'une région qui cumule à la fois l'un des taux les plus faibles de places en médecine par rapport à sa population (...) et une désertification médicale conséquence bien au-delà de la moyenne nationale* »²⁰⁹⁹. Ce questionnement du Sénateur montre toute la difficulté à partir de l'échelon central pour définir les besoins des territoires.

1042. La logique et le souci d'efficience requièrent de négocier et déterminer les besoins à partir des échelons de proximité en incluant les différents acteurs. L'intérêt de la présence d'élus locaux dans les réflexions concernant le système de santé se confirme une nouvelle fois. À ces acteurs doivent encore se joindre des représentants de l'ordre des médecins dont les travaux sur la démographie médicale sont très éclairants. L'ordre des médecins est d'ailleurs conscient de

²⁰⁹⁵ Article 2 du Protocole n°1 de la CEDH, « Nul ne peut se voir refuser le droit à l'instruction »

²⁰⁹⁶ CEDH, 2 avril 2013, Tarantino et autres c. Italie, n°25851/09, 29284/09, 64090/09

²⁰⁹⁷ Tribunal administratif de Lyon, 20 octobre 2011, n°0904978a

²⁰⁹⁸ Cette augmentation résulte du Pacte territoire santé 2 de 2015 et notamment de son engagement n°5 visant à augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine

²⁰⁹⁹ Question écrite n°10530, Sénateur P. Louault, JO Sénat 23 mai 2019 qui s'inquiète de la répartition des places ouvertes pour la rentrée 2019

l'inefficacité de la formule actuelle du *numerus clausus*. Dans son livre blanc « *Pour l'avenir de la santé*²¹⁰⁰ », l'ordre note que ce dernier ne régule en rien la démographie en ce qu'il existe une déconnexion entre la PACES et la réalité des besoins démographiques, qu'il est grandement contourné et que son inadaptation aux besoins entraîne une succession de périodes fastes et de périodes creuses.

1043. C'est au niveau des ARS qu'il convient de déterminer les besoins des territoires dans une logique d'échange constructif avec les acteurs précités. Cette idée vise à corrélérer le plus justement possible le nombre d'étudiants admis en deuxième année au sein d'une faculté et les besoins du territoire sur lequel celle-ci est implantée. Le nombre retenu est ensuite transmis pour avis conforme à l'agence nationale de santé. Cette dernière est chargée d'analyser la cohérence de la demande vis-à-vis des difficultés rencontrées par le territoire et leurs évolutions possibles. Il ne s'agit pas de donner un blanc-seing aux acteurs du territoire, mais de rendre effectif le service public de santé de proximité par une réponse en matière de formation efficiente vis-à-vis des besoins du territoire. Il est aussi important d'assurer la cohérence avec la formation des autres professionnels de santé sur les territoires.

1044. L'approbation d'une augmentation du *numerus clausus* doit nécessairement s'accompagner de financements permettant de maintenir un enseignement de qualité. Dans un registre semblable, les terrains de stages doivent être multipliés pour répondre à la nécessité de déshospitaliser la formation médicale.

1045. Toutefois, il faut être conscient des limites d'un tel système de fixation des flux entrants d'étudiants, notamment dans la temporalité de l'effet. La variation seule du *numerus clausus* est incapable d'enrayer les problèmes d'inégalités d'accès aux soins sans mesure jointe de réaménagement du concours de l'internat et des dispositifs régulant l'installation.

Bien que l'adhésion à la région de formation soit loin d'être automatique, et ce, d'autant plus dans les régions connaissant des difficultés d'accès aux soins, le contingentement, dès le départ des études médicales est un préalable à l'établissement futur au sein de ces territoires. Si le taux moyen d'adhérence au territoire est de 65% à l'issue des études, il diffère fortement suivant le territoire et la spécialité, il est de l'ordre de 80% en région Nord-Pas-de Calais contre 40% en

²¹⁰⁰ Conseil national de l'ordre des médecins, *Livre blanc pour l'avenir de la santé*, 2016, p. 50

Poitou-Charentes²¹⁰¹. On ne peut donc pas exclusivement miser sur l'adhésion au lieu d'étude pour satisfaire les besoins futurs.

1046. La sélection en fonction des besoins futurs des territoires constitue la première étape dans l'objectif de rétablissement d'un accès aux soins égal sur le territoire. En ce sens, il est indispensable que la formation des médecins soit rénovée autour des enjeux qui sont ceux du service public de santé de proximité.

2. Une formation réorganisée autour des enjeux du service public de santé de proximité

1047. Depuis les ordonnances Debré de 1958²¹⁰², la formation des futurs professionnels de santé s'est organisée durablement autour de l'hôpital. S'il est nécessaire de saluer ce système qui a contribué « à la mise en place d'une médecine française de haut niveau, reconnue dans le monde entier (...), le schéma hospitalo-centré est de plus en plus déconnecté des réalités médicales et technologiques²¹⁰³ ». Le code de l'éducation rappelle en ce sens que les études médicales sont organisées par les unités de formation et de recherche de médecine et « doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière²¹⁰⁴ ».

Il s'agit donc de basculer dans un schéma de formation articulé autour de l'ambulatoire et du territoire sur lequel est implantée la faculté. Il est essentiel d'inscrire les lieux de formation dans les problématiques afférentes aux territoires, en ce sens, on peut relever que le rapport sur « *Le CHU de demain* » préconise d'instaurer une responsabilité territoriale conjointe du CHU et de l'université²¹⁰⁵. Le rapport propose de développer la territorialisation des équipes médicales et de permettre aux CHU et aux universités de labelliser des équipes médicales territoriales ou encore des maisons de santé ou des centres de santé. Cette démarche permet de réaffirmer le CHU et l'université dans le territoire d'accueil et d'y développer une offre de formation cohérente avec les besoins et attentes du territoire en collaboration avec les acteurs libéraux, mais aussi le monde médico-social.

²¹⁰¹ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins dans les zones sous-dotées*, op. cit., p. 47

²¹⁰² Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale

²¹⁰³ F. Bizard, *Politique de santé. Réussir le changement*, Dunod, 2015, p. 30

²¹⁰⁴ Article L. 632-1 du Code de l'éducation

²¹⁰⁵ Rapport conjoint de la Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires, la Conférence des présidents d'université, la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers universitaires, la Conférence des doyens des facultés de médecine, la Conférence des doyens des facultés d'odontologie, la Conférence des doyens des facultés de pharmacie, *Le CHU de demain. Symbiose, créativité et excellence*, Décembre 2018, p. 8

1048. Ces propositions ne permettent pas d'opérer un rééquilibrage des rapports entre la médecine de ville et l'hôpital pour garantir à la médecine libérale et notamment générale la place qui doit être la sienne au sein du service public de santé de proximité. Pour cela, les études médicales doivent être l'occasion de transmettre aux futurs praticiens l'esprit du service public et de les sensibiliser aux défis du système de santé. La mutation de l'acte de soin passant du tout curatif à une prise en charge globale, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ou encore les techniques telles que la télémédecine restent aujourd'hui autant de défis et d'innovations qui restent globalement ignorés du milieu hospitalier. Les défis de demain semblent ainsi tournés vers l'ambulatoire plutôt que l'hospitalier alors que l'on constate encore un « décalage entre la formation initiale hospitalière spécialisée et la pratique de ville généraliste²¹⁰⁶ ».

1049. Pour opérer cette mutation de la formation, il est essentiel « d'adapter l'enseignement et la recherche à la réalité des prévalences sanitaires et recontextualiser l'accumulation des connaissances médicales²¹⁰⁷ », ceci passe notamment par l'amplification de la recherche universitaire en médecine générale qui est aujourd'hui encore trop peu développée²¹⁰⁸ et qui nécessite donc d'être encouragée. Cette démarche de formation et de recherche en soins ambulatoires se développe notamment au sein des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires²¹⁰⁹. Certains proposent d'aller plus loin en créant des centres ambulatoires universitaires qui constitueraient les pendants ambulatoires des centres hospitaliers universitaires aptes à dispenser des enseignements en la matière ainsi qu'à accueillir des stagiaires et permettre de réaliser des recherches universitaires²¹¹⁰.

Cette solution séduisante participe toutefois à maintenir la scission existante entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire. Il apparaît plus opportun que le monde ambulatoire soit intégré de manière importante à l'enseignement existant jusqu'alors au sein des facultés de médecine.

1050. Le développement de terrains de stages, hors des murs de l'hôpital est encore une priorité, on ne peut que saluer en ce sens la tentative de certains députés d'instituer un stage obligatoire à

²¹⁰⁶ Y. Bourgueil, « Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir », *Regards croisés sur l'économie*, 2009/1, n°5, pp. 159-167

²¹⁰⁷ F. Bizard, *Politique de santé. Réussir le changement*, op. cit., p. 30

²¹⁰⁸ C. Aubin, C. Daniel, F. Schaetzel, *Le post-internat : constat et propositions*, Rapport IGAS, n°2010-088P, 2010, p. 44

²¹⁰⁹ Arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnelles universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires

²¹¹⁰ F. Bizard, *Politique de santé. Réussir le changement*, op. cit., p. 30

réaliser au cours du deuxième cycle des études médicales au sein de territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou connaissant des difficultés d'accès aux soins²¹¹¹ et ce, bien que l'assemblée ait finalement annulé cette disposition.

1051. Le numerus clausus se doit de devenir un outil de programmation pour les territoires apte à intégrer des flux d'étudiants en adéquation avec les besoins futurs du service public de santé de proximité. La rénovation des études médicales doit parallèlement suivre un virage ambulatoire en intégrant une part plus importante d'enseignements sur les défis auxquels se trouve confronté le service public de santé de proximité.

La rénovation des études médicales et la gestion des flux étudiants en fonction des besoins futurs des territoires n'a de sens que dans la mesure où il existe des mesures de rétention des étudiants au sein des territoires concernés.

Paragraphe 2. Une réforme de l'internat au service de l'adéquation aux besoins futurs des territoires

1052. Les épreuves classantes nationales constituent une étape essentielle pour les étudiants en médecine en ce qu'elles déterminent la spécialité et le lieu de réalisation de l'internat. Elles ont donc un rôle fondamental en matière de répartition de la démographie sur le territoire, mais aussi en matière de constitution des viviers des différentes spécialités.

Malheureusement les épreuves classantes nationales ne remplissent qu'imparfaitement leur rôle répartiteur raison pour laquelle il est nécessaire d'en envisager la réforme. Deux séries de mesures seront envisagées en matière de régulation par l'intermédiaire des épreuves classantes nationales, la première a trait à la territorialisation des épreuves (A), la seconde concerne la possibilité de lutter contre la vacance de nombreux postes de médecins généralistes à l'issue des épreuves (B).

A. La territorialisation des épreuves nationales classantes

1053. La mise en œuvre d'une territorialisation des épreuves classantes nationale apparaît comme une mesure cohérente susceptible d'opérer un rééquilibrage de la démographie médicale dans une

²¹¹¹ Amendement n°AS1072, Assemblée nationale, 8 ars 2019

logique de contingentement tout au long du cursus au sein des facultés de médecine (1), qui favorise l'attractivité pour les territoires en difficulté et les étudiants qui en sont issus (2).

1. Une mesure de rééquilibrage de la démographie médicale sur le territoire

1054. C'est uniquement depuis 2002²¹¹² que l'ensemble des étudiants en médecine doivent se soumettre aux épreuves classantes nationales pour la totalité des spécialités médicales. Auparavant, les étudiants qui choisissaient la médecine générale étaient ceux qui n'avaient pas réussi ou présenté le concours, ils étaient donc généralistes par défaut, ce qui empêchait de fixer à l'avance les contingents de généralistes contrairement aux spécialistes²¹¹³.

1055. Dès lors, la médecine générale a été inscrite dans les spécialités accessibles via les épreuves classantes nationales, mais s'est retrouvée durablement marquée comme une spécialité peu attractive et bien souvent choisie dans les dernières lors des épreuves classantes nationales.

Sitôt les épreuves classantes nationales mises en place, sitôt de nombreuses voix se sont élevées pour défendre une régionalisation de ces épreuves pour permettre une meilleure répartition des professionnels de santé²¹¹⁴.

1056. La territorialisation de l'internat doit s'inscrire dans une logique de rationalité et de continuité avec la fixation des flux étudiants via le numerus clausus. La planification effectuée par le biais du numerus clausus ne sera efficiente que si elle se concrétise par un internat et des spécialités offertes sur le territoire concerné. L'observatoire national de la démographie des professions de santé remarque, à juste titre, qu'il n'existe aujourd'hui aucune adéquation entre les deux leviers de régulation géographique que sont le numerus clausus et les postes à l'internat. Le ratio entre le nombre de postes ouverts à l'internat et celui correspondant au numerus clausus en deuxième année oscille entre 0,79 en Ile-de-France et 2 dans les régions d'outre-mer. L'ensemble des régions qui connaissent des difficultés en matière d'accès aux soins ont un ratio supérieur à 1 ce qui implique qu'il y a plus de postes d'internes ouverts que ce qu'il n'y a d'étudiants admis en deuxième année de médecine²¹¹⁵. De fait, tous les postes ne sont pas pourvus, et ce sont ceux de médecine générale qui restent le plus souvent vacants. Pour autant, les régions au ratio inférieur à

²¹¹² Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

²¹¹³ DREES, *La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections*, 2004, n°353, p. 3

²¹¹⁴ Question du député P. Roy, n°40293, JO Assemblée nationale du 1^{er} juin 2004 ; Question du député Y. Boisseau, n°41283, JO Assemblée nationale du 14 juin 2004 ; Question du député J.-M. Roubaud, n°39267, JO Assemblée nationale du 11 mai 2004

²¹¹⁵ ONDPS, *Rapport 2015*, Octobre 2015, p. 21

1 n'entraînent qu'une mobilité réduite au bénéfice de spécialités prestigieuses, les autres étudiants préférant le plus souvent redoubler pour améliorer leur classement.

Il est donc incontournable d'agir dans une logique de filière universitaire, en maintenant une adéquation entre le nombre d'étudiants entrants et le nombre de postes offerts à l'internat sur le même territoire. Le rapport Maurey dégageait une logique similaire en notant que « *la régionalisation des épreuves classantes nationales ne pourra aboutir à une meilleure adéquation des flux de formation des médecins aux besoins locaux que si les capacités d'accueil des facultés de médecine sont parallèlement rééquilibrées*²¹¹⁶ ».

1057. La territorialisation des épreuves classantes nationale constitue donc une étape fondamentale dans la planification à long terme de la démographie médicale des différents territoires. La proposition de loi Door introduite suite à l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé souhaitait mettre en place un internat interrégional organisé au sein de cinq interrégions aux besoins strictement définis²¹¹⁷. C'est aussi cette direction que conseillait de prendre le Conseil national de l'ordre des médecins dans son livre blanc en précisant que les étudiants peuvent concourir sur trois concours par année sur deux ans²¹¹⁸. Cette proposition vidée de sa substance par de nombreux amendements en commission a, par la suite été rejetée par l'assemblée en séance publique.

1058. Ces propositions vont dans le bon sens en permettant d'ouvrir une planification plus efficace des effectifs d'internes. Néanmoins, nous estimons qu'il est plus efficace de travailler et de découper l'internat en régions afin d'avoir une répartition plus fine des professionnels de santé. L'intérêt réside dans la création de filières de proximité. Pour cette raison, il faut que le passage de l'internat soit réservé aux étudiants ayant réalisé leurs études médicales de premier et second cycle au sein des facultés concernées²¹¹⁹.

1059. Les syndicats sont vent debout contre cette volonté de régionalisation des épreuves classantes nationales²¹²⁰ qui constitue selon eux une rupture d'égalité face aux études médicales qui

²¹¹⁶ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment, op. cit.*, p. 53

²¹¹⁷ Proposition de loi pour l'avenir de notre système de soins, 3 mai 2016, n°3710

²¹¹⁸ Conseil national de l'ordre des médecins, *Livre blanc pour l'avenir de la santé*, 2016, p. 52

²¹¹⁹ Article 3 de la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, 10 octobre 2012, n°284

²¹²⁰ ISNAR-MG, *Propositions pour l'avenir de la médecine générale*, Septembre 2016 – MâJ Janvier 2018, p. 15

ne résout en rien les problématiques d'accès aux soins²¹²¹. Cette rupture d'égalité ne peut valablement être évoquée dans la mesure où, les étudiants ont le choix de débiter leurs études dans la faculté de leur choix, la mobilité offerte par l'internat actuel ne constitue pas un droit, mais une conséquence du système actuel des épreuves classantes nationales. En outre, la régionalisation ne nécessite pas de faire passer des examens différents, seuls les résultats sont régionalisés.

S'il faut être conscient des limites liées à la régionalisation de l'internat, les opportunités qu'elle telle action offre sont importantes tant pour les territoires que pour les jeunes étudiants issus de ces derniers.

2. Une attractivité renforcée pour les territoires

1060. La régionalisation des internats permet d'offrir une attractivité renouvelée des territoires pour plusieurs raisons.

Tout d'abord l'attractivité pour le territoire résulte de l'opportunité offerte aux étudiants des territoires qui connaissent des difficultés d'accès aux soins. Les jeunes issus de ces territoires n'ont souvent pas le soutien familial leur permettant d'accéder aux études médicales. La crainte d'un échec après deux essais en PACES constitue un frein considérable²¹²². Or, une logique de parcours qui augmenterait les places disponibles au sein des territoires connaissant des difficultés, corrélée à une augmentation du nombre de places offertes à l'internat sur ce même territoire peut favoriser l'accès de ces étudiants aux études médicales. C'est un mécanisme positif à la fois pour le territoire et l'étudiant. En réalisant son cursus sur un territoire connaissant des difficultés il augmentera ses chances d'obtenir sa première année et de se diriger vers une carrière médicale.

1061. Comme le soulignait le député Patrick Roy, par le biais de la régionalisation des internats, *« on éviterait aux jeunes des départs non souhaités et coûteux vers des régions lointaines et on favoriserait le développement d'une médecine de proximité par l'implantation dans les régions d'internes originaires de ces mêmes régions et fins connaisseurs des particularités locales²¹²³ »*. Le député Boisseau faisait une remarque semblable, *« un interne originaire d'une zone rurale sera d'autant plus volontaire pour s'y installer s'il s'est formé à proximité, plutôt que de subir une transplantation géographique non souhaitée du fait du traitement national des résultats du concours d'internat²¹²⁴ »*.

²¹²¹ ISNAR-MG, *Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire présentée par M. Philippe Vigier. Inefficace, incohérente, inadaptée, dangereuse*, 15 novembre 2016, p. 7 ; Communiqué de presse REAGJIR du 23 novembre 2016, examen de la proposition de loi du Dr. Vigier à l'assemblée nationale demain

²¹²² F. Vidal, Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Séance du 3 juin 2019

²¹²³ Question du député P. Roy, n°40293, JO Assemblée nationale du 1^{er} juin 2004

²¹²⁴ Question du député Y. Boisseau, n°41283, JO Assemblée nationale du 14 juin 2004

Cette recherche d'adhésion et de participation d'étudiants issus des milieux ruraux et périurbains, zones qui concentrent la majorité des inégalités d'accès aux soins est une opportunité prégnante. Ce sont les étudiants issus de ces zones qui auront la plus forte chance de s'y installer par la suite. Ces possibilités offertes pour les étudiants issus des zones sous dotées sont celles qui verront la plus grande adhésion au service public de santé de proximité.

1062. Il s'agit d'inscrire la faculté dans une logique de proximité, de former des professionnels enclins à pratiquer au sein de ces territoires, conscients et formés pour les difficultés particulières qu'ils pourront y rencontrer. Ces facultés doivent constituer de véritables viviers d'innovation pour la médecine ambulatoire de demain. Pour autant, le contingentement induit par la présence du *numerus clausus* et de l'internat n'est qu'un embryon de solution pour lutter contre la désertification médicale qui doit s'articuler avec d'autres dispositifs de régulation et d'incitation.

1063. Différentes craintes restent perceptibles, il faut notamment être conscient que les inégalités sont perceptibles à des échelons infrarégionaux, voire même infradépartementaux. Une même faculté est donc susceptible de former des étudiants qui iront exercer au sein de zones sous-dotées, et d'autres, au sein de zones surdotées en professionnels de santé²¹²⁵. Ce constat laisse percevoir la question sous-jacente de la cohérence du maillage universitaire tel qu'il existe.

Il est encore nécessaire de noter le risque lié à l'absence d'adhérence aux territoires de formation lors de la première installation ainsi qu'à l'exercice libéral lequel ne constitue plus un mode privilégié par les étudiants à l'issue de leurs études.

B. Renouveler l'attractivité de l'exercice de la médecine générale auprès des étudiants en médecine

1064. Il persiste aujourd'hui une suprématie du domaine hospitalier sur l'ambulatoire et l'exercice libéral. De fait, « *l'hôpital est aujourd'hui plus attractif pour la majorité des jeunes médecins que l'exercice libéral traditionnel en cabinet individuel*²¹²⁶ ». Ce déséquilibre ne permet pas d'endiguer les inégalités d'accès aux soins et contribue même à leur creusement. Il est indispensable d'opérer un rééquilibrage au sein du service public de santé de proximité en faveur de la médecine libérale.

²¹²⁵ C'est le cas notamment en région PACA avec les facultés de médecine de Marseille et Nice

²¹²⁶ Y. Bourgueil, « Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir », art. cit., pp. 159-167

Pour cette raison, la voie universitaire doit permettre la valorisation de la pratique de la médecine générale et plus généralement tout au long du cursus par une professionnalisation accrue du parcours de médecine générale (1), et envisager la mise en œuvre d'engagements forts des étudiants envers le service public de santé de proximité (2).

1. La promotion universitaire d'une médecine générale au service des usagers

1065. Le médecin généraliste dont la responsabilité auprès du système de santé ne cessera de progresser à l'avenir tant sa place dans le service public de santé de proximité est prégnante ne bénéficie pas auprès des étudiants et même des professionnels de santé en exercice d'une place de cœur. Les médecins généralistes ne peuvent assumer cette responsabilité auprès du service public que si le « *statut du professionnel est reconnu et si le fonctionnement du système est en cohérence avec cette dimension*²¹²⁷ ». ».

L'absence de reconnaissance de la médecine générale résulte notamment d'une formation qui se calque sur l'exercice hospitalier. Ce constat ne fait que retranscrire « *les murs de verre*²¹²⁸ » qui subsistent entre le service public hospitalier et l'exercice libéral.

1066. Pour permettre aux étudiants d'apprécier la qualité de l'exercice de médecine générale, la voie des stages obligatoires en médecine générale a été explorée. Un stage de découverte au cours du deuxième cycle est normalement obligatoire²¹²⁹ « *depuis 1997, mais n'a pas encore été mis en place dans la plupart des facultés*²¹³⁰ ». Des chiffres plus récents attestent que cette obligation n'est concrétisée totalement que dans 9 des 35 facultés, soit une moyenne nationale de réalisation de l'ordre de 60%²¹³¹. Le plus souvent, ce sont donc uniquement les étudiants qui choisissent la médecine générale à l'issue des ECN qui réalisent des stages en milieu ambulatoire au cours du troisième cycle. Ce constat apparaît surprenant dans la mesure où près d'un étudiant sur deux d'une promotion sera appelé à exercer cette activité²¹³².

²¹²⁷ P.-L. Druais, *La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé*, op. cit., p. 8

²¹²⁸ J.-L. Romanens, *Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre*, Revue droit et santé, n°2, 2016, p. 72-83

²¹²⁹ Article 12 de l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JORF n°72 du 26 mars 1997 page 4684 ; Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JORF n°273 du 25 novembre 2006, p. 17696

²¹³⁰ M. Legmann, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, op. cit., p. 13

²¹³¹ L. Dalhem, *Influence du stage de deuxième cycle en médecine générale sur le choix aux ECN, étude réalisée à Bordeaux, Lille et Lyon en 2016*, Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine, 5 octobre 2017, Bordeaux, p. 9

²¹³² E. Hubert, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Rapport au Président de la République, Novembre 2010, p. 28

1067. Le stage préalable au passage des épreuves classantes nationales doit être généralisé en ce qu'il constitue une ouverture indispensable sur le monde ambulatoire dont les étudiants en médecine ignorent tout. L'influence du stage de médecine générale de deuxième cycle sur le choix aux épreuves classantes nationales a fait l'objet d'une thèse qui met en évidence que « *le stage augmente l'envie d'être généraliste (...). Cette envie est d'autant plus importante que l'externe a été actif pendant la consultation, qu'il a acquis des connaissances pratiques (...)* »²¹³³. Une telle obligation aujourd'hui inefficace, tombe sous le sens aux vues des difficultés auxquelles est exposé le système de santé.

1068. Bien que l'hétérogénéité domine dans la réalisation des stages, nombreux sont les étudiants qui « *découvrent chez leur maître de stage une qualité de pratique médicale à laquelle ils ne s'attendaient pas (...)* »²¹³⁴, d'autres sont encore « *impressionnés par le niveau de connaissance et d'exigence scientifique auquel parvient à se maintenir ce que l'on peut considérer comme une élite des omnipraticiens* »²¹³⁵. La pratique de la médecine générale souvent dévalorisée par le domaine universitaire pour son absence de spécialisation fait en réalité appel à une somme de connaissances que peu de spécialistes sont susceptibles de maîtriser.

1069. Le stage permet aussi à l'étudiant d'aiguiser ses connaissances du système de santé et de se sensibiliser aux difficultés liées à la pratique de l'exercice de médecine générale. Il offre donc de multiples vertus qui participent au cheminement intellectuel de l'étudiant en médecine dans la détermination de son choix. Ne pas offrir de stage obligatoire aux étudiants de médecins revient ainsi dans la plupart des cas à réduire l'hypothèse d'un choix de médecine générale quasi nul.

Dès 2010, le rapport Legmann préconisait la mise en œuvre d'un stage de découverte et d'initiation à la médecine générale au cours de la deuxième année de médecine, d'une durée de deux mois, cette mesure cherchait à élargir le spectre de réflexion des étudiants. Cette mesure bien que positive se heurte à la difficulté de développer les réseaux de maîtres de stages pour les difficultés auparavant évoquées²¹³⁶.

1070. Outre le développement des terrains de stage, la professionnalisation du D.E.S de médecine générale constitue un enjeu fondamental pour l'amélioration de l'accès aux soins. Cette professionnalisation pourrait se parfaire par l'inclusion d'une quatrième année qui constituerait une

²¹³³ E. Cattin, S. Facchinetti, *Stage de second cycle en médecine générale en Rhône-Alpes-Auvergne : impact et influence de ses modalités sur l'envie d'être généraliste*, Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine, 2010, Grenoble, p. 31

²¹³⁴ G. Bloy, « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, 2005/1, pp. 101-125

²¹³⁵ *Ibidem*

²¹³⁶ *Supra*, 143 et s.

transition professionnalisante entre les études et l'installation des médecins généralistes. Ce souhait a été émis à de nombreuses reprises depuis 2008 par l'inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale et pourrait permettre aux futurs professionnels d'obtenir une formation complémentaire et d'acquérir l'autonomie suffisante avant d'être diplômé²¹³⁷, cette idée a par ailleurs été reprise par de nombreux rapports²¹³⁸. Une large part des diplômés en médecine générale n'ont à leur actif, au bout de 9 ans d'études qu'un stage de six mois auprès d'un praticien de leur future spécialité²¹³⁹.

1071. La dernière loi de santé a fait l'objet d'amendements à ce sujet²¹⁴⁰ afin d'introduire une disposition contestable en la matière. Les Sénateurs ont ainsi approuvé le principe selon lequel « *la dernière année du troisième cycle est une année de pratique ambulatoire en autonomie* », et ce, en priorité dans les zones sous dotées. Cet amendement apparaît doublement contestable, en effet, il réduit en réalité le cursus d'une année de formation en livrant le futur médecin encore plus précocement aux patients. Le caractère autonome va à l'encontre de la professionnalisation. De plus, le fait qu'il soit réalisé « *en priorité* » dans les zones sous dotées et non de manière obligatoire, laisse présager qu'il sera la plupart du temps réalisé en dehors de ces zones. Le texte final est revenu de manière parcellaire sur cette mesure, il a ainsi diminué la durée du stage en la fixant au minimum à un semestre, et a précisé qu'il devait s'effectuer en autonomie supervisée²¹⁴¹.

Il s'agit donc d'une occasion ratée de mêler professionnalisation et meilleur accès aux soins. Malgré tout, nous pensons que des outils de régulation plus ambitieux peuvent être introduits dès les études médicales pour permettre une professionnalisation accrue des médecins généralistes et d'améliorer l'accès aux soins.

2. La création d'outils de régulation actifs à destination des étudiants du service public de santé de proximité

1072. Si la logique de proximité est essentielle au cours des études médicales, le risque de voir les étudiants se déplacer après leur internat est grand. Pour lutter contre cette fuite, différentes propositions ont été émises ou mises en œuvre.

²¹³⁷ H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment, op. cit.*, p. 53

²¹³⁸ P.-L. Druais, *La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé, op. cit.*, p. 16 ; E. Hubert, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Rapport au Président de la République, Novembre 2010, p. 37

²¹³⁹ *Ibidem*, p. 36

²¹⁴⁰ Amendement n°762 rect. Au projet de loi organisation du système de santé, 29 mai 2019, Sénat, Amendement n°1 rect. Quater au projet de loi organisation du système de santé, Sénat, 3 juin 2019

²¹⁴¹ Article L. 632-2 du Code de l'éducation

1073. Pour contrer la désaffection de la médecine générale au moment des choix post-épreuves classantes nationales, un décret de 2013²¹⁴² est venu limiter les possibilités en matière de redoublement. De nombreux étudiants préfèrent le redoublement que le choix de la médecine générale. Le code de l'éducation prévoit que les étudiants ne peuvent se présenter que deux fois aux épreuves classantes nationales dans des conditions limitatives. Dans le premier cas, l'accès aux secondes épreuves classantes nationales est ouvert à l'interne qui a obtenu une première affectation et désire bénéficier d'un deuxième choix alors qu'il a engagé sa formation dans la spécialité. Dans le second cas, il s'agit d'une dérogation obtenue exceptionnellement pour des motifs sérieux dûment justifiés de renoncer à la procédure de choix²¹⁴³.

La limitation des possibilités de redoublement à l'internat ajoutée à une meilleure adéquation entre le nombre de postes disponibles et le nombre de candidats aux épreuves classantes nationales constitue un moyen d'action contre la vacance de nombreux postes fondamentaux pour l'accès aux soins.

1074. Une autre proposition plus radicale consistait à inscrire un renoncement temporaire à la liberté d'installation par la mise en œuvre d'une obligation de service public à l'issue des études médicales. C'est notamment le cas d'une proposition de loi du député Vigier de 2012 qui prévoyait à la fois la réalisation d'un stage au cours de la troisième année du troisième cycle au sein d'une zone sous dotée et la mise en œuvre d'une obligation d'exercice d'au moins trois ans à l'issue des études médicales au sein de ces territoires²¹⁴⁴. Cette idée a été réintroduite à différentes reprises par la suite et revient régulièrement dans le débat public souvent justifiée par le faible coût des études médicales en France. En 2018 c'est le député Viala qui proposait à nouveau une telle obligation, il ménageait toutefois une porte de sortie pour les médecins qui ne s'y plieraient pas avec le versement d'une amende de 1000 euros par mois non effectué au sein d'une zone sous-dotée²¹⁴⁵.

1075. Néanmoins, cette mesure apparaît comme une régulation importante à l'égard d'étudiants en médecine dont les sacrifices sont déjà très importants. Une telle mesure ne permet pas de stabiliser de manière durable la démographie, il ne s'agit pas d'introduire un turn-over incessant dans les territoires en difficulté, mais au contraire d'inscrire les installations dans un cadre durable.

²¹⁴² Décret n°2013-756 du 19 août 2013 relatif aux dispositions réglementaires des livres VI et VII du code de l'éducation, JORF n°0192 du 20 août 2013, p. 14148

²¹⁴³ Article R. 632-5 du Code de l'éducation modifié par Décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation

²¹⁴⁴ Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire présentée par le Député Philippe Vigier, n°284, 10 octobre 2012

²¹⁴⁵ Proposition de loi visant à augmenter le numerus clausus en médecine et à faciliter l'installation des médecins sur les territoires ruraux présentée par le Député Viala et autres, n°1251, 19 septembre 2018

Les médecins doivent constituer la colonne vertébrale du service public de santé de proximité, ainsi, il apparaît essentiel d'obtenir leur participation, or, une telle mesure contraignante à l'égard des futurs professionnels serait un message négatif qui braquerait de manière durable les syndicats médicaux sur leurs positions.

1076. En ce sens, nous préférons pour l'heure, opter pour une régulation globale à l'installation qui sera étudiée par la suite par le biais d'un conventionnement territorialisé. Toutefois, les études de médecine, marquées par la difficulté à réussir la première année de semblent pour nous une voie de réflexion prioritaire pour rétablir l'accès aux soins. Il s'agit en effet de mettre en œuvre un contrat sur la base du volontariat par lequel l'étudiant voit son accès aux études médicales facilité en contrepartie d'un engagement envers le service public de santé de proximité.

1077. Le contrat d'engagement à la rénovation de l'accès aux soins peut constituer un puissant outil d'amélioration de l'accès aux soins. Il s'agit de construire un outil programmatif au service des territoires et des spécialités connaissant les plus grandes difficultés. L'idée sous-jacente à ce contrat est d'offrir la possibilité à des étudiants en première année de médecine de bénéficier d'un accès à la deuxième année facilité en contrepartie d'un engagement précoce envers un territoire et une spécialité concernée par les problèmes d'accès aux soins. Ce contrat s'accompagne d'une aide financière pour l'étudiant. Si au premier abord, il peut apparaître semblable au contrat d'engagement de service public, ce contrat est bien plus précis en ce qu'il permet une véritable programmation sur un territoire et dans une spécialité considérée, et ce, dès l'entrée dans les études médicales contrairement au contrat d'engagement de service public qui n'opère qu'une orientation tardive.

Ce contrat d'engagement à la rénovation de l'accès aux soins peut permettre à des étudiants issus de territoires ruraux ou périurbains de réaliser des études médicales avec un accompagnement financier et la certitude d'exercer au sein d'un territoire particulier. Une telle mesure constitue une mesure d'accompagnement des étudiants qui n'auraient pas nécessairement les moyens financiers d'affronter une première année de médecine. Elle est donc à la fois une mesure qui vise à rétablir l'accès aux soins sur les territoires, mais aussi une mesure introduisant plus d'égalité dans l'accès aux études médicales.

Il n'est pas pour autant question de sacrifier l'excellence des études médicales sur l'autel de l'accès aux soins. C'est pourquoi il sera nécessaire de mettre en place des procédures de sélection des étudiants avec lesquels ces contrats peuvent être conclus.

Les études médicales et les universités doivent devenir un pilier de l'action du service public de santé de proximité. Malheureusement, ces mesures ne s'avèreront fructueuses qu'au terme d'une longue période due à la durée des études médicales. De plus, elles ne permettront pas de gommer la totalité des problématiques d'accès aux soins. Conscient de ces enjeux, il apparaît indispensable de recourir à des mécanismes de régulation de l'installation des médecins.

Section 2. Le recours à la régulation active dans l'installation des médecins sur le territoire

1078. La médecine libérale est l'objet d'une inertie importante tant les professionnels et leurs syndicats s'arc-boutent sur les principes édictés en 1927²¹⁴⁶. En parallèle, Guillaume Rousset note que « *les négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les syndicats de plusieurs professions paramédicales témoignent d'une réelle prise de conscience de la gravité de ces inégalités territoriales et de la nécessité de mettre en place des outils correctifs*²¹⁴⁷ ». Le cas des médecins semble pour sa part s'écarter d'une telle prise de conscience. Dans les intentions, la dernière convention médicale met en avant que « *pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins facilité sur le territoire, d'une prise en charge coordonnée de leurs pathologies privilégiant la qualité et la prise en charge en ambulatoire, l'assurance maladie et les médecins libéraux souhaitent s'engager dans des objectifs partagés et des mesures structurantes*²¹⁴⁸ ». Dans les actes, les actions mises en œuvre s'avèrent peu propices à une amélioration de l'accès aux soins.

1079. La convention médicale au fil des temps est devenue un outil essentiel de détermination de la pratique médicale, bien que strictement encadrée par les dispositions législatives²¹⁴⁹. Preuve en est, la ministre de la Santé Agnès Buzyn a mis dans les mains de l'union nationale des caisses d'assurance maladie le soin d'entamer la négociation avec les médecins sur le recours aux assistants médicaux, leur rôle ou encore leur rémunération²¹⁵⁰. Nous estimons que c'est par ce mécanisme conventionnel que doivent s'inscrire la majorité des évolutions essentielles au rétablissement d'un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

²¹⁴⁶ Confédération des syndicats médicaux français, Charte de la médecine libérale, 1927

²¹⁴⁷ G. Rousset, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité », art. cit., pp. 5-14

²¹⁴⁸ 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

²¹⁴⁹ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, op. cit., p. 75

²¹⁵⁰ Lettre de cadrage de la Ministre de la santé Agnès Buzyn au Président du conseil de l'UNCAM William Gardey, 20 novembre 2018

1080. Deux séries de disposition de régulation méritent d'être étudiées dans cette section. La première tient à la mise en place d'un mécanisme de conventionnement territorial graduel des professionnels de santé sur le territoire (Paragraphe 1), la seconde série concerne la mise en œuvre de mécanismes propres à satisfaire la continuité et la permanence des soins pour l'ensemble des usagers du service public de santé de proximité (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. L'instauration d'un mécanisme de conventionnement territorial graduel respectueux des principes du service public de santé de proximité

1081. La mise en œuvre de mesures de régulation de l'installation des professionnels de santé libéraux constitue une obligation dans l'objectif de rétablissement d'un égal accès aux soins au sein du service public de santé de proximité. Cette régulation doit se mettre en place par une définition conventionnelle axée autour de principes strictement définis (A) et trouver son écho dans la définition de zones caractérisées par leurs besoins en termes de professionnels de santé (B).

A. La régulation de l'installation des professionnels libéraux par la voie conventionnelle

1082. Il n'est nul doute qu'une telle mesure de régulation sera accueillie négativement par les professionnels, ces derniers considèrent que l'introduction d'un conventionnement sélectif constitue une « *mesure démagogique, dangereuse et inefficace*²¹⁵¹ ». Pour autant, des mesures semblables ont été adoptées par d'autres professions de santé, la dernière convention des chirurgiens-dentistes ouvre d'ailleurs la voie à un tel conventionnement sélectif²¹⁵². Ces professions ont saisi l'urgence d'une telle mesure qu'il convient de mettre en œuvre auprès des médecins libéraux dans des modalités renouvelées prenant en compte les failles constatées dans les dispositifs actuels.

Le conventionnement territorial graduel doit se construire autour de principes structurants pour l'accès aux soins (1), tout en se conciliant avec le maintien d'une liberté d'installation pour les professionnels qui le souhaitent (2).

²¹⁵¹ Communiqué de presse de l'ISNAR-MG, « La proposition de Loi GAROT à l'épreuve du bon sens », 24 janvier 2019

²¹⁵² Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, JORF, 25 août 2018, Texte 5, son article 3.2 prévoit que « les partenaires conventionnels s'engagent à mettre en place un groupe de travail afin d'élaborer un dispositif démographique de régulation du conventionnement dans les zones qualifiées de sur dotées par le directeur général de l'ARS (...) »

1. Les principes structurants du conventionnement territorial graduel

1083. Les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes et, plus récemment les chirurgiens-dentistes ont utilisé la voie conventionnelle pour mettre en œuvre des mesures visant à équilibrer la démographie de leur profession. Ces professions ont saisi l'opportunité d'une gestion négociée de leur conventionnement qui a permis une revalorisation de leur profession.

1084. Cette action de régulation par le biais d'un conventionnement territorial graduel auprès des médecins est d'autant plus nécessaire que « *le médecin est le prescripteur et que sa présence (ou son absence) a un impact fort sur l'activité des autres professionnels (...). Pour autant ce n'est pas parce que cette profession est importante à ce propos qu'elle doit occulter les autres métiers*²¹⁵³ ». Le bénéfice d'un statut dérogatoire de liberté d'installation totale, pourrait, à terme déséquilibrer l'ensemble du système de santé dans les territoires les plus en difficulté. Il y a de fortes chances que la disparition progressive des médecins sur les territoires les moins dotés voit succéder un retrait progressif des professions pour lesquels il constitue le prescripteur essentiel.

1085. Pour l'heure, les médecins libéraux accèdent de manière automatique au conventionnement, le code de la sécurité sociale dispose à cet effet que « *les professionnels non adhérents (...) qui souhaitent devenir adhérents en font la demande par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité*²¹⁵⁴ ». De la même manière, les professionnels peuvent décider de ne plus adhérer à la convention médicale par un simple courrier recommandé à la caisse primaire d'assurance maladie²¹⁵⁵, la décision prend effet un mois après la réception du courrier et ne prive pas le médecin d'une nouvelle demande de conventionnement par la suite²¹⁵⁶. Le conventionnement des professionnels de santé est chose acquise, dès lors que le professionnel remplit les conditions légales d'exercice de la médecine²¹⁵⁷. Par simple déclaration, le médecin qui adhère à la convention accède à un marché important qui lui est garanti par le remboursement d'une partie des frais des usagers du système de santé.

²¹⁵³ G. Rousset, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral ? », art. cit., pp. 111-124

²¹⁵⁴ Article R. 162-54-9 al 2 du Code de la sécurité sociale modifié par décret n°2010-572 du 28 mai 2010

²¹⁵⁵ Article R. 162-54-9 al 3 du Code de la sécurité sociale modifié par décret n°2010-572 du 28 mai 2010

²¹⁵⁶ Article 79 de l'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

²¹⁵⁷ Article L. 4111-1 du Code de la santé publique

1086. Le principe initial du conventionnement territorial graduel est de pouvoir librement moduler le conventionnement des médecins libéraux en fonction de la densité en professionnels libéraux sur un territoire défini. Sur le principe général, le conventionnement territorial graduel s'apparente au conventionnement territorial proposé par le député Faure défini dans les termes suivants : « *dans les zones définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone*²¹⁵⁸ ». Il connaît encore de nombreuses analogies avec le conventionnement sélectif qui fonctionne suivant « le principe « une installation pour un départ » dans les zones surdotées. Ce mécanisme existe déjà pour la plupart des professions de santé (...) et a largement fait les preuves de son efficacité²¹⁵⁹ ».

1087. Le conventionnement territorial graduel s'inspire de ces propositions tout en tenant compte des faiblesses et reproches rencontrés par ces dispositifs notamment dans leur application auprès des professions qui en ont fait le choix. Est ainsi fréquemment évoqué à propos de tels dispositifs le risque d'effets de bord²¹⁶⁰. Ces effets aussi appelés effets frontière sont une réalité. En bornant de manière stricte un territoire au sein duquel les professionnels ne peuvent plus se voir attribuer de conventionnement, ces derniers s'amassent aux frontières du territoire initialement surdoté et créent de nouveaux îlots aux densités trop importantes en bordure de celui-ci. Ces effets participent d'un déplacement du problème plus que d'une résolution.

1088. Il s'agit de découper le territoire selon un zonage permettant de limiter les effets de frontière par la mise en place de zones tampons. Le territoire serait alors découpé en cinq niveaux sur lesquels le conventionnement serait modulé en fonction des objectifs à atteindre en matière de densité médicale. Le territoire serait découpé en cinq types de zones²¹⁶¹ allant de très sous-dotée à très surdotée définies suivant des critères de détermination.

Le principe initial est celui de la limitation du conventionnement en zone très surdotée, au sein de ces zones, l'installation n'est possible qu'en remplacement d'un praticien qui cesse son activité, la transfère dans une autre zone où part à la retraite. Ce dispositif ne vise pas à dépeupler une zone aux faveurs d'une autre et de mettre en concurrence les territoires, mais à rééquilibrer la

²¹⁵⁸ Proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale, 6 décembre 2017, n°477

²¹⁵⁹ H. Maurey, L.-J. de Nicolaj, *Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur l'aménagement du territoire*, Sénat, 31 mai 2017, n°565, p. 66

²¹⁶⁰ J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, Sénat, n°686, 2017, p. 70

²¹⁶¹ Très sur-dotée Z1, sur-dotée Z2, dotée Z3, sous-dotée Z4, très sous-dotée Z5

densité sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de « *ne pas densifier davantage les zones déjà suffisamment pourvues alors que d'autres manquent cruellement de médecins*²¹⁶² ». La crainte d'une densification encore plus importante des zones très surdotées deviendra rapidement une réalité si l'annulation du *numerus clausus* et l'augmentation du nombre d'étudiants de près de 20% ne sont pas accompagnées d'une telle mesure de rééquilibrage.

Au sein des zones surdotées, le conventionnement sélectif doit en outre constituer une mesure susceptible de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins. En ce sens, les nouvelles installations autorisées au sein de ces zones, suite à un remplacement ou dans des circonstances exceptionnelles, ne peuvent s'effectuer qu'en acceptant un conventionnement en secteur 1. La mesure vise à opérer un remplacement progressif des professionnels exerçant en secteur 2 au sein des zones surdotées et d'agir dans une double dimension sociale et territoriale d'accès aux soins.

1089. Dès lors, il convient d'analyser la compatibilité d'une telle mesure de conventionnement territorial graduel avec la liberté d'installation des professionnels libéraux²¹⁶³.

2. Le conventionnement territorial graduel sous le prisme de la liberté d'installation

1090. L'atteinte à la liberté d'installation constitue une critique récurrente à l'évocation de tout dispositif de régulation du conventionnement des professionnels de santé. Toutefois, prendre un tel raccourci reviendrait à considérer que le conventionnement constitue une obligation pour les professionnels de santé sans lequel ces derniers ne peuvent pas exercer.

1091. La menace d'une sortie massive de la convention des professionnels libéraux est d'ailleurs fréquemment brandie pour les syndicats tenants d'une lecture stricte des libertés médicales. Cet ultimatum est d'ailleurs symptomatique de l'antagonisme qui réside dans « *le maintien d'une prise en charge collective de la santé qui respecte les règles libérales de la médecine obligatoire*²¹⁶⁴ ».

En soi, les médecins bénéficient du choix d'être ou de ne pas être conventionnés, l'effort à l'installation n'existe dans ce système que pour le professionnel qui s'inscrit dans le cadre du conventionnement. À ce jour, il n'existe pas de droit acquis au conventionnement pour les médecins libéraux. Ce n'est pas parce que le conventionnement est pour l'heure automatique pour

²¹⁶² Proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale, 19 décembre 2018, n°1542

²¹⁶³ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale

²¹⁶⁴ P. Abecassis, J.-P. Domin, « Le rôle des syndicats de médecins dans la production des idées en matière de politique de conventionnement », *Mots. Les langages du politique*, 2016/1, n°110, pp. 119-139

le médecin qui respecte les conditions lui permettant d'exercer son art que les conventions futures ne pourront pas prévoir de conditions supplémentaires pour y adhérer.

1092. La convention infirmière a ainsi introduit un avenant²¹⁶⁵ qui met en place une procédure de contrôle des demandes de conventionnement en zone « surdotée », l'infirmière adresse une demande à la CPAM du ressort du lieu d'installation envisagé dans laquelle elle doit préciser expressément les conditions d'installation projetée. Par suite, le directeur de la CPAM saisit la commission paritaire départementale²¹⁶⁶ en lui transmettant les informations relatives à la demande. La commission paritaire départementale a alors un délai de trente jours pour rendre son avis, à défaut l'avis est considéré rendu. Elle peut demander pendant ce temps des éléments complémentaires ou entendre l'infirmière. Enfin, le directeur de la CPAM notifie sa décision à l'infirmière par lettre recommandée, la décision est fondée sur des critères objectifs tenant compte notamment de l'offre de soins compte tenu de la cessation définitive d'activité d'un infirmier ainsi que des conditions d'installation projetées dans un objectif de continuité de la prise en charge de l'activité assurée par l'infirmier cessant son activité et d'intégration avec les autres professionnels dans la zone considérée.

1093. La décision de conventionnement tient donc notamment à ces conditions, ce qui implique que le directeur de la caisse primaire d'assurance n'est pas tenu strictement à ces deux critères pour rendre sa décision. Pour autant, si le directeur de la CPAM rend une décision en contrariété avec l'avis de la commission paritaire départementale, la commission paritaire nationale est saisie et donne son avis au directeur de la caisse dans un délai d'un mois. Un nouvel avenant est apparu et prévoit une procédure de renvoi devant l'union nationale des caisses d'assurance maladie en cas de désaccord entre la commission paritaire nationale et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie. C'est alors la décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie qui s'impose au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie.

1094. Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie n'est ainsi pas lié aux avis rendus successivement par la commission paritaire départementale puis nationale en cas de désaccord, toutefois, il doit se conformer à la décision du directeur général de l'union nationale des caisses

²¹⁶⁵ Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, JORF, 18 octobre 2008, texte 36

²¹⁶⁶ Composée de représentants des organisations syndicales signataires de la convention et des représentants des caisses d'assurance maladie selon l'article 7.3.3 de l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie, JORF, 25 juillet 2007, Texte 33

d'assurance maladie en cas de désaccord avec la commission paritaire nationale. Il est dans l'intérêt des directeurs de caisses primaires de suivre les avis émis par les commissions paritaires. En effet, les directeurs de caisses primaires sont conscients de l'intérêt suscité par leurs décisions auprès des syndicats représentatifs. Ils doivent d'ailleurs transmettre, deux fois par an, à la commission paritaire régionale une information sur le nombre de conventionnements acceptés en zone « surdotée », le nombre de refus et leurs motivations.

1095. Cette procédure garantit ainsi une régulation de la démographie en fonction de critères objectifs ainsi que la protection des intérêts de la profession par la composition des commissions paritaires départementales et nationales.

1096. L'introduction d'un mécanisme de conventionnement territorial graduel à liberté d'installation peut effectivement faire perdre à la liberté d'installation des professionnels libéraux son caractère absolu. Pour autant, le conventionnement ne constituant pas un droit pour les professionnels de santé, et l'exercice étant possible hors de toute procédure de conventionnement, cette mesure de régulation ne constitue pas une atteinte injustifiée à la liberté d'installation des professionnels, plus encore, la mesure, se conforme à l'intérêt général qui justifie cette atteinte aux libertés médicales.

1097. Face à la mise en œuvre d'un conventionnement sélectif les médecins brandissent régulièrement la menace d'un déconventionnement massif. Cette hypothèse s'avèrerait désastreuse pour l'accès aux soins, les soins fournis n'étant alors plus remboursés par l'assurance maladie. Toutefois, elle n'a que peu de chances d'aboutir tant les revenus des professionnels de santé dépendent de la solvabilisation du système par la sécurité sociale.

Il est intéressant de voir que le déconventionnement a été évoqué comme possible mesure punitive à l'égard des médecins qui dépassent les plafonds de dépassements d'honoraires par la Cour de comptes²¹⁶⁷ et le Conseil d'État²¹⁶⁸ ce qui démontre que le conventionnement est une nécessité pour une majorité de médecins. Alain Lopez note que « *le retrait d'autorisation est un moyen radical pour sanctionner le dysfonctionnement d'un opérateur ou son insuffisance (...). Les malades d'un médecin déconventionné n'étant plus remboursés des soins reçus risquent fort de s'adresser à un autre praticien*²¹⁶⁹ ». C'est effectivement le sentiment qui prévaut, le déconventionnement apparaît plus comme une mesure

²¹⁶⁷ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, Novembre 2017, p. 186

²¹⁶⁸ Conseil d'État, 9 décembre 1994, Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret et autres, req. n°114-650

²¹⁶⁹ A. Lopez, *Réguler la santé*, Presses de l'EHESP, 2013, p. 390

de sanction que comme une mesure permettant aux médecins libéraux d'accéder à un statut préférentiel, dans le cas contraire, les médecins exerçant hors convention seraient bien plus nombreux que les 1,2 % constatés en 2014²¹⁷⁰.

1098. Le conventionnement sélectif constitue une mesure de régulation justifiée par l'intérêt général au sein du service public de santé de proximité. Pour autant, les médecins qui estimeraient ces mesures illégitimes eu égard à l'indépendance et à la liberté due à leur profession conservent la faculté de rester hors du système conventionnel.

Ces éléments éludés, il est essentiel de s'attarder sur l'établissement du zonage qui constitue une étape essentielle pour envisager un rééquilibrage de la démographie médicale.

B. Le zonage un élément essentiel d'efficacité du conventionnement territorial graduel

1099. La mise en œuvre de telles mesures de conventionnement différencié nécessite la détermination d'un zonage précis du territoire apte à permettre un rééquilibrage de la démographie médicale. Il doit permettre de mettre en avant « les « zones grises » devant faire l'objet d'une approche singulière pour garantir l'accès aux soins²¹⁷¹ ». Pour déterminer le zonage le plus efficace pour les médecins libéraux, il convient de s'inspirer des zones et critères définis par les professions ayant eu recours au conventionnement sélectif (1), avant de considérer l'importance de ce zonage dans l'application des mesures de régulation actives et incitatives au service de l'accès aux soins (2).

1. La détermination d'une méthodologie de zonage au plus proche des besoins des usagers du service public de santé de proximité

1100. Pour permettre un rééquilibrage au plus proche des besoins en matière d'accès aux soins, il est indispensable d'utiliser des indicateurs qui permettent d'apprécier le plus finement possible les besoins d'un territoire. En matière de médecine générale, la « *cartographie pionnière*²¹⁷² » des zones

²¹⁷⁰ S. Blainville, *Médecins généralistes non conventionnés : motivations et degré de satisfaction*, Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, 27 septembre 2016, Faculté de médecine de Rouen, p. 16

²¹⁷¹ I. Poirot-Mazères, « Territorialisation et accessibilité des soins », in C. Castaing, *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude du 22 novembre 2011, Les études hospitalières, pp. 130-152

²¹⁷² G. Chevillard, V. Lucas-Gabrielli, J. Mousques, « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », art. cit., pp. 362-380

déficitaire a été établie en 2003 par le rapport Descours²¹⁷³. Un décret de 2003²¹⁷⁴ a ensuite fait émerger l'existence législative de la zone déficitaire « *principalement à partir de critères de densité*²¹⁷⁵ ». Les mesures de détermination des zones déficitaires se sont ensuite succédées²¹⁷⁶ dans un objectif de détermination des sites susceptibles de bénéficier des aides et incitations à l'installation.

1101. Les professions ayant mis en œuvre le conventionnement sélectif ont toutes développé des techniques de zonage différentes à la fois sur le territoire retenu pour le découpage et sur les critères observés pour déterminer le niveau de dotation de la zone. Un arrêté de 2011 décrit ainsi les méthodologies retenues pour la détermination des zones et des niveaux de dotation de celles-ci pour les professions concernées²¹⁷⁷.

Concernant la délimitation des zones, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ont fait le choix des bassins de vie²¹⁷⁸, à l'exception des unités urbaines de plus de 30.000 habitants où le découpage correspond aux pseudo-cantons²¹⁷⁹. Pour le zonage relatif aux sages-femmes, il a été fait le choix d'un découpage selon les zones d'emploi²¹⁸⁰ qui sont bien moins nombreuses et donc

²¹⁷³ C. Descours, *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Juin 2003, 69 p.

²¹⁷⁴ Article 2 du décret n°2003-1140 du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes : « Une zone est considérée comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins cinq mille habitants sont constatées des difficultés d'accès au médecin généraliste. Ces difficultés sont établies lorsque trois des quatre conditions suivantes sont réunies : 1° Les habitants ne peuvent bénéficier des soins dispensés par un médecin généraliste dans un délai de déplacement inférieur à quarante minutes ; 2° L'effectif de médecins est inférieur à l'équivalent de trois médecins généralistes exerçant la médecine générale à temps plein pour cinq mille habitants ; 3° Le volume d'activité des médecins généralistes est supérieur à sept mille cinq cents actes par an pour 75% des médecins du territoire considéré ; 4° Est satisfait au moins l'un des trois critères suivants :

a) La proportion de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans est supérieure à 10% de la population sur le territoire considéré (...) »

²¹⁷⁵ G. Chevillard, V. Lucas-Gabrielli, J. Mousques, « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », art. cit., pp. 362-380

²¹⁷⁶ Circulaire n°2004-153 du 26 mars 2004 relative aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes ; Circulaire DHOS/03/DSS/UNCAM n°2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes ; Circulaire DHOS/DSS/DREES/UNCAM n°2008-130 du 14 avril 2008 relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes

²¹⁷⁷ Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique

²¹⁷⁸ INSEE, *La méthode de détermination des « bassins de vie 2012 »*, 2012, p. 6 définit le bassin de vie comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements courants (ou services) et à l'emploi. C'est une partition de la France métropolitaine en territoires proches où la population peut accomplir la majorité des actes de la vie courante. Le territoire est découpé actuellement en près de 1660 bassins de vie.

²¹⁷⁹ Le pseudo-canton est un regroupement de cantons électoraux

²¹⁸⁰ Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique : « une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent. Ce découpage prend en compte les spécificités de la profession, à savoir son effectif et sa clientèle, qui ne peut être comparées aux autres »

étendues que les zonages précités²¹⁸¹. Par conséquent, le zonage s'avère moins fin et proche des besoins du territoire concerné.

1102. Concernant la détermination de la dotation de la zone, l'arrêté met en avant trois méthodologies différentes qui s'expliquent par des spécificités propres à chacune des professions. Pour les infirmiers, la dotation est déterminée selon quatre indicateurs : honoraires moyens sans dépassement par infirmier, part des personnes âgées de plus de 75 ans, densité pour 100.000 habitants et nombre moyen d'indemnités kilométriques par IDEL.

Pour le zonage relatif aux masseurs kinésithérapeutes, un premier classement des zones est effectué suivant la densité pondérée de la profession sur la zone²¹⁸², la donnée est ensuite ajustée pour tenir compte des particularités locales d'activité en fonction notamment de l'âge des masseurs kinésithérapeutes et du nombre d'actes par patient.

Enfin, les sages-femmes ont réalisé le classement des zones par l'indicateur de densité, ce dernier est déterminé par le rapport entre les effectifs de sages-femmes libérales dans la zone d'emploi et le nombre de naissances.

1103. Dans les trois cas, le texte a prévu la possibilité d'une adaptation régionale par les agences régionales de santé, ces dernières peuvent dans le cas où les « *caractéristiques d'une zone tenant à sa géographie ou à des infrastructures de transports le justifient et par décision dûment motivée (...) classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur*²¹⁸³ ».

1104. Pour les mesures de conventionnement territorial graduel des médecins libéraux, le zonage retenu est celui des bassins de vie ainsi que des pseudos-cantons dans les unités urbaines de plus de 30.000 habitants. Ce découpage nous semble être assez fin pour une lecture des inégalités territoriales d'accès aux soins.

1105. Sur le plan des indicateurs pris en compte dans la catégorisation de la zone, l'outil qui semble à ce jour le plus complet semble être l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée. Il fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus²¹⁸⁴ et est utilisé par les agences régionales de santé dans la

²¹⁸¹ On recense actuellement 1666 bassins de vie contre 322 zones d'emploi sur le territoire français

²¹⁸² Obtenue en tenant compte du nombre de masseurs-kinésithérapeutes exprimé en équivalent temps plein, du temps passé par ces derniers dans les déplacements convertis en équivalent temps plein et de la population résidente standardisée par l'âge

²¹⁸³ Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique

²¹⁸⁴ M. Frélaud, « Les déserts médicaux », *Regards*, 2018/1, n°53, pp. 105-116

détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé²¹⁸⁵. Cet outil développé par la DREES et l'IRDES²¹⁸⁶ base son analyse sur plusieurs dimensions, la première relève la quantification de l'offre de soins au travers l'étude de nombreuses données²¹⁸⁷, la deuxième est la quantification de la demande de soins en tenant compte de la structure d'âge de la population et de sa consommation relative de soins. Enfin, l'indicateur inclut l'analyse de l'interaction entre offre et demande ainsi que la mesure de la distance.

1106. Cet indicateur apparaît comme le plus complet, prenant en compte les différentes dimensions qui influent sur l'accès aux soins ne se limitant pas à une étude de densité de présence des professionnels de santé sur un territoire donné. Ce dernier n'est pas pour autant exempt de biais, certains soulignent par exemple qu'il ne prend pas en compte « *le développement de la médecine ou, plus largement, de la capacité diagnostique ou thérapeutique à distance*²¹⁸⁸ » qui constituent pourtant aujourd'hui des outils véritables dans l'enjeu d'accès aux soins et de demande croissante liée au vieillissement de la population par exemple dans de nombreux pays tels que le Canada ou l'Australie. Il conviendra de suivre les évolutions en la matière pour adapter les variables de cet indicateur et rendre le zonage le plus conforme à la réalité de l'accès aux soins des usagers sur les territoires.

1107. La détermination du zonage est essentielle en ce qu'il permet l'application de mesures différenciées suivant les difficultés d'accès aux soins rencontrées sur les territoires.

2. Le zonage comme matrice d'application des mesures de rééquilibrage de la démographie médicale

1108. Le zonage constitue un préalable crucial de l'application du conventionnement territorial graduel et de son efficacité. Depuis 2003²¹⁸⁹ et les premières cartographies relatives à la présence

²¹⁸⁵ Décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, JORF n°0099 du 27 avril 2017, texte n°32

²¹⁸⁶ M. Barlet, M. Coldefy, C. Collin, V. Lucas-Gabrielli, *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France*, Série études et recherche, décembre 2012, n°124, 61 p.

²¹⁸⁷ *Ibidem*, p. 21, la quantification de l'offre de soins est calculée à partir de la nature du cabinet d'exercice : principal ou secondaire, la quantité d'actes réalisés, la compétences des médecins à exercice particulier, le secteur de conventionnement, l'âge du professionnel et la commune d'exercice

²¹⁸⁸ L. Chambaud, « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Regards*, 2018/1, n°53, pp. 19-28

²¹⁸⁹ C. Descours, *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, *op. cit.*, 69 p.

de zones sous dotées en professionnels de santé, les rapports se sont multipliés²¹⁹⁰ sans qu'il ne soit tiré de conséquences de la présence de zones surdotées. Jusqu'alors, les efforts se sont concentrés sur les zones déficitaires en professionnels de santé par le biais de mesures incitatives.

1109. L'établissement d'un zonage mettant en avant cinq niveaux d'accessibilité graduels permettra une mise en œuvre différenciée de mesures de régulation active et d'incitations à l'installation ou à des pratiques innovantes. L'action de rééquilibrage de la démographie est multidimensionnelle, c'est uniquement par la combinaison d'une action simultanée sur l'ensemble des territoires, dont les besoins sont différents qu'un rééquilibrage pourra être envisagé.

Au sein des territoires très surdotés, toute nouvelle installation sera conditionnée par le départ d'un médecin de la zone après autorisation de conventionnement obtenue auprès de la commission paritaire départementale dans un processus proche de celui mis en œuvre par les infirmiers. Les commissions paritaires départementales constituent un organe fondamental de suivi paritaire « *gage d'une meilleure association des médecins à l'organisation du système de santé*²¹⁹¹ ». Une nouvelle fois, ce mécanisme cherche l'adhésion des professionnels de santé et non leur opposition, il est donc fondamental qu'ils soient partie prenante dans l'ensemble du processus. Pour autant, il semble important de veiller à éviter tout risque de spéculation sur les patientèles, les mécanismes de régulation ont ainsi mis en avant pour les infirmiers des abus qui pourraient s'apparenter à la cession d'un droit au conventionnement bien que celui-ci ne soit pas automatique.

1110. Au-delà de l'autorisation de conventionnement, les professionnels pourront voir leurs revenus modulés suivant leur zone d'installation. En réalité, il ne s'agit non pas d'agir directement sur le revenu, mais sur la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux²¹⁹². Cette niche sociale représente une charge annuelle importante pour l'assurance maladie et un apport aux revenus des professionnels de santé important, la Cour de comptes la chiffrait en 2012 à deux milliards d'euros²¹⁹³.

²¹⁹⁰ Y. Berland, *Commission démographie médicale, op. cit.*, 2005, 62 p. ; DREES, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Série Etudes et résultats, n°679, février 2009 ; H. Maurey, *Déserts médicaux : agir vraiment*, Rapport du Sénat, n°335, 5 février 2013, 133 p. ; J.-N. Cardoux, Y. Daudigny, *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, Sénat, n°686, 2017, p. 62, 129 p. ; A. Freschi, P. Vigier, *Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain*, n°1185, Tome 1, Rapport de l'Assemblée nationale, 2018, 237 p.

²¹⁹¹ A. Vasselle, *Réforme de l'assurance maladie : les nouveaux outils de la régulation*, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, 2005, p. 19

²¹⁹² Article L. 162-14-1 du Code de la sécurité sociale 5°

²¹⁹³ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2012*, 2012, p. 289

1111. La convention médicale rappelle que cette prise en charge est assise « *sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires*²¹⁹⁴ ». Cette prise en charge des cotisations constitue une variable d'ajustement qui peut permettre de créer une zone tampon et éviter les effets frontière. Il s'agit donc de prendre en charge de manière graduelle les cotisations suivant que le professionnel s'installe dans une zone surdotée pour laquelle la prise en charge sera nulle, à une prise en charge maximale dans les zones sous-dotées. La détermination des seuils de prise en charge des cotisations devra être décidée de telle manière à dissuader une installation frontière aux zones où une autorisation est nécessaire pour obtenir un conventionnement.

1112. On peut à cet effet noter que le texte prévoit d'ores et déjà que « *la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice*²¹⁹⁵ ». La mise en œuvre de cette prise en charge s'inscrit dans le souhait d'une adhésion à la démarche conventionnelle notamment d'encadrement des honoraires permettant un meilleur accès aux soins. Or, la Cour des comptes que ce dispositif s'avère « *désormais sans réelles contreparties de meilleur accès aux soins*²¹⁹⁶ ». Introduire une telle modulation de la prise en charge des cotisations en fonction de la zone d'exercice permettrait de rétablir l'objectif initial de ce dispositif.

1113. Enfin, les zones sous-dotées et très sous-dotées sont les territoires théâtres des incitations diverses que nous avons eu à étudier précédemment, après que ces dernières aient été rationalisées. La conjonction des dispositifs incitatifs et du conventionnement territorial graduel permet de développer des régimes différenciés selon les territoires qui s'avèrent propices au rééquilibrage démographique. Outre la nécessité du service public de santé de proximité de satisfaire à l'égal accès aux soins sur le territoire, la protection de la santé implique une prise en charge continue et permanente.

Paragraphe 2. Les mécanismes de régulation active au service d'un accès aux soins permanent et continu

²¹⁹⁴ 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, JO, 23 octobre 2016, Texte 10, Article 69 de la convention

²¹⁹⁵ Article L. 162-14-1 du Code de la sécurité sociale 5°

²¹⁹⁶ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2012, op. cit.*, p. 300

1114. Il est primordial de distinguer la permanence des soins entendue comme les soins non programmés réalisés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux²¹⁹⁷ de la continuité laquelle « se caractérise non seulement par une collaboration entre les patients et les professionnels de santé, mais aussi par la communication, la coordination, et la cohérence de l'ensemble des actions entreprises²¹⁹⁸ ». Le service public de santé de proximité se doit de garantir un tel accès aux soins, il est donc indispensable de mettre en œuvre un mécanisme de permanence des soins efficient (A), et de dégager des principes susceptibles de satisfaire à l'exigence de continuité dans l'accès aux soins (B).

A. La rénovation du modèle de permanence des soins au service des usagers du service public de santé de proximité

1115. La permanence des soins telle qu'elle est envisagée actuellement est marquée par de multiples insuffisances²¹⁹⁹ (1), raison pour laquelle, il apparaît nécessaire de rénover ce mécanisme clé du service public de santé de proximité qui repose sur l'ensemble des acteurs (2).

1. Une participation à la permanence des soins inégale sur le territoire et entre les professionnels de santé

1116. Le système de permanence des soins est hérité d'une série de mesures adoptées en 2002 et 2003 à la suite d'une grève des gardes²²⁰⁰. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 retient que « sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins (...) dans le cadre de leur activité libérale (...) participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins²²⁰¹ ». Par effet domino, le code de la santé publique²²⁰² ainsi que le code de déontologie médicale ont été modifiés. Ce dernier énonce désormais le principe selon lequel « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent²²⁰³ ».

Le code de la santé publique a par la suite été modifié par la loi HPST et retient à présent que la « mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de

²¹⁹⁷ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé, op. cit.*, p. 56

²¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 309

²¹⁹⁹ C. Lemorton, *L'organisation de la permanence des soins, op. cit.*, p. 7

²²⁰⁰ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013, op. cit.*, p. 337

²²⁰¹ Article 40 de la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, JORF, 24 décembre 2002, p. 21482

²²⁰² Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique, JORF n°214, 16 septembre 2003, p. 15863

²²⁰³ Article 1^{er} du Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, JORF, 16 septembre 2003, p. 15864

santé, par les médecins (...), dans le cadre de leur activité libérale²²⁰⁴ ». Cette attribution d'une mission de service public n'a pas tardé à poser la question de la responsabilité du médecin libéral agissant dans le cadre de la permanence et de la possibilité de son rattachement au statut de collaborateur occasionnel du service public²²⁰⁵. La Cour de cassation a retenu que « *si la permanence des soins constitue une mission de service public, les actes de diagnostic et de soins réalisés par un médecin libéral lors de son service de garde engagent sa responsabilité personnelle, même lorsque son intervention a été sollicitée par le centre de régulation des appels*²²⁰⁶ ».

1117. Malgré l'apparente ambition des textes initiaux, ces derniers sont pondérés par le choix de la participation laissé aux professionnels libéraux. La permanence s'effectue sur la base du volontariat²²⁰⁷ des professionnels par le biais d'une inscription sur le tableau de permanence du secteur²²⁰⁸. Catherine Lemorton relève que le volontariat en la matière constitue le talon d'Achille de la permanence des soins avec une baisse constante des effectifs de médecins qui y participent²²⁰⁹ ce qui contribue au maintien, voire au renforcement des inégalités d'accès aux soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

1118. Certaines associations se sont formées telles que SOS médecin ou Garde médicale de Paris, mais ces initiatives restent principalement urbaines²²¹⁰. Il en est de même pour les maisons médicales de gardes²²¹¹ phénomènes dont l'inégalité de répartition se révèle criante²²¹². En nuit profonde, c'est-à-dire au-delà de minuit plus de 30 départements deviennent des zones blanches dont aucun des territoires n'est couvert par la permanence des soins des médecins libéraux²²¹³.

1119. Il faut ajouter à ce phénomène de désertification causé par le volontariat que le message est brouillé par « *la multiplicité d'acteurs non coordonnés et de l'impossibilité pour la population d'identifier le service adéquat, les sollicitations les plus banales se portent vers les intervenants d'urgence, alors qu'un traitement de faible*

²²⁰⁴ Article L. 6314-1 du code de la santé publique

²²⁰⁵ F. Lemaire, « Sur le statut du médecin libéral qui intervient dans le cadre de la permanence des soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°4, pp. 672-680

²²⁰⁶ Cassation Civile 1^{ère}, 4 février 2015, n°14-10.337

²²⁰⁷ Article R. 6315-4 du code de la santé publique

²²⁰⁸ Article R. 6315-2 du code de la santé publique

²²⁰⁹ C. Lemorton, *L'organisation de la permanence des soins*, *op. cit.*, p. 7

²²¹⁰ M. Del Sol, « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *art. cit.*, pp. 261-277

²²¹¹ Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B, n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire

²²¹² S. Gentile, B. Devictor, E. Amadeï, J. Bouvenot, A.-C. Durand, R. Sambuc, « Les maisons médicales de garde en France », *Santé publique*, 2005/2, Vol. 17, pp. 233-240

²²¹³ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018*, 2019, p. 24

*ampleur aurait suffi à guérir*²²¹⁴ ». Dans ce contexte, la Cour des comptes dépeint le manque de lisibilité du fait de la multiplication des dispositifs et notamment des numéros d'appel ce qui contribue à « *brouiller les possibilités de recours aux soins non programmés en dehors de l'hôpital*²²¹⁵ ». C'est donc préférentiellement vers les services d'urgences que se reportent nombre de malades dont l'état ne nécessite pas un tel service ce qui pose la question des services de régulation et de leur impact sur la prise en charge hors des horaires d'ouverture²²¹⁶. Cette mission de régulation préalable à la consultation est assurée soit par le Centre 15 du Samu soit par des centres libéraux, qui ont l'obligation d'être interconnectés avec le Samu²²¹⁷. Si les Centres 15 mettent l'accent sur le conseil médical et ne font appel à un médecin que dans les cas indispensables, l'organisation de SOS médecin repose majoritairement sur la visite à domicile, et ce, dans des proportions importantes, de l'ordre de deux tiers des appels²²¹⁸. Cette régulation inefficace est l'une des raisons de l'augmentation progressive du coût de la permanence des soins.

1120. La permanence des soins constitue une mission de service public pour l'heure inégalement accomplie à l'échelle du territoire. L'ensemble des professionnels de santé en sont dépositaires, raison pour laquelle il faut la réorganiser afin de la rendre conforme à la protection de la santé telle que mise en œuvre par le service public de santé de proximité.

2. Construire une permanence des soins qui réponde aux objectifs du service public de santé de proximité

1121. En matière de permanence des soins, la réponse la plus simple consisterait à un retour à l'obligation de garde sur l'ensemble du territoire pour les professionnels de santé. Néanmoins, nous pensons que cette idée pourrait s'avérer contre-productive sur les territoires dont les densités en professionnels de santé sont les moins importantes. Les différents rapports qui se sont succédé sur la question ont d'ailleurs rejeté l'idée d'un retour aux gardes obligatoires²²¹⁹ tandis que les syndicats médicaux²²²⁰ s'y sont d'ores et déjà opposés fermement dénonçant notamment le recours trop fréquent aux réquisitions préfectorales en la matière²²²¹.

²²¹⁴ P. Boënnec, *La permanence des soins, op. cit.*, p. 7

²²¹⁵ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2019*, février 2019, p. 223

²²¹⁶ M. Del Sol, « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *op. cit.*, pp. 261-277

²²¹⁷ Article R. 6315-3 du Code de la santé publique ; L. Cohen, C. Génisson, R.-P. Savary, *Les urgences hospitalières, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, 26 juillet 2017, n°685, p. 44

²²¹⁸ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013, op. cit.*, p. 349

²²¹⁹ P. Boënnec, *La permanence des soins, op. cit.*, p. 5 ; C. Lemorton, *L'organisation de la permanence des soins, op. cit.*, 179 p.

²²²⁰ CSMF, *Focus : la participation à la permanence des soins est-elle toujours volontaire ?*, Actu droit, La newsletter juridique des adhérents de la CSMF, 27 juin 2008

²²²¹ Ces réquisitions préfectorales sont prévues par l'article R. 6315-4 du Code de la santé publique alinéa 2 : « Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de la permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse

1122. Les problèmes de la permanence des soins tiennent tant au dispositif de régulation en amont, qu'à celui de soin en aval. Des propositions peuvent émaner dans les deux domaines propres à satisfaire l'intérêt général.

1123. Concernant la régulation, il est nécessaire que les médecins généralistes libéraux participent à cette dernière tant leur capacité d'analyse liée à leur exercice en tant qu'omnipraticien est précieuse²²²². On peut relever une très large amélioration de la part des actes régulés dans l'activité de la permanence. En 2005, seulement 7% des actes faisaient l'objet d'une régulation préalable contre 62% en 2012²²²³, cette fonction essentielle doit se réaliser en connexion avec les centres 15, voire de manière préférentielle dans leurs locaux.

En ce sens, opter pour un numéro unique de régulation aux horaires de la permanence des soins qui permettrait de limiter les confusions serait une piste intéressante. Cette régulation constitue le point d'entrée du patient au sein du dispositif, « *la qualité de son organisation conditionne son orientation dans les meilleurs délais vers la réponse médicale la plus adaptée à son état de santé en fonction des modalités d'organisation d'effection sur le territoire*²²²⁴ ». Ce numéro pourrait faire l'objet d'une information massive auprès des usagers du système de santé de proximité. La régulation doit s'opérer de manière collaborative entre les différents acteurs aptes à répartir les usagers entre les services d'urgence et les médecins libéraux actifs lors de la permanence ce qui permettra de « *recentrer les acteurs sur leur mission spécifique : l'aide médicale urgente pour les SAMU, le secours aux personnes pour les pompiers (...)*²²²⁵ ».

1124. L'orientation vers le service adéquat est d'autant plus importante que le coût suivant la prise en charge n'en sera pas le même. En effet, un patient admis aux urgences représente un coût moyen de 280 euros contre 60 euros pour une consultation dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires²²²⁶. Outre l'enjeu de protection de la santé, il existe encore un enjeu de maîtrise des dépenses de santé derrière la question de la permanence des soins.

un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires »

²²²² Arrêté Directeur Général ARS PACA du 1^{er} septembre 2018 relatif au cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de la région PACA, 1^{er} septembre 2018, p. 7

²²²³ C. Lemorton, *L'organisation de la permanence des soins*, op. cit., p. 43

²²²⁴ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018*, 2019, p. 13 ; M. Del Sol, « Médecine libérale et permanence des soins de ville », art. cit., pp. 261-277 note encore que « La régulation est sans nul doute l'une des conditions essentielles de l'efficacité du système de permanence des soins »

²²²⁵ P. Boënnec, *La permanence des soins*, op. cit., p. 6

²²²⁶ C. Lemorton, *L'organisation de la permanence des soins*, op. cit., p. 103

1125. En ce qui concerne l'acte médical, il nous semble crucial de concentrer l'action de la permanence des soins autour des maisons médicales de garde, ces dernières étaient déjà considérées comme une solution d'avenir dans un rapport de 2006²²²⁷. Elles sont les plus à même à répondre aux besoins tant des usagers du service public de santé de proximité au cours des périodes de permanence que des envies des professionnels de santé en matière d'exercice collectif notamment. De plus, il apparaît fondamental que les maisons médicales de gardes soient accolées, dans la mesure du possible aux établissements de santé qui possèdent des services d'urgence. On pourrait ainsi imaginer la présence d'une infirmière aux compétences spécifiques, ou de médecins chargés de réaliser l'orientation vers les urgences ou la maison médicale de garde. Des difficultés surviennent en présence d'un établissement trop éloigné du bassin de vie. Dans ce cas, les maisons de santé pluridisciplinaires ainsi que les centres de santé doivent devenir des interlocuteurs privilégiés en la matière. Les professionnels qui les composent sont souvent engagés positivement dans une démarche de service aux usagers répondant à l'objectif de protection de la santé. On peut encore songer à développer de manière plus importante la délégation des tâches vers les infirmiers dans les territoires aux difficultés les plus prononcées en matière d'accès aux soins au cours de la permanence.

1126. Il existe, à ce jour une défaillance du pilotage et du financement de la permanence des soins qui participe à de véritables dérapages financiers. Pour cette raison, il est indispensable d'établir un cadre national d'exercice de la permanence des soins réalisée de manière trop inégale sur le territoire. Ce cadrage doit par exemple fixer l'ensemble des conditions tarifaires relatives à la permanence, il existe encore de « *fortes disparités régionales quant aux tarifs d'effectif ou aux forfaits d'astreinte, le tout donnant l'impression que certaines régions ont profité (...) d'effets d'aubaine*²²²⁸ ». Les rémunérations doivent être équilibrées sur l'ensemble du territoire, sans pour autant négliger les contraintes liées à tel ou tel des territoires qui peuvent justifier une majoration.

1127. Enfin, dans cette logique de régulation active au service de la protection de la santé de l'utilisateur du service public, des mesures visant à améliorer la continuité dans l'accès aux soins et la coopération entre les acteurs doivent être introduites.

²²²⁷ J.-Y. Grall, *Les maisons médicales de garde*, Rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand ministre de la santé et des solidarités, 2006, p. 4

²²²⁸ C. Lemorton, *L'organisation de la permanence des soins*, op. cit., p. 96

B. Le groupement sanitaire de proximité, entité en charge d'une responsabilité populationnelle

1128. Le service public de santé de proximité est l'occasion d'opérer une structuration rationnelle des offreurs de santé au sein d'un territoire de proximité. Les dispositifs de coopération ont eu tendance à se multiplier et à s'accumuler au fur et à mesure des lois sans qu'il ne soit réalisé de véritable mise en cohérence. Pour cette raison, il convient de mettre en avant un nouveau groupement structurant l'ensemble de l'offre de soins sur le territoire de proximité (1), lequel a pour vocation la satisfaction de la continuité de l'accès aux soins au service des usagers (2).

1. La concrétisation de l'action de coopération au niveau de proximité : le groupement sanitaire de proximité

1129. Les structures de coopération sanitaire se multiplient au gré des législations sans qu'une mise en cohérence ne soit initiée. Le législateur tâtonne, essaie, concrétise parfois comme c'est le cas avec les groupements hospitaliers de territoire, mais se refuse jusqu'à présent à une coopération globale de l'activité sanitaire et médico-sociale. La coopération est pourtant incontestablement un vecteur permettant d'associer une prise en charge efficace des patients tout autant qu'une maîtrise des dépenses de santé. L'absence d'organisation de la coordination des offreurs de santé participe aux cloisonnements évoqués à différentes reprises lesquels peuvent se traduire par des coûts et une concurrence insatisfaisante pour le système de santé. Marc Dupont relève à cet effet que « *l'insistance avec laquelle les pouvoirs publics ont incité les établissements à coopérer, les répétitions et variations législatives sur ce thème peuvent surprendre ; mais elles reflètent à l'évidence, jusqu'à aujourd'hui, une difficulté systémique à y parvenir*²²²⁹ ». Il est possible de nuancer pour partie ce propos par l'apparition des groupements hospitaliers de territoire ainsi que des communautés professionnelles territoriales de santé qui constituent des outils innovants, bien que porteurs d'un cloisonnement entre la médecine libérale et les établissements de santé. La formation des groupements hospitaliers de territoires opte pour un modèle plus coercitif bien que relatif, car la constitution n'est obligatoire que pour les établissements publics, sans action positive de leur part, l'ARS peut procéder d'elle-même et arrêter la convention constitutive du GHT²²³⁰.

²²²⁹ M. Dupont, « Hôpital public et coopération sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°HS, pp. 23-41

²²³⁰ A. Lami, V. Vioujas, *Droit hospitalier, op. cit.*, p. 69

1130. Malgré ces éléments de structuration embryonnaires²²³¹, les lois successives n'ont pas permis de réaliser l'ambitieuse coordination préconisée par le rapport Devictor. Ce dernier appelait à la constitution d'un service public territorial de santé motivé par l'idée d'une responsabilité populationnelle permise par une action commune de l'ensemble des professionnels, y compris libéraux²²³². La récente loi de santé conserve les instruments de coopération existants et prône la nécessité d'une « *structuration des soins de proximité et la constitution d'un collectif de soins*²²³³ ». Cette proposition bien qu'ambitieuse ne se traduit malheureusement pas légalement.

1131. La difficulté est donc celle relative à la superposition des strates de coopération qui se traduisent par autant de projets²²³⁴. Pour cette raison, la dernière loi de santé prévoit l'élaboration d'un projet territorial de santé initié par une CPTS et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social en vue de réaliser une synthèse de l'ensemble des projets issus des différentes strates de coordination²²³⁵. La démarche est honorable, en ce qu'elle permet d'assurer une cohérence d'ensemble, toutefois on ne peut que craindre pour cet outil du fait de la « *nécessité d'un engagement important des acteurs de terrain et notamment des CPTS et une maîtrise délicate des calendriers d'adoption de ces différents documents*²²³⁶ ».

Le groupement sanitaire de proximité apparaît ici comme la matrice de la structuration du service public de santé de proximité au sein des territoires. Ce groupement réalise une structuration globale de l'ensemble des offreurs au sein d'un échelon de proximité défini par les ARS. Il vise à permettre une cohérence dans l'action des offreurs et de rompre avec les logiques d'actions diversifiées qui créent autant de cloisonnements entre les différents secteurs. Les différents projets défendus jusqu'alors par les CPTS, GHT ou encore les maisons de santé se chevauchent alors que ces derniers pourraient être organisés de manière complémentaire. L'ambitieux objectif d'une telle structuration correspond à la possibilité d'offrir à chacun des usagers un parcours de santé conforme à ses besoins utilisant au mieux l'ensemble des ressources de soins disponibles sur le territoire.

²²³¹ J. Saison, « « Ma Santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé », art. cit., pp. 25-34

²²³² B. Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH)...* op. cit., p. 19

²²³³ Exposé des motifs de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²²³⁴ Pour ne citer qu'eux : projet de santé des CPTS, projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire...

²²³⁵ Article 22 de la loi n°2019-774 du 24 juillet relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019, Texte n°3

²²³⁶ M. Cormier, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation de soins de premiers recours de demain ? », art. cit., pp. 64-73

L'émergence d'un tel groupement sanitaire de proximité permet de satisfaire à la structuration et à la graduation des soins, par la définition des missions et des relations entre les différents acteurs. Cette action est d'autant plus fondamentale qu'un des défis actuels du système de santé relève du développement des maladies chroniques lesquelles nécessitent une prise en charge fréquente et graduelle. Cette organisation rénovée de la structuration des soins permet de confirmer le médecin généraliste dans sa fonction de pivot du service public. Il ne s'agit pas pour autant d'interdire le recours direct aux établissements de santé comme c'est le cas notamment dans le système anglais. Toutefois, il semble qu'une réelle coopération ainsi qu'une participation des professionnels libéraux à la permanence des soins permettront de réduire l'accès direct aux établissements de santé.

1132. Les idées sous-jacentes au service public de santé de proximité d'adaptabilité territoriale et de participation active des professionnels impliquent de mettre en œuvre ces dispositifs, du moins dans un premier temps sur la base de l'initiative des professionnels de santé. En cas de carence dans l'appropriation du dispositif, il est du devoir des ARS d'intervenir dans leur constitution.

L'idée du projet territorial de santé est intéressante pour organiser la cohérence des parcours, toutefois, nous pensons qu'il faut raisonner à l'inverse. Il s'agit de définir un projet de coopération au niveau du groupement sanitaire de proximité, une fois celui-ci satisfait, les différentes structures peuvent s'organiser en conséquent par différents projets. La logique doit provenir du groupement sanitaire de proximité pour s'imposer aux offreurs et non le contraire. Cette organisation, renouvelée au niveau d'échelons de proximité apparaît propice à satisfaire les objectifs du service public de santé de proximité.

2. La satisfaction de la continuité dans l'accès aux soins par le groupement sanitaire de proximité

1133. La coopération introduite à l'échelle de l'ensemble de l'offre de santé d'un territoire de proximité vise à satisfaire la volonté du service public de santé de proximité d'offrir à chacun des usagers les meilleurs soins nécessités par son état. Cette démarche s'inscrit dans une double volonté de meilleure réponse au meilleur coût pour les usagers.

La définition d'un projet sanitaire de proximité par les groupements du nom éponyme permet de mettre en lumière les fonctions, degrés, modalités d'intervention de chacun des offreurs. Il offre à la fois une structuration initiale et graduelle des soins dans le cadre général, mais il prévoit encore des protocoles spécifiques au territoire en fonction des pathologies ou des terrains de prévention à développer. Cette capacité de mise en œuvre de projets sanitaires de proximité

différenciés constitue une plus-value considérable pour le service public de santé de proximité. Ce projet doit s'inscrire dans le respect des orientations fixées par les conseils territoriaux de santé au sein des diagnostics territoriaux partagés²²³⁷. La conformité au diagnostic territorial partagé permet de satisfaire à l'exigence d'une plus grande démocratie sanitaire dans la mise en œuvre du projet sanitaire de proximité.

1134. Cette logique permet de partir du territoire et de son diagnostic pour mettre en œuvre un projet cohérent avec le territoire concerné ce qui constitue un changement fondamental de paradigme avec la vision de la territorialisation prévalent jusqu'alors en matière sanitaire. Le travail inverse, prévu par la loi de santé fait reposer le projet territorial de santé la mise en cohérence des projets sectoriels ce qui apparaît en contradiction avec la volonté de décloisonner entre les différentes pratiques. Les groupements sanitaires de proximité s'inscrivent dans une démarche ascendante partant des problématiques des territoires et agissant dans un cadre global fixé défini par les échelons supérieurs.

1135. Une telle action satisfait de manière plus efficace aux besoins en matière d'accès et de continuité dans les soins apportés aux usagers tout en réalisant une plus juste utilisation des ressources disponibles. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de décloisonnement des différents secteurs, afin d'organiser une prise en charge de qualité. L'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population sont des défis qui nécessiteront dans l'avenir une coopération importante à la fois entre les professionnels de santé, mais aussi avec les établissements médico-sociaux.

1136. Il s'agit, par le recours à ce groupement sanitaire de proximité de satisfaire à une continuité territoriale en proposant les soins les plus adéquats à l'état de l'utilisateur, une continuité temporaire en organisant une prise en charge sur des horaires étendus par la remise à plat des procédés de la permanence des soins et une continuité dans le parcours de soins par une organisation plus efficiente entre les différents offreurs.

Enfin, ces groupements peuvent permettre de mettre en œuvre des innovations organisationnelles, à l'initiative des professionnels de santé, validées par l'ARS afin de satisfaire aux besoins du territoire de proximité.

²²³⁷ Article L. 1434-10 du Code de la santé publique



1137. Face aux difficultés rencontrées par le système de santé, le service public de santé de proximité s'inscrit dans une démarche positive en faveur des usagers du système de santé laquelle passe par des moyens de régulation rénovés. Ces outils de régulation actifs visent à concilier la protection de la santé des usagers du service public et les libertés médicales. Il ne s'agit pas d'engager un processus de contrainte globale à l'égard des médecins libéraux lequel s'avèrerait contreproductif, mais de susciter leur adhésion tout en aménageant les libertés médicales afin de satisfaire aux objectifs en matière d'accès et de continuité des soins.

1138. La lutte contre les problématiques d'inégalités d'accès aux soins passe nécessairement par une refonte des outils de planification au cours des études médicales. Le numerus clausus a trop longtemps été défini en fonction de capacités d'accueil des universités lesquelles ne sont pas représentatives des besoins en matière d'offre de soins. Il convient de s'appliquer à fixer de manière précise les besoins en matière d'offre de soins des territoires afin de faire du numerus clausus un véritable outil programmatique. La vraie/fausse suppression du numerus clausus²²³⁸ par la loi de santé de 2019 semble malheureusement se cantonner à une logique purement comptable des effectifs et non sur une véritable démarche programmatique. L'internat doit pour sa part être mis en cohérence avec cette fixation du numerus clausus. En effet, la planification mise en œuvre par le numerus clausus n'a de sens que si elle est concrétisée par un internat territorialisé capable de répondre aux enjeux démographiques du territoire.

1139. La réponse aux problématiques d'accès aux soins doit relever de moyens de régulation actifs basés sur la modulation du conventionnement en fonction des besoins des territoires, sur une rénovation du dispositif de permanence des soins et par la promotion de moyens de coopération transversaux permettant une structuration de l'ensemble de l'offre de soins au sein d'un territoire de proximité.

1140. Concernant la répartition des professionnels de santé, il s'agit d'instituer un conventionnement territorial graduel. Ce dispositif s'inspire des mécanismes de conventionnement sélectif en ce qu'il définit des zones au sein desquelles l'installation est bloquée sauf à remplacer un

²²³⁸ S'il est supprimé, le nombre d'étudiants reste quand même enserré dans les capacités d'accueil des universités.

médecin. Afin d'éviter les écueils de ce dispositif repérés par l'analyse comparée et liés notamment aux effets frontière, le conventionnement territorial graduel cherche à inscrire une progressivité dans le conventionnement suivant les zones d'installation. La mise en œuvre du dispositif de manière progressive dans l'espace ainsi que la possibilité du cumul avec les mécanismes incitatifs décrits au chapitre précédent constituent une voie d'amélioration de la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

1141. La régulation du service public de santé de proximité passe encore par une plus grande continuité de l'offre de soins laquelle se modélise dans un aspect temporel par une remise en cause du volontariat en matière de permanence des soins vers un système mobilisant l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire.

1142. La structuration des territoires de proximité par le biais des groupements sanitaires de proximité constitue un vecteur fondamental d'une continuité dans la prise en charge au-delà des cloisonnements entre les secteurs d'activité ainsi que d'une plus grande qualité dans la prise en charge. Ce type de structures permet encore d'espérer une plus grande efficacité dans la maîtrise des dépenses de santé par un respect approfondi de la graduation des soins et des recours aux différents offreurs.

CONCLUSION PARTIE 2.

1143. Le service public de santé de proximité ambitionne de répondre au problème de l'inefficience de la protection de la santé qui transparait sur l'ensemble du territoire. Cette représentation s'exprime par des carences en matière d'offre de soins au sein de nombreux territoires mais aussi par de nombreux problèmes en matière de coordination et de continuité des soins entre les différents offreurs de santé. Ces carences retentissent sur tant sur l'accès et la qualité des soins que sur les dépenses de santé.

1144. En ce sens, le service public de santé de proximité offre les moyens d'une régulation renouvelée de l'offre de soins qui s'articule par deux types de mécanismes susceptibles de se compléter.

Au cours des dernières décennies l'on a assisté à une explosion du nombre de ces outils promus par différents acteurs : État, assurance maladie, collectivités territoriales... Les outils proposés visent notamment à repeupler les zones déficitaires en professionnels de santé ainsi qu'à promouvoir des pratiques innovantes et à mettre en avant la coopération au sein du système de santé. Néanmoins l'ensemble de ces dispositifs se sont avérés relativement peu opérants du moins en matière de répartition de l'offre de soins et de manière surprenante, la plupart des organismes financeurs n'ont pas trouvé nécessaire d'en évaluer les résultats. Les sommes engagées apparaissent disproportionnées en rapport aux résultats pour les territoires. Dans cette optique, il est nécessaire de rationaliser l'offre incitative après en avoir réalisé une évaluation globale. Celle-ci doit s'effectuer dans le sens d'un plus juste équilibre de l'offre de soins sur le territoire mais participe aussi à la promotion de modes d'exercices innovants au service des usagers au sein d'un cadre d'action fixé par l'ANS. La contractualisation repose dans les mains de l'ARS qui associe les professionnels dans le but d'emporter leur adhésion et d'éviter la multiplication des aides et leur mise en concurrence.

1145. Pour autant, faire reposer la régulation du service public de santé de proximité exclusivement sur des dispositifs incitatifs reposant sur le volontariat et l'action positive des professionnels de santé apparaît comme un risque au regard de l'objectif de protection de la santé. Dans cette optique, il est capital de renforcer cette action basée sur l'adhésion et le volontariat des professionnels par des mesures de régulation actives du système de santé. Cette action passe par une remise à plat des moyens de planification du nombre d'étudiants ainsi que leur répartition sur le territoire par la mise en place d'un internat territorialisé. Par suite, il s'agit de mettre en œuvre

une régulation qui permette de concilier la protection de la santé dont la nécessité d'un égal accès aux soins et le maintien des libertés médicales pour les médecins libéraux.

1146. Le mécanisme de régulation proposé s'inspire, au moins partiellement de dispositifs ambitieux mis en œuvre par certaines professions de santé en France et par d'autres Etats. L'analyse de ces dispositifs a permis de mettre en avant leurs défauts afin de proposer un dispositif de conventionnement territorial graduel. Cet outil vise à opérer un rééquilibrage de la démographie médicale sur le territoire et limite les effets frontières dans l'objectif d'offrir aux usagers un égal accès aux soins. Cette mesure phare est renforcée par le recours à un nouveau mode de coopération : le groupement sanitaire de proximité. Ce groupement permet de structurer l'ensemble de l'offre de soins au niveau des territoires de proximité. Il opère par une logique ascendante partant des problématiques du territoire et organise notamment la permanence des soins en vue d'une meilleure continuité du service public de santé de proximité.

CONCLUSION GENERALE

1147. À l'aune de ce travail de recherche, différents constats s'imposent au regard de la situation actuelle du système de santé et de sa capacité à satisfaire auprès des usagers un véritable droit à la protection de la santé.

1148. L'intérêt général qui s'est inscrit à travers les âges comme « *la pierre angulaire de l'action publique*²²³⁹ » semble en matière sanitaire contrarié. Les constats liés au creusement des inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins, au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques ainsi qu'à la fragmentation de l'offre de soins se multiplient, le Président de la République allant même jusqu'à retenir en introduction de la stratégie « Ma santé 2022 » que : « *chaque jour qui passe fait courir le risque d'affaiblir un peu plus notre système de santé, de diminuer la qualité de nos soins, de les rendre plus difficilement accessibles ou de mettre en cause le principe de solidarité pour les générations futures*²²⁴⁰ ». S'interrogeant sur la notion d'intérêt général, Jean-Claude Ricci déclarait : « *Est-ce alors que l'intérêt est général parce qu'il concerne tous les membres de la communauté nationale ? C'est une solution très rare* », on ne peut que souscrire à cette remarque, et constater que la protection de la santé constitue l'un des rares domaines où l'intérêt concerne l'ensemble de la population. Outre les aspects individuels relatifs à la protection de la santé, les facteurs collectifs apparaissent multiples. La maîtrise des dépenses de santé, tout autant que la sécurité sanitaire ou le contrôle des épidémies résultent d'une protection de la santé efficiente à laquelle chacun ne peut que souscrire. Ainsi, à la question « *l'intérêt général existe-t-il encore ?*²²⁴¹ » posée par Jean-Marie Pontier on serait tentés de répondre que non seulement ce dernier existe en matière sanitaire, mais qu'il est un des domaines dans lesquels il doit être le plus ardemment défendu.

1149. La valse des intentions doit ainsi laisser place à celle de l'action, au service des usagers dans la promotion d'un véritable service public de santé de proximité. La santé, malgré la remise en cause de l'État providence et de la place du secteur public, apparaît comme une des « *composantes centrale du pacte social*²²⁴² » qui justifie, de manière plus importante que dans d'autres domaines,

²²³⁹ Conseil d'État, *Rapport public 1999. Jurisprudence et avis de 1998. L'intérêt général*, La documentation française, 1999, p. 245

²²⁴⁰ Ministère des solidarités et de la santé, *Ma santé 2022, un engagement collectif*, Dossier de presse, 2018, Édito du Président de la République

²²⁴¹ J.-M. Pontier, « L'intérêt général existe-t-il encore ? », *Recueil Dalloz*, 1998, n°35, pp. 327-333

²²⁴² D. Tabuteau, « Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 5-20

l'intervention des pouvoirs publics. Les difficultés rencontrées par le système de santé fondent plus que jamais la nécessité d'une action de service public en faveur d'une garantie de la protection de la santé. La vigueur d'un tel service public de santé de proximité doit permettre de répondre aux enjeux d'égal accès aux soins, de continuité et de mutabilité. La mise en œuvre d'un tel service public est gouvernée selon les mots de Duguit par son caractère « *indispensable à la réalisation et au développement de l'interdépendance sociale*²²⁴³ ». Le Docteur Liouville, auteur d'une proposition de loi en faveur d'une obligation vaccinale qui n'eut pas d'issue heureuse relevait dès 1881 qu'il « *est nécessaire de réaliser complètement une organisation sanitaire et humanitaire qui réponde véritablement aux exigences chaque jour mieux connues de la salubrité et de la santé publique, pour l'exécution des mesures protectrices qui marquent, on peut le dire, le niveau d'élévation d'une nation civilisée*²²⁴⁴ ». En outre, les nombreux travaux qui ont suivi l'adoption de la première grande loi de santé publique en 1902²²⁴⁵ n'ont pas manqué de noter que l'action de l'État s'avérait relativement tardive et manifestait une « *dangereuse imprévoyance*²²⁴⁶ ». L'accès aux soins, et plus largement la protection de la santé, nécessitent, au même titre que la gestion des épidémies en son temps une action positive de l'État matérialisée sous la forme d'un service public.

1150. L'enjeu territorial a été imparfaitement saisi par le phénomène de territorialisation sanitaire. Outre l'opacité relative de ce mécanisme, il n'a pour l'heure pas permis la mise en place d'une réelle politique territoriale de santé seule à même de permettre une action différenciée qui prenne en compte les difficultés des territoires. L'équilibre des pouvoirs entre l'administration centrale, les ARS et les collectivités locales doit ainsi être revu au bénéfice des ARS avec une capacité d'action étendue et une association plus importante des collectivités territoriales. Pour autant, la matière sanitaire s'avère d'une grande complexité et l'Etat doit se porter garant de la protection de celle-ci. Comme le soulignait Jean-Michel Lemoyne De Forges, la matière sanitaire « *suppose des circuits d'information, de décision et d'exécution alternativement – voire simultanément – ascendants et descendants, où conception et mise en œuvre rétroagissent l'une sur l'autre en permanence*²²⁴⁷ », la nouveauté ajoutait-il consistait dans le fait que l'État, dans le domaine ne peut plus agir seul. Cette mise en œuvre collective de moyens d'action permet de rappeler que la problématique liée aux inégalités dans la protection de la santé s'inscrit plus largement dans une problématique de couverture territoriale des services

²²⁴³ L. Duguit, *Traité de droit constitutionnel*, Tome 2, Paris

²²⁴⁴ Docteur Henri Liouville, Loi Liouville sur la vaccination obligatoire de 1881, rejetée en première lecture

²²⁴⁵ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, JO du 19 février 1902

²²⁴⁶ A. Médus, *La protection de la santé publique. Étude sur la loi du 15 février 1902*, Thèse de droit, Toulouse, 1910, p. 2

²²⁴⁷ J.-M. Lemoyne De Forges, « Collectivités locales et protection de la santé publique », in J. Petit (Dir.), *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau*, Economica, 2002, pp. 253-261

publics²²⁴⁸. Le service public de santé de proximité doit s'inscrire dans une démarche d'action alliant les compétences d'acteurs multiples. La protection de la santé ne saurait être satisfaite en s'autonomisant des politiques d'aménagement du territoire, éducatives ou encore environnementales.

1151. Le but du service public de santé de proximité consiste à offrir à proximité des usagers une offre de soins coordonnée propre à garantir l'égal accès à des soins de qualité. Il s'agit donc de mettre en œuvre des moyens susceptibles d'organiser un maillage cohérent du territoire par les offreurs de soins et médico-sociaux. Les moyens mis en œuvre pour organiser cette répartition au plus proche des besoins de proximité diffèrent largement des méthodes employées par le législateur jusqu'alors. Ils visent à associer l'ensemble des acteurs à la rénovation du système de santé dans une démarche de responsabilité populationnelle de proximité. La résolution des crises démographiques passe ainsi par l'aménagement des libertés médicales. Bien qu'impopulaires auprès des professionnels libéraux ces mesures constituent une condition *sine qua non* de l'amélioration dans l'accès aux soins des usagers. Ces aménagements impliquent de faire un pas dans le sens des professionnels et de prendre en compte le malaise retranscrit par nombre d'entre eux pour mettre en place des modes d'organisation et de financements propices à une amélioration de leurs conditions d'exercice. La problématique de l'accès aux soins de proximité, au premier plan desquels le médecin généraliste implique d'œuvrer pour lutter contre la désaffection de la médecine générale qui doit constituer la colonne vertébrale du service public.

Le service public doit pourvoir une structuration de proximité graduée dont les objectifs sont multiples. Il s'agit de lutter les cloisonnements historiques – au moins triples – entre la ville et l'hôpital, le médico-social et le sanitaire et entre public et privé²²⁴⁹ afin d'offrir « *de bonnes compétences au bon moment sur un territoire donné*²²⁵⁰ » aux usagers. En ce sens, la proximité constitue un approfondissement des lois qui définissent le service public « *entre tradition et modernité*²²⁵¹ » susceptible de parfaire la satisfaction du principe de protection de la santé. Les professionnels libéraux ainsi que le secteur médico-social doivent être inclus dans cette démarche de service public où leur rôle apparaît primordial. Cette structuration de proximité entre l'ensemble des offreurs passe par le développement d'outils de coopération permettant à chacun des acteurs de se recentrer sur son corps de métier. De manière secondaire, une structuration efficiente des offreurs de soins

²²⁴⁸ Y. Madiot, « Service public et aménagement du territoire », *AJDA*, 1997, p. 83

²²⁴⁹ M. Borgetto, « Le plan « Ma santé 2022 », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 3-5

²²⁵⁰ A. Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*, Rapport à la demande du Ministre de la Santé, La documentation française, juin 2013, p. 7

²²⁵¹ V. Donier, « Les lois du service public : entre tradition et modernité », *RFDA*, 2006, n°6, pp. 1219-1235

sur un territoire de proximité laisse entrevoir la possibilité d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé par une logique de parcours renforcée. Si la satisfaction des besoins de santé des usagers constitue l'alpha et l'Omega du service public de santé de proximité, l'important investissement en matière sanitaire nécessite une attention importante qui conditionne la survie de ce service public. Il s'agit ainsi de permettre de délivrer le soin nécessité par l'utilisateur au juste coût. Au-delà des réticences et clivages du corps médical et des politiques, l'on est amenés à espérer une telle action laquelle sera « *d'autant mieux acceptée qu'on peut convaincre qu'elle est nécessaire, juste, prudente, raisonnable, urgente, à longue durée, féconde, courageuse, de bon sens, sécurisante, attendue depuis de longues années*²²⁵² ».

1152. Il n'est pas question pour autant de noircir le tableau du système de santé français lequel connaît dans de nombreux domaines des résultats encore très satisfaisants, mais simplement de renouer avec les marqueurs historiques de notre système de santé que sont la solidarité et l'égalité²²⁵³. La solidarité s'exprime de manière particulière en matière de santé, il ne s'agit ici pas d'un pouvoir discrétionnaire dans les mains de l'Etat mais d'une véritable obligation de mise en œuvre d'un tel service public comme ont pu le relever différents auteurs²²⁵⁴. Cette obligation trouve sa source dans la constitutionnalité de la valeur défendue²²⁵⁵, toutefois, on ne peut que souscrire au fait que l'imprécision du droit garanti en matière de protection de la santé en freine l'opposabilité²²⁵⁶. Le service public de manière générale et plus particulièrement en santé s'avère un puissant instrument de lutte contre les inégalités²²⁵⁷.

1153. Sans une action en faveur d'un tel service public, la tentation pourrait s'avérer importante de chercher dans une privatisation progressive notamment de l'assurance maladie les clés d'une plus grande efficacité. L'imbrication progressive des régimes d'assurance maladie et des complémentaires est un marqueur parmi d'autres de cette quête de performance, laquelle s'avèrera malheureusement néfaste pour l'accès aux soins des populations les plus faibles. Rémi Pellet

²²⁵² Y. Pelicier, G. Thuillier, *Le citoyen et sa santé. Une aide à la réflexion*, Economica, 1980, p. 85

²²⁵³ A. Grimaldi, D. Tabuteau, F. Bourdillon, F. Pierru, O. Lyon-Caen, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, 2011, p. 21

²²⁵⁴ M. Borgetto, *La notion de fraternité en droit public français. Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité*, L.G.D.J, Bibl. Dt. Public, Paris, 1993, p. 527 ; J.-F. Lachaume, *Grands services publics*, Masson, 1989, p. 103 et p. 352

²²⁵⁵ Conseil constitutionnel, Décision n°86-207 DC des 25 et 26 juin 1986 : « si la nécessité de certains services publics nationaux découle de principes ou de règles de valeur constitutionnelle, la détermination des autres activités qui doivent être érigées en service public national est laissée à l'appréciation du législateur ou de l'autorité réglementaire selon le cas (...) »

²²⁵⁶ V. Donier, « Chapitre 1. Le droit au service public, reflet des obligations pesant sur les personnes publiques », *La revue des droits de l'homme*, n°1/2012, pp. 393-408

²²⁵⁷ L. Thévenot, « Les justifications du service public peuvent-elles contenir le marché ? », in. A. Lyon-Caen, V. Champeil-Desplats (Dir.), *Services publics et droits fondamentaux dans la construction européenne*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2001, p. 127

questionnait ainsi, « le Conseil constitutionnel pourrait-il s'opposer à une « privatisation » de l'assurance maladie qui consisterait à confier à des opérateurs privés concurrentiels la gestion de cette couverture sociale ?²²⁵⁸ ». Une telle privatisation non contrôlée de l'assurance maladie peut amener à s'interroger sur la conservation du caractère universel de la protection sociale et par conséquent sur l'effectivité du droit à la protection de la santé.

1154. Au soutien des ultimes réflexions de ce travail, il nous paraît primordial de rappeler que « la confiance de la population dans l'avenir, sa propension à thésauriser, son dynamisme économique dépendent ainsi largement de l'appréciation qu'elle porte sur les capacités de la collectivité à garantir durablement la protection de sa santé, c'est-à-dire, dans le contexte français, sur l'efficacité et la pérennité des services publics de santé et d'assurance maladie²²⁵⁹ ».

²²⁵⁸ R. Pellet, « Les exigences constitutionnelles en matière d'assurance maladie à la lumière du droit de l'Union européenne », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°7, pp. 85-104

²²⁵⁹ D. Tabuteau, « Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 5-20

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES GÉNÉRAUX

ALEDO (L.-A.), *Le droit international public*, Dalloz, Connaissance du droit, 3^{ème} édition, 2014

AUBY (J.-M.), *Le droit de la santé*, Thémis Droit, Presses universitaires de France, 1981

AUBY (J.-B.), AUBY (J.-F.), NOGUELLOU (R.), *Droit des collectivités locales*, PUF, Thémis droit, 6^{ème} édition, 2015

AUCOC (L.), *Introduction à l'étude du droit administratif, première conférence faite à l'Ecole impériale des ponts et chaussées*, Paul Dupont, Paris, 1865

A. F. D. A., *Le service public*, Dalloz, 2014

BERGOIGNAN-ESPER (C.), DUPONT (M.), *Droit hospitalier*, Dalloz, 10^{ème} édition

BERTHELEMY (H.), *Traité élémentaire de droit administratif*, Librairie Arthur Rousseau, 12^{ème} édition, 1930

BONNICI (B.), *La politique de santé en France*, PUF, Que sais-je ?, 2016

BOURDILLON (F.), BRUCKER (G.), D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, 2^{ème} édition, Flammarion, Coll. Médecine – Sciences, 2007

BRACONNIER (S.), *Droit des services publics*, PUF, Coll. Thémis, 2003

CHAPUS (R.)

Droit administratif général. Tome 1, Montchrestien, 15^{ème} édition, 2001

Droit administratif général. Tome 2, Montchrestien, 15^{ème} édition, 2001

CHAUCHARD (J.-P.), *Droit de la sécurité sociale*, L.G.D.J, Lextenso éditions, 5^{ème} édition, 2010

CHEVALLIER (J.)

Science administrative, PUF, coll. Thémis, 1986

Le service public, PUF, Que sais-je ?, 1^{ère} édition, 1987

CHRETIEN (P.), CHIFFLOT (N.), TOURBE (M.), *Droit administratif*, Dalloz, SIREY, 16^{ème} édition, 2018

DE LAUBADERE (A.), *Traité élémentaire de droit administratif*, L.G.D.J, 1970, 5^{ème} édition

DECOCQ (G.), BALLOT-LÉNA (A.), *Droit commercial*, Dalloz, Hypercours, 2017

DONIER (V.), *Droit des collectivités territoriales*, Dalloz, Les mémentos Dalloz, 2^{ème} édition, 2016

DUGUIT (L.)

Les transformations du droit public, Editions la mémoire du droit, 1913 (reproduction de 1999), 286 p.

Traité de droit constitutionnel, Tome 2, Paris, E. de Boccard, 1923

DUPEYROUX (J.-J.), PRÉTOT (X.), *Sécurité sociale*, SIREY éd, 2000

DUPUY (P.-M.), KERBAT (Y.), *Droit international public*, Dalloz, Précis, 2018

DE FORGES (J.-M.), *Le droit de la santé*, PUF, Que sais-je ?, 2012

DE GROVE-VALDEYRON (N.), *Droit européen de la santé*, L.G.D.J, 2013

DE LAUBADERE (A.), *Traité de droit administratif*, L.G.D.J, 7^{ème} édition, Tome 1, 1976

ESPLUGAS-LABATUT (P.), *Le service public*, Dalloz, Connaissances du droit, 2018

FAURE (B.), *Droit des collectivités territoriales*, Dalloz, Précis, 5^{ème} édition, 2018

GONOD (P.), MELLERAY (F.), YOLKA (P.) (Dir.), *Traité de droit administratif*, T. 1&2, Dalloz, Traités Dalloz, 2011

GUGLIELMI (G.), KOUBI (G.), *Droit du service public*, Montchrestien, 3^{ème} édition, 2011

GUGLIELMI (G.), KOUBI (G.), LONG (M.), *Droit du service public*, LGDJ, Domat droit public, 4^{ème} édition, 2016

HAURIOU (M.), *Précis de droit administratif et de droit public*, 11^{ème} édition, 1927

HOEPFFNER (H.), *Droit des contrats administratifs*, Dalloz, Cours Dalloz, 2016

JEZE (G.), *Les contrats administratifs*, Marcel Giard, Paris, 1927

KESSLER (F.), *Droit de la protection sociale*, Dalloz, 6^{ème} éd, Coll. Cours, Août 2017

LACHAUME (J.-F.), *Grands service publics*, Masson, 1989

LACHAUME (J.-F.), PAULIAT (H.), BOITEAU (C.), DEFFIGIER (C.), *Droit des services publics*, Lexis Nexis, 2012

LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *Droit hospitalier*, Bruylant, Coll. Paradigme, 2018

LAUDE (A.), MATHIEU (B.), TABUTEAU(D.), *Droit de la santé*, PUF, Thémis Droit, 3^{ème} édition, 2012

MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ (D.), *Institutions administratives*, Puf, 2015

MOQUET-ANGER (M.-L.), *Droit hospitalier*, LGDJ, coll. Manuel, 5^{ème} éd, 2018

MOREAU (J.), TRUCHET (D.), *Droit de la santé publique*, Dalloz, 6^{ème} éd, 2004

OBERDORF (H.), KADA (N.), *Les institutions administratives*, Dalloz, Sirey Université, 8^{ème} édition, 2016

PACTET (P.), MELIN-SOUCRAMANIEN (F.), *Droit constitutionnel*, Armand Colin, Droit, 24^{ème} édition, 2005

PLESSIX (B.), *Droit administratif général*, LexisNexis, 2017

RICCI (J.-C.), *Droit administratif général*, Hachette Livre, Droit, 2016

RICHER (L.), LICHERE (F.), *Droit des contrats administratifs*, LGDJ, 10^{ème} édition, Manuel, 2016

STRINGRE (D.), *Le service public hospitalier*, PUF, Que sais-je ?, 2016

TABUTEAU (D.), MORELLE (A.), *La santé publique*, Que sais-je ?, 2015

TRUCHET (D.)

Droit de la santé publique, Dalloz, Mémentos Dalloz, 8^{ème} édition, 2012

Droit de la santé publique, Dalloz, Mémentos, 9^{ème} édition, 2016

Droit administratif, PUF, Thémis, 7^{ème} édition, 2017

VALETTE (J.-P.), *Droit des services publics*, Ellipses, 2^{ème} édition, 2013

VEDEL (G.), DEVOLVE (P.), *Droit administratif*, PUF, Thémis, Tome 2, 1992

VERPEAUX (M.), *Les collectivités territoriales*, Dalloz, 5^{ème} édition

VERPEAUX (M.), JANICOT (L.), *Droit des collectivités territoriales*, PUF, 3^{ème} édition, 2015

WALINE (J.), *Droit administratif*, Dalloz, Précis, 27^{ème} édition, 2018

II. OUVRAGES SPECIAUX

ABADIE (M.), AUBY (J.-B.), RENAUDIE (O.) (Dir.), *Un nouveau système territorial ?*, Berger Levrault, 2017

AISSOU (M.), DANOS (J.-P.), JOLIVET (A.), *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, LEH Édition, Coll. Décideur santé, Octobre 2017

ALAM (T.), GURRUCHAGA (M.) (Dir.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, 2015

BELTRAN-VIDAL (D.), *Les mots de la santé : influence des sociétés et des cultures sur la formation des mots de la santé*, Presses universitaires de Lyon, Travaux du centre de recherches en terminologie et traduction, 2005

BERLAND-BENHAÏM (C.), NGAMPIO-OBELE-BELE (U.) (Dir.), *Les déserts médicaux*, Les études hospitalières, Les cahiers du droit de la santé, n°19, 2014

BIZARD (F.), *Politique de santé : réussir le changement*, Dunod, Coll. Santé social, 2015

BLANQUER (J.-M.), MILET (M.), *L'invention de l'Etat. Léon Duguit, Maurice Hauriou et la naissance du droit public moderne*, Odile Jacob, 2015

BODIGUEL (J.-L.), FIALAIRE (J.), *Le renouveau de l'aménagement du territoire*, L'Harmattan, 2002

BONNICI (B.), *La politique de santé en France*, PUF, Que sais-je ?, 2013

BORGETTO (M.), *La notion de fraternité en droit public français. Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité*, L.G.D.J., 1993

BOUET (P.), *Santé : explosion programmée*, Editions de l'Observatoire, 2018

BOURJOL (M.), *Les institutions régionales de 1789 à nos jours*, Editions Berger-Levrault, 1969

CASH (R.), DE KERVASDOUÉ (J.), *La coûteuse inégalité des soins*, Economica, Économie de la santé, 2018

CASSUTO (T.), *La santé publique en procès*, PUF, Questions judiciaires, 2008

DUNLOP (J.), *Les 100 mots de la géographie*, PUF, Que sais-je ?, 2016

CABRILLAC (R.) (Dir.), *Libertés et droits fondamentaux*, Dalloz, 20^{ème} édition, 2014

CERDES, *Europe Régions Santé*, Les études hospitalières, Collection cahiers du CERDES de la BNDS, 2012

CHICOT (P.-Y.), *Décentralisation et proximité*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2013

CLEMENT (J.-M.)

La santé étatisée : triomphe ou échec ?, Les études hospitalières, 2012

La loi santé 2016, LEH édition, 2016

COMITI (V.-P.), *Histoire du droit sanitaire en France*, PUF, Que sais-je ?, 1994

COUTY (E.), KOUCHNER (C.), LAUDE (A.), TABUTEAU (D.), *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2009

CROS-MAYREVIEILLE (G.), *Traité de l'administration hospitalière*, Société d'imprimerie et librairie administratives et classiques, 1886

DE HAAS (P.), *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier, 2010

DE WATTEVILLE (A.), *Législation charitable*, Alexandre Heois Libraire-éditeur, 1843

DENDIAS (M.), *Le gouvernement local. La centralisation et la décentralisation administratives*, Sirey, 1930

DEPINOY (D.), *Maisons de santé, une urgence citoyenne*, Editions de santé, Balises, 2011

DESTAIS (N.), *Le système de santé. Organisation et régulation*, L.G.D.J, Systèmes, 2003

DREYFUSS (D.), LEMAIRE (F.), RAMEIX (S.) (Dir.), *Accès aux soins et justice sociale*, Flammarion, Médecine-Sciences, 1997

DE HAAS (P.), *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier, Partage d'expériences, 2010

FIESCHI-BAZIN (E.), *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale. Outils juridiques et stratégies de régulation*, Bordeaux, LEH Edition, 2017, Coll. Décideur Santé

GRIMALDI (A.), TABUTEAU (D.), BOURDILLON (F.), PIERRU (F.), LYON-CAEN (O.), *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, 2011

GUILLIEN (R.), VINCENT (J.), *Lexique des termes juridiques*, Dalloz, 15^{ème} édition, 2005

HASSENTEUFEL (P.), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences po, 1997

HERVE (C.), *Ethique, politique et santé*, Presses universitaires de France, 2000

HOLCMAN (R.) (Dir.), *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, 2015

JEZE (G.), *Les principes généraux du droit administratif*, 3^{ème} édition, 1934

LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *Droit hospitalier*, Bruylant, Coll. Paradigme, 2018

LEMAIRE (F.), RAMEIX (S.), DREYFUSS (D.), *Accès aux soins et justice sociale*, Médecine-Sciences Flammarion, 1997

LECA (A.), *Droit de l'exercice médical en clientèle privée*, LEH, 2014, 4^{ème} édition

LECA (A.), LUNEL (A.), SANCHEZ (S.), *Histoire du droit de la santé*, LEH édition, 2014

LOPEZ (A.), *Réguler la santé*, Presses de l'EHESP, 2013

LORIOU (M.), *L'impossible politique de santé publique en France*, ERES, 2002

MARX (J.-L.), *Les territoires de l'Etat*, PUF, Que sais-je ?, 1997

MODERNE (F.) (Dir.), *La nouvelle décentralisation*, Sirey, 1983

NICOLAS (G.), VIOUJAS (V.) (Dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les études hospitalières, Les cahiers du droit de la santé, n°24, 2017

PASQUIER (R.), *Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France*, SciencesPo. Les Presses, 2012

PELICIER (Y.), THUILLIER (G.), *Le citoyen et sa santé. Une aide à la réflexion*, Economica, 1980

PENEFF (J.), *La France malade de ses médecins*, Les empêcheurs de tourner en rond, 2005

POIROT-MAZERES (I.) (Dir.), *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Actes de colloques de l'IFR, n°8, 2010

RAYSSIGUIER (Y.), JEGU (J.), LAFORCADE (M.), *Politiques sociales et de santé*, Presses de l'EHESP, 2012

TABUTEAU (D.)

Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006), Orphys Santé, Paris, 2006

Service public et santé, Verbatim santé, Sc. Po. Les presses, 2012

Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé, Odile Jacob, 2013

TIRERA (L.), *L'Etat stratège*, L'Harmattan, 2018

TRUCHET (D.) (Dir.), *Etudes de droit et d'économie de la santé*, Economica, Paris, 1981

TRUGEON (A.), THOMAS (N.), LEMERY (B.), *Inégalités socio-sanitaires en France*, Elsevier Masson, 2010

VERCOUSTRE (L.), *Réformer la santé. La leçon de Michel Foucault*, Les éditions Ovidia, Coll. Au-delà des Apparences, 2017

WALLACH (D.), Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins, Springer, 2011

III. ARTICLES DE REVUES ET ETUDES

ABECASSIS (P.), DOMIN (J.-P.), « Le rôle des syndicats de médecins dans la production des idées en matière de politique de conventionnement. Une étude lexicométrique (1971-2008), *Mots. Les langages du politique*, 2016/1, n°110, pp. 119-139

ABEILLE (J.-F.), GAVAUDAN (J.), « Le secret professionnel, le secret médical et l'avocat », in *La médecine libérale : quel avenir ?*, *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 65-72

AMALRIC (J.), « Sur la réorganisation des structures de l'assurance maladie », *Droit social*, n°9, pp. 791-793

APOLLIS (B.), DUTHIL (G.), « Le vieillissement, un enjeu de santé publique : à quand une réelle convergence des droits sanitaire et médico-social ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, pp. 538-550

APOLLIS (B.), TERRIER (E.), « La réforme de la planification hospitalière », *AJDA*, 2006, pp. 422-428

APOLLIS (B.)

« Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009 », *Revue générale de droit médical*, 2011, n°spécial, p. 59

« Quel hôpital public au début du XXIème siècle ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°HS, pp. 7-18

« L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°4, pp. 673-682

« Vers une transformation financière du système de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 35-45

AUBY (J.-B.), « Territorialisation : le cas de la santé », *Droit administratif*, 2012, n°1, repère 1

AUBY (J.-M.), « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA*, 1995, n°9, pp. 588-591

AUTÈS (M.), DUFAY (M.-G.), « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », *Santé publique*, 2009/hs1, Vol. 21, pp. 17-25

BADEL (M.)

« Liberté et système de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, p. 951-962

« La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°3, pp. 520-531

BADIN (X.), « Les groupements de coopération sanitaire après la loi HPST », *Revue générale de droit médical*, 2011, n° spécial, pp. 215-227

BAILLY (A.), « Avant-propos « Santé-territoire » pour demain », in E. Vigneron (Dir.), *Pour une approche territoriale de la santé*, L'aube – datar, 2003, p. 7

BARDEY (D.), « Demande induite et réglementation des médecins altruistes », *Revue économique*, 2002/3, Vol. 53, pp. 581-588

BARLET (M.), COLDEFY (M.), COLLIN (C.), LUCAS-GABRIELLI (V.), « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°174, Mars 2012.

BARNAY (T.), HARTMANN (L.), ULMANN (P.), « Réforme du médecin traitant et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2007/1, pp. 109-126

BAUDIER (F.), « Des orientations territoriales en mouvement : l'exemple de la Franche-Comté », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 77-85

BAUDIER (F.), CLÉMENT (M.-C.), « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé », *Santé publique*, 2009/hs1, Vol. 21, pp ; 103-108

BELANGER (M.), « Droit Européen général de la santé », *Revue générale de droit médical*, 2012, n°44, pp. 355-362

BERGOIGNAN-ESPER (C.), « Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation », *Revue de droit sanitaire et social*, n°5, pp. 806-819

BERNARD (S.), « D'un millefeuille à l'autre... », *AJDA*, 2018, n°13, pp. 705-707

BICHOT (J.), « Quel avenir pour la médecine libérale ? », *Droit social*, 2011, n°12, pp. 1283-1288

BIOY (X.)

« Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Actes de colloque de l'IFR, n°8, 2010, pp. 37-71

« Comment peut-on devenir médecin généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2011/2-3, pp. 9-28

« Accès aux services de santé et libertés économiques », *Constitutions*, 2014, pp. 87-94

BLOY (G.), « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2005/1, pp. 101-125

BONNICI (B.), « La maîtrise des dépenses de santé. Réflexions sur la problématique », *Revue de droit sanitaire et social*, 1993, n°3, pp. 411-420

BONTRON (J.-C.)

« La régulation démographique de l'offre de soins infirmiers », *Pour*, n°214, 2012/2, pp. 47-51

« Les aides à l'installation au secours de la désertification médicale », *Pour*, n°214, 2012/2, pp. 83-98

BORGETTO (M.)

« Le médecin traitant », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, n°6, pp. 897-898

« La représentativité des syndicats en droit de l'assurance maladie », *Les tribunes de la santé*, 2008/1, n°18, pp. 39-45

« Service public et santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 3-5

« La santé dans l'histoire constitutionnelle française », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013, pp. 9-31

« L'exercice de la médecine libérale face aux mutations du modèle libéral », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 573-574

« Qualité et santé : vers un nouvel ordre public sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°6, pp. 991-1001

« Le service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 593-594

« Le plan « Ma santé 2022 » », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 3-5

BOURDAIRE-MIGNOT (C.), « Téléconsultation : quelles exigences ? Quelles pratiques ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, pp. 1003-1012

BOURDILLON (F.), « Les territoires de santé : un outil de planification en santé », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 28-34

BOURGEOIS (I.), « Accompagner la structuration de la production des soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée de la médecine de ville », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/1, n°1, pp. 54-71

BOURGUEIL (Y.),

« Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir », *Regard croisés sur l'économie*, 2009/1, n°5, pp. 159-167

« L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels », *Sciences sociales et santé*, 2017/1, Vol. 35, pp. 97-108

BOURGUEIL (Y.), MAREK (A.), MOUSQUES (J.), « Pratiques, rôles et places des infirmières dans six pays européens, en Ontario et au Québec », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/2, n°93, pp. 94-105

BOUSSARD (S.),

« Les vicissitudes du service public hospitalier », *Revue Française de droit administratif*, 2016, n°3, p. 565-576

« La fabuleuse histoire du service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 607-616

BOUTON (R.), « Qui embrasse mal étreint », *Droit social*, 1996, n°9-10

BRAS (P.-L.)

« Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique », *Droit Social*, 2006, n°1, pp. 59-72

« La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°11, pp. 1126-1136

« La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », *Les tribunes de la santé*, 2015/3, n°48, pp. 73-92

« Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », *Les tribunes de la santé*, 2017/4, n°57, p. 72

BRAS (P.-L.), TABUTEAU (D.), « « Santé 2010 », un rapport de référence pour les politiques de santé », *Les tribunes de la santé*, 2009/4, n°25, pp. 79-93

BRISSON (J.-F.), « Les finances publiques : quelle place pour demain ? », *Revue Française des Finances Publiques*, n°129, 2015, pp. 3-14

BRISSY (S.), « Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 583-590

BROUSSY (E.), DONNAT (F.), LAMBERT (C.), « Chronique de jurisprudence communautaire », *AJDA*, 2009, pp. 980-990

BUTTON (F.), PIERRU (F.), « Les dépolitisations de la santé », *Les tribunes de la santé*, 2012/1, n°34, pp. 51-70

BYK (C.), « La place du droit à la santé au regard du droit constitutionnel », *Gazette du Palais*, 27/11/2001, n°331

CABANIS (J.-N.), « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°4, pp. 597-611

CADEAU (E.), « Région et démocratie sanitaire : quels rapports ? », *Revue générale de droit médical*, 2003, n°9, pp. 5-30

CAMBON (L.), ALLA (F.), LOMBRAIL (P.), « Pour une nouvelle loi de santé publique en France au service d'une politique nationale de santé plus égalitaire et plus efficiente », *Santé publique*, 2012/3, Vol. 24, pp. 253, 261

CANIARD (E.), MEYER-MEURET (C.), « Les complémentaires et la crise : menace ou opportunité ? », *Les Tribunes de la santé*, n°36, 2012

CAREGHI (J.-C.), « L'émergence d'une déontologie médicale codifiée en France : des projets syndicaux au code de 1941 », in *La médecine libérale : quel avenir ?*, *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 103-143

CARLIOZ (P.), « La fausse notion de « désert médical »... », *Revue générale de droit médical*, n°58, 2016, pp. 61-76

CASTAING (C.)

« Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? », *AJDA*, 2009, n°40, pp. 2212-2218

« Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital », *AJDA*, 2017, n°44, pp. 2505-2513

CAYLA (J.-S.), « La réglementation sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 1990, n°1, pp. 35-43

CHADELAT (J.-F.), « Histoire des complémentaires maladie », *Regards*, 2016/1, n°49, pp. 35-44

CHAMBAUD (L.)

« De l'hygiène publique à la promotion de la santé », *Les cahiers de l'IAU îdF*, n°170-171, 2014, p. 19

« Accès aux soins : éléments de cadrage », *Regards*, 2018/1, n°53, pp. 19-28

CHASLES (V.), DENOYEL-JAUMARD (A.), « Lecture géographique des « déserts médicaux » », *Revue générale de droit médical*, n°58, 2016, p. 25-38

CHASSANG (M.), « Brèves réflexions sur l'avenir de la médecine libérale », in La médecine libérale : quel avenir ?, *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 7-14

CHASSANG (M.), OLIVIER-KOEHRET (M.), « Le syndicalisme médical, entre contestation et cogestion », *Les tribunes de la santé*, 2010, n°26, pp. 61-80

CHAUCHARD (J.-P.), « La représentativité des syndicats de médecins libéraux dans la convention médicale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 599-605

CHAUVEAU (S.), « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », *Les tribunes de la santé*, 2011/4, n°133, pp. 81-89

CHAUVET (C.), « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°3, pp. 405-414

CHAUVIN (F.), « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 65-76

CHAVRIER (G.), « Quel avenir pour la région dans l'organisation territoriale française ? », *AJDA*, 2008, n°30, pp. 1657-1660

CHEVALLIER (J.)

« Place de l'établissement public en Droit administratif français », *Publications de la faculté de droit d'Amiens*, 1972-1973, n°3

« Le service public : regards sur une évolution », *AJDA*, 1997, n°HS, pp. 8-15

« L'Etat stratège », in B. Badie, Y. Déloye (Dir.), *Les temps de l'Etat. Mélanges en l'honneur de Pierre Birnbaum*, Fayard, 2007, pp. 372-385

« Démocratie sanitaire et citoyenneté administrative », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°3, pp. 487-492

CHEVILLARD (G.), MOUSQUES (J.), LUCAS-GABRIELLI (V.), BOURGUEIL (Y.), RICAN (S.), SALEM (G.), « Mesure d'impact d'une politique publique visant à favoriser

l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », *Revue d'économie régionale et urbaine*, 2015, n°4, pp. 657-694

CHEVILLARD (G.), LUCAS-GABRIELLE (V.), MOUSQUES (J.), « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'espace géographique*, 2018/4, Tome 47, pp. 362-380

CLEMENT (J.-M.)

« L'appréciation de la loi HPST à la lumière des réformes des trente dernières années », *Revue générale de droit médical*, n°33, 2009, pp. 17-50

« Pour une histoire des réformes hospitalières », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2009/1, n°2, pp. 103-117

CLUZEL-METAYER (L.)

« L'irruption de la qualité dans le domaine sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°6, pp. 1002-1010

« Prolégomènes à une réflexion sur le service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 595-606

COCQUEBERT (L.), « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°1, pp. 34-44

COMBEAU (P.)

« Les nouveaux visages de la déconcentration », *RFDA*, 2010, n°5, pp. 1011-1020

« Territorialisation de la politique de santé en France », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires

CORMIER (M.)

« Mutations et enjeux des coopérations hospitalières », *AJDA*, 2006, n°8, pp. 416-421

« Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ? », *Revue générale de droit médical*, 2007, n°22, pp. 7-37

« Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 64-73

COULOMB (A.), « Prolonger, préciser..., mais choisir », *Droit social*, 1997, n°9-10, pp. 865-868

COURRÈGES (C.), « Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? », *ADSP*, n°74, 2011

COURRÈGES (C.), LOPEZ (A.)

« Les ARS, un an après », *Droit social*, n°11, 2011, pp. 1112-1118

« L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », *Santé publique*, 2012/3, Vol. 24, pp. 229-240

CRISTOL (D.)

« Prévention et santé publique dans la loi HPST », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°5, pp. 832-844

« Les habits neufs du service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°2, pp. 643-657

« L'usager dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°3, pp. 413-427

DANTONEL-COR (N.), « Les maisons de santé pluridisciplinaires : une solution à la désertification médicale territoriale ? », *Revue Droit et santé*, 2013, n°52, pp. 152-162

DE BELLESCIZE (D.), « L'évolution du régime de création, d'extension ou de transformation des établissements de soins privés », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 1977

DE BERRANGER (T.), « Les compétences des régions en matière de santé dans les quinze Etats membres de l'Union Européenne », *Revue de droit sanitaire et social*, 1996, n°2, pp. 249-274

DE KERVASDOUE (J.), « Réformes de l'hôpital : quo vadis ? », *Regards croisés sur l'économie*, 2009/1, n°5, pp. 171-177

DE LACAUSSADE (G.), « Les agences régionales de santé : missions et organisation », *Actualité et dossier en santé publique*, n°74, 2011

DE LARD (B.), TANGUY (H.), « Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°5, pp. 845-857

DE MONTECLER (M.-C.)

« Lancement du « pacte territoire-santé » contre les déserts médicaux », *AJDA*, n°44, pp. 2413-2414

« Système de santé : le gouvernement veut décloisonner », *AJDA*, 2018, n°31, pp. 1748-1749

DEL SOL (M.), « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *Revue de droit sanitaire et social*, 2004, n°2, pp. 261-277

DEBOUT (C.), EYMARD (C.), ROTHAN-TONDEUR (M.), « Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus-value et orientations dans le contexte Français », *Recherche en soins infirmiers*, 2010/1, n°100, pp. 134-144

DELAS (A.), « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement du sanitaire et rivalités stratégiques », *Hérodote*, 2011/4, n°143, pp. 89-119

DELCENSERIE (S.), « Les médecines non conventionnelles en France : de l'ombre au clair-obscur », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°1, pp. 73-84

DELIVRE (J.), « Qu'est-ce-que la santé aujourd'hui ? », *Bulletin des Académie et Société Lorraines des Sciences*, 1993, 32, n°3, p. 111

DENANTES (M.), « Le tiers payant en médecine générale. Journal d'un généraliste d'un quartier populaire de Paris », *Les tribunes de la santé*, 2015/3, n°48, pp. 57-72

DENOIX DE SAINT MARC (R.), « La question l'administration contractuelle », *AJDA*, 2003, n°19, pp. 970-972

DEPLAUDE (M.-O.), « Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du numerus clausus de médecine (1968-1979) », *Sociologie*, 2019/2, Vol. 10, pp. 179-186

DESMARAIS (P.), « Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : un dispositif à peaufiner », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°3, pp. 513-519

DESPORTES-DAVONNEAU (A.), « Le statut des ARH : des GIP », *Actualité et dossier en santé publique*, n°37, 2001, p. 23

DEVICTOR (B.), « Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », *Santé publique*, 2010/1, Vol. 22, pp. 121-129

DOMIN (J.-P.), « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », *Les tribunes de la santé*, 2014/5, n°HS, pp. 21-29

DONIER (V.)

« Les lois du service public : entre tradition et modernité », *RFDA*, 2006, n°6, pp. 1219-1235

« Les droits de l'usager et ceux du citoyen », *Revue française de droit administratif*, 2008, pp. 13-19

DORMONT (B.)

« Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique », *Les tribunes de la santé*, 2013/3, n°40, pp. 53-61

« La couverture des soins par les assurances-maladie obligatoire et complémentaires : quels enjeux pour le système de soins ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 806-819

DORMONT (B.), GEOFFARD (P.-Y.), TIROLE (J.), « Refonder l'assurance maladie », *Notes du conseil d'analyse économique*, n°12, 2014/2, pp. 1-12

DRAGO (G.), « Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif », *Revue juridique de l'Ouest*, 2015, n°spécial, pp. 17-34

DREIFUSS-NETTER (F.), « Inégalités d'accès aux soins : aspects éthiques et juridiques », *Actualité et dossier en santé publique*, n°77, Décembre 2011, pp. 23-25

DREYFUS (J.-L.), « Présence des services publics dans les territoires ruraux : l'émergence d'une « loi » de proximité », *AJDA*, 2005, n°23, pp. 1274-1277

DUBOUIS (L.)

« La cinquième convention nationale médicale : la crise du système conventionnel », *Revue de droit sanitaire et social*, 1990, pp. 310-317

« La réforme de la médecine libérale : le statut des médecins », *Revue de droit sanitaire et social*, 1996, n°4, pp. 743-755

« Propos introductifs sur l'accès aux soins », in I. Poirot-Mazères, *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Actes de colloque de l'IFR, n°8, 2010, pp. 15-21

DUCHESNE (V.), « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économies médicales* », 2018/4, Vol. 36, p. 169

DUFAY (M.-G.), « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », 2009, n°HS1, Vol. 21, pp. 17-25

DUPONT (M.), « Hôpital public et coopération sanitaire » *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°HS, pp. 23-41

EGEA (P.), « Les formes constitutionnelles de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013, pp. 31-44

ERLANDSEN (E.), « Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : enseignements tirés d'analyses partielles et sélectives de la performance des hôpitaux », *Revue économique de l'OCDE*, 2008/1, n°44, pp. 49-83

EVIN (C.), « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°1, pp. 107-118

EVIN (C.), **CHAMBAUD (L.)**, « La création des ARS : une opportunité à saisir », in P.-H. Bréchat, J. Lebas (Dir.), *Innover contre les inégalités en santé*, Presses de l'EHESP, 2012

FANTONI-QUINTON (S.), **SAISON (J.)**, « Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°2, pp. 217-228

FAVARIO (T.), « L'exercice en société des professions de santé : les litiges entre associés », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 416-420

FERREIRA (N.), « La loi NOTRe : l'enchevêtrement des compétences, suite et... fin ? », *AJ Collectivités Territoriales*, n°2, 2016, pp. 79-83

FEUILLET (B.), « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°4, pp ; 713-731

FIDEL (D.), ALLERMOZ, (E.), « Télémédecine : décollage imminent », *Regards*, n°56, Juillet-Août 2018, pp. 17-19

FIESCHI (M.), « Vers le dossier médical personnel », *Droit social*, 2005, pp. 80-91

FLEURET (S.), « Questionner la territorialisation de la santé en France », in M. Calvez (Dir.), *Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux*, Presses Universitaires de Rennes, Février 2016

FOULQUIER (N.), « Constitution et service public », *Les nouveaux Cahiers du Conseil Constitutionnel*, n°37, 2012, p. 21

FOURNIER (C.), « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, Vol 32, n°2, juin 2014, pp. 67-96

FRANC (C.), « Le partage de la couverture maladie obligatoire et assurances complémentaires : les défauts d'un système mixte », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 820-830

FRÉLAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, 2018/1, n°53, pp. 105-116

FEUILLET (B.), « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°4, pp. 713-731

GALLOIS (P.), « Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir », *Médecine*, Vol 4, n°3, Mars 2008

GALLOIS-COCHET (D.), « L'exercice en société des professions de santé : la perte de la qualité d'associé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 421-433

GARROS (B.), « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? », *Santé publique*, n°HS, 2009, pp. 7-16

GAY (B.), « Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale », *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, Vol. 61, 2013, n°3, pp. 193-198

GENTILE (S.), DEVICTOR (B.), AMADEÏ (E.), BOUVENOT (J.), DURAND (A.-C.), SAMBUC (R.), « Les maisons médicales de garde en France », *Santé publique*, 2005/2, Vol. 17, pp. 233-240

GHEBALI-BAILLY (M.), « Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'Etat éclaté », *Revue de droit sanitaire et social*, 1997, n°3, pp. 571-588

GIRER (M.), « Droit des patients et exercice en société », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 434-443

GIRER (M.), ROUSSET (G.), « Avant propos », *Revue générale de droit médical*, n°58, 2016, p. 21-24

GIRON (A.-S.), « La déconnexion juridique des paniers de soins. Etude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 831-846

GRANGIER (J.), « Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée », DREES, Etudes & Résultats, Septembre 2018, n°1077, 6 p.

GRANIER (T.), « L'avenir de la médecine libérale à la lumière de l'évolution des structures sociétales accueillant l'activité », in *La médecine libérale : quel avenir ?*, *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 21-32

GRENIER (C.), RIMBERT-PIROT (A.-G.), « Construction d'un territoire et territorialisation de l'action publique : cas des programmes territoriaux de santé », *Revue générale de droit médical*, n°58, 2016, pp. 101-124

GRÜNDLER (T.), « Le juge et la protection de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, n°5, pp ; 835-846

GUINARD (D.), « L'agence régionale de santé, son directeur général et le pouvoir hiérarchique des ministres », *Droit administratif*, 2013, n°4, p. 42

GUTHMULLER (S.), JUSOT (F.), WITTEWER (J.), « Comment expliquer le non-recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°195, février 2014

HAAS (S.), VIGNERON (E.), « Les inégalités territoriales de santé aujourd'hui en France. Comment corriger une forme méconnue de discrimination ? », *Revue droit et santé*, 2013, n°1, pp. 406-417

HAMTITI (A.), « Territorialisation des soins primaires : initiatives des collectivités et des professionnels de santé sur le Massif central pour une autre gouvernance », *Norois*, 2014/4, n°233, pp. 55-66

HARDY (A.-C.), « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 631-638

HARDY (A.-C.), LE ROY (F.), « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », in T. Berthet (Dir.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regard croisés*, Céreq Coll., Relief, n°17, 2006

HARDY (J.), « Les systèmes de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°2, pp. 229-238

HARDY (A.-C.), LE ROY (F.), « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », in T. Berthet (Dir.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés*, Céreq, Coll. Relief, n°17, 2006, pp. 25-34

HARICHAUX (M.), « Réformes de l'assurance maladie et évolution des honoraires médicaux », *Revue de droit sanitaire et social*, 1997, n°3, pp. 545-557

HARTMANN (L.), ULMANN (P.), ROCHAIX (L.), « L'accès aux soins de premier recours en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2006/2-3, pp. 121-139

HASSENTEUFEL (P.)

« Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les tribunes de la santé*, 2008/1, n°18, pp. 21-28

« Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale », *Les tribunes de la santé*, 2019/1, n°59, pp. 21-33

HEAS (F.), « Exercice de la médecine et salariat », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°4, pp. 575-582

HENNION (S.), Service public de santé et droit Européen, *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 45-57

HOCQUET-BERG (S.), « L'incidence de la forme d'exercice sur la responsabilité médicale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 444-449

HOLUÉ (C.), « Télémédecine : coup d'envoi de la généralisation », *Les tribunes de la santé*, 2010/4, n°29, pp. 23-31

HOUDARD (L.), « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue Droit et Santé*, 2016, n°2, pp. 103-109

HUTEAU (G.), « Déclin ou renouveau des professions de santé dans l'élaboration de la norme de protection sociale », *Droit social*, 2016, n°2, pp. 121-125

JORNET (F.), « Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 108-115

JUAN (S.), « L'objectif à valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé : droit individuel ou collectif ? », *Revue de droit public*, 2006, n°2, pp. 349

KELLER (C.), LOUAZEL (M.), MOQUET-ANGER (M.-L.), « Les outils de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013

KELLER (C.), « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », *La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales*, n°28, 13 juillet 2015, 2229

KERSCHEN (N.), SOPENA (P.), « Le grand tournant de la médecine générale », *Droit social*, 1997, pp. 471-475

LABORIE (J.-P.), « Les services publics dans les configurations territoriales complexes », *Sciences de la société*, 2012, n°86, pp. 146-151

LAFORCADE (M.), « Les partenariats entre ARS et régions », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°3, pp. 443-450

LAGARDE (J.), ARZEL (G.), « Assurance maladie, vieillissement et inégalités territoriales de santé », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 2011, n°4, pp. 596-604

LAGET (P.-L.), SALAÜN (F.), « Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne », *Les tribunes de la santé*, 2004/2, n°3, pp. 19-28

LANCY (P.-J.), « Entretien avec Jean-Yves Chamard : Le rôle des collectivités locales dans le financement de la santé », *Revue d'économie financière*, 1995, n°34, pp. 183-188

LASCOUMES (P.), « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politique et management public*, Vol. 25, n°2, 2007, pp. 129-144

LAUDE (A.)

« Le patient, nouvel acteur de santé ? », *Recueil Dalloz*, 2007, pp. 1151-1155

« La médecine libérale : quel avenir ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 5-6

LE BOULER (S.), « Un contenu diversifié pour les agences régionales de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2006/3, n°12, pp. 37-43

LECA (A.)

« La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales », in *La médecine libérale : quel avenir ?*, *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 91-102

« Le numerus clausus médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes », *Revue générale de droit médical*, n°51, 2014, pp. 187-194

LELEU (T.), « Les relations entre ministres et agence régionales de santé précisées par le juge », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°2, pp. 275-282

LEMAIRE (F.), « Sur le statut du médecin libéral qui intervient dans le cadre de la permanence des soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°4, pp. 672-680

LEMOYNE DE FORGES (J.-M.), « Réforme hospitalière. Carte sanitaire. Procédure d'autorisations hospitalières », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 1997, p. 319

LEMOYNE DE FORGES (J.-M.), CORMIER (M.)

« Collectivités locales et protection de la santé publique », in J. Petit (Dir.), *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau*, Economica, 2002, pp. 253-261

« La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 2004, pp. 110-131

LENOIR (N.), « Constitutions et santé, Rapport de Synthèse », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013

LEQUILLERIER (C.), « L'« ubérisation » de la santé », *Dalloz IP/IT*, 2017, n°3, pp. 155-160

LERIQUE (F.), « La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé », *RSSS*, 2013, pp. 859-867

LESSI (J.), « Le contrôle juridictionnel du reste à charge dans les dépenses de soins », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2013, n°2, pp. 111-116

LETTERON (R.), « Les aides des collectivités territoriales aux services publics », *AJDA*, 1993, pp. 437-443

LEVASSEUR (G.), SCHEWEYER (F.-X.), « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé publique*, 2003/2, Vol. 15, pp. 203-212

LEVOYER (L.), « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », *AJDA*, 2009, n°40, pp. 2219-2223

LHERMITTE (T.), BONNIER (R.), BILGIN (B.), CAYADO (E.), JACQUET (M.), « L'action des agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards*, 2014/2, n°46, pp. 161-171

LOMBRAIL (P.), PASCAL (J.), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les tribunes de la santé*, 2005/3, n°8, pp. 31-39

LIGNEAU (P.), « Les régions, nouveaux acteurs dans le secteur social et la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 1996, n°3, pp. 485-502

LOCHER (F.), SIRANYAN (V.), « Le choix du praticien d'exercer en société », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 409-415

LOPEZ (A.), « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé publique*, 2012/3, Vol. 24, pp. 241-251

LOPEZ DE LA OSA ESCRIBANO (A.), RABILLER (S.), « Les inégalités territoriales d'accès aux soins : étude comparative des cas français et espagnol », *Revue générale de droit médical*, n°58, 2016, p. 125-156

LUCAS-GABRIELLI (V.), « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Pratiques et organisation des soins*, 2010/1, Vol. 41, pp. 73-80

MACE (J.-M.), « La menace des déséquilibres régionaux », *Les Tribunes de la santé*, 2006/3,°12, pp. 45-55

MADIOT (Y.)

« Vers une « territorialisation » du droit », *RFDA*, 1995, n°5, pp. 946-960

« Service public et aménagement du territoire », *AJDA*, 1997, p. 83

MAILLARD DESGREES DU LOU (D.), « La santé publique, les établissements de santé et les collectivités territoriales : derniers développements », *AJDA*, 2006, n°8, pp. 406-409

MALLET (J.-C.), « Le plan Juppé est passé à côté d'une vraie réforme pour les assurés sociaux », *Droit social*, 1996, n°9-10, pp. 849-852

MANDY (C.), « Les conséquences de la convention du 26 juillet 2011 sur les droits des patients », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 623-638

MANDIN (F.), « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 591-598

MARCHAND (M.), PESTIEAU (P.), « Le numerus clausus en médecine : pourquoi et comment ? », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2003/1, Tome XLII, pp. 59-70

MARCHAND (O.), SEIGNERIN (A.), CHERMAND (D.), BOUSSAT (B.), « Développement et fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles dans la région Rhône-Alpes », *Santé Publique*, 2015/4, Vol. 27, pp. 539-546

MARCOU (G.), « Maintenir l'expression et la notion de service public », *AJDA*, 2008, pp. 833-835

MARCOVICI (E.), « La simplification de l'administration territoriale de l'Etat par la modernisation de l'action publique : entre hésitations et complexité », *RFDA*, 2016, n°5, pp. 971-978

MARIE (R.)

« Dépassements d'honoraires et accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, n°3, pp. 511-519

« L'évolution des techniques de rémunération des médecins de ville : approche de droit comparé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°6, pp. 1049-1060

« La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *Droit social*, 2012, n°4, pp. 404-411

« Quel avenir pour les conseils régionaux en matière de politique de santé ? », *Droit social*, 2012, n°2, pp. 190-196

« Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°3, pp. 615-622

« Une régionalisation des conventions de santé profitable aux ARS », *Les tribunes de la santé*, 2015/3, n°48, pp. 99-105

« Le dédale du contentieux des dépassements tarifaires des médecins libéraux », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°1, pp. 107-118

« Reste à charge et régimes légaux : encore des disparités », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°HS, pp. 63-72

« Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », *Droit social*, 2017, n°1, pp. 71-78

« Les avenants à la convention médicale : de la continuité à la nouveauté », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°2, pp. 311-320

« A la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 74-84

MARILLER (P.), « Actualités : Inégalités médicales – Discriminations – Déserts médicaux – Liberté d'installation des médecins – Accès aux soins. L'égal accès aux soins et les déserts médicaux », *Revue générale de droit médical*, n°59, pp. 289-291

MARIN (P.), « SROS et projets médicaux de territoires », *Revue hospitalière de France*, n°510, 2006, pp. 25-28

MARKUS (J.-P.), « Le Conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°1, pp. 63-76

MARTY (J.), PELLET (R.), « Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé », *Droit social*, 2014, n°10, pp. 839-846

MARTIN-PAPINEAU (N.)

« Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, n°2, pp. 253-265

« La construction de la politique de santé », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires

MASON (A.), SMITH (P.), « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », *Revue française des affaires sociales*, 2006, n°2, pp. 265-284

MAURIN (L.), « Le droit souple de la responsabilité civile », *RTD Civ*, 2015, n°3, pp. 517-538

MAURY (S.), « Réhabiliter les soins de proximité ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°1, pp. 84-96

MERLAND (G.), « L'intérêt général, instrument efficace de protection des droits fondamentaux ? », *Cahiers du Conseil constitutionnel*, n°16, Juin 2004

MERLIN (P.), « L'exode rural », *Population*, Revue bimestrielle de l'Institut National d'Etudes Démographiques, 1971, n°3

MISTRETTA (P.), « Le secret des correspondances, Molières et les tartufferies médicales... », *RJC*, 2018, n°2, pp. 480-482

MOLINER-DUBOST (M.), « La liberté d'entreprendre – Brèves réflexions sur une « nébuleuse juridique », *Revue juridique de l'entreprise publique*, 2004, n°605

MOQUET-ANGER (M.-L.)

« Rapport introductif », in M.-L. Moquet-Anger, *L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, Colloque pluridisciplinaire des 24 et 25 septembre 1998, Faculté de droit et de science politique de Rennes, pp. 15-23

« La régionalisation du système de santé », in J. Petit (Dir.), *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau*, Economica, 2002, pp. 313-323

« Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? », *Revue générale de droit médical*, n°12, 2004, pp. 43-52

« Médecines libérales et concurrence », *Revue générale de droit médical*, n°HS, Services de santé et concurrence, 2005, pp. 65-74

« Rapport de Synthèse », *Revue générale de droit médical*, n°HS (La permanence des soins), 2006, p. 127

« Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », *JCP A*, n°39, 2009, 2224

« Territoires de santé et égalité des citoyens », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°HS, pp. 116-128

« La réalité de la démocratie sanitaire », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude du 22 novembre 2011, Les études hospitalières, pp. 173-189

« La continuité et l'accès aux services de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 21-30

« Santé et Constitution : l'exemple Français », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2013, pp. 127-136

« Intérêt général et droit de la santé publique », in, *L'intérêt général. Mélanges en l'honneur de Didier Truchet*, Dalloz, 2015, pp. 387-398

« Introduction », in G. Nicolas et V. Vioujas (Dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les études hospitalières, Les cahiers du droit de la santé, n°24, 2017, p. 22

« Santé et restes à charge », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°HS, pp. 5-7

MOREAU (J.)

« Le droit à la santé », *AJDA*, 1998, n°HS, pp. 185-190

« Le maire et la santé », *Les tribunes de la santé*, 2007/1, n°14, pp. 53-58

« Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 16-27

MORET-BAILLY (J.)

« La loi HPST et l'accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°5, pp. 820-831

« La déontologie médicale, de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale) », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°6, pp. 1074-1083

MORLET-HAÏDARA (L.), « L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°4, pp. 658-672

MOSSÉ (P.), « Bismarck et Beveridge : des prototypes aux archétypes », *Après-demain*, 2017/2, n°42, pp. 12-14

MULLER-QUOY (I.), « La territorialisation des politiques sanitaires », *Annuaire des collectivités locales*, 2009, n°29, pp. 79-89

MUNCK (S.), MASSIN (S.), HOFLIGER (P.), « Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale », *Santé publique*, 2015/1, Vol. 27, pp. 49-58

NABET (N.), « La médecine libérale : mythe ou réalité juridique ? », in *La médecine libérale : quel avenir ?*, *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 15-20

NIVOST (J.), « Mise en œuvre des contrats d'engagement de service public en Bourgogne », *Pour*, 2/2012 (N° 214), p. 107-111

PALIER (B.), « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », *Les Tribunes de la santé*, 2006/3, n°12, pp. 29-36

PARIS (V.), DEVAUX (M.), « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, 2013/3, n°40, pp. 45-52

PASQUET (B.), « Les soins de premier recours dans les Bouches du Rhône », in *La médecine libérale : quel avenir ?*, *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 33-44

PASQUIER (R.), « Les régions dans la réforme territoriale : vers un fédéralisme à la française ? », *AJ Collectivités Territoriales*, n°2, 2016, pp. 71-75

PASTOR (J.-M.)

« L'implication des collectivités territoriales dans l'offre de soins », *AJDA*, 2007, p. 1961

« Roselyne Bachelot veut plus de maisons de santé », *Dalloz actualité*, 22 avril 2008

« Les finances des collectivités locales sont saines », *Dalloz actualité*, 13 juin 2019

PAVARD (F.), « L'équilibre financier de la sécurité sociale », *Revue économique*, 1967, Vol. 18, n°2, pp. 205-228

PELLET (R.)

« Assurance maladie et territoires », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 38-64

« Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé », *Droit social*, 2014, n°10, pp. 839-846

PERRONNIN (M.), « Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, mai 2016, n°218

PETIT (B.), « Généralisation des complémentaires-santé : une approche davantage « sociale » que « sociétale » ? », *JCP S*, n°30, 29 juillet 2013, 1309

PIERRU (F.)

« Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les tribunes de la santé*, 2007/1, n°14, pp. 73-83

« Planifier la santé, une illusion technocratique », *Les Tribunes de la santé*, 2012/4, n°37, pp. 83-94

« La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH édition, 2012, Actes et séminaires

POIROT-MAZÈRES (I.)

« Avant-propos », in I. Poirot-Mazères (Dir.), *L'accès aux soins*, Presses de l'Université Toulouse Capitole 1, LGDJ, Actes de colloques de l'IFR, n°8, 2010, pp. 11-14

- « Territorialisation et accessibilité des soins », in C. Castaing (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude du 22 novembre 2011, Les études hospitalières, pp. 130-152
- « Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux », *Revue générale de droit médical*, n°58, 2016, pp. 77-100
- « La loi du 26 janvier 2016 et les professions de santé : des avancées contrastées », in G. Nicolas, V. Vioujas (Dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, LEH Edition, Les cahiers du droit de la santé, n°24, 2017, pp. 97-114
- « Rappel des cadres normatifs : quel(s) droit(s) en santé à l'heure du numérique ? », in I. Poirot-Mazères (Dir.), *Santé, Numérique et Droit-s*, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Actes de colloques de l'IFR, n°34, 2018, pp. 23-57
- « La réforme des études en santé », *Revue générale de droit médical*, 2019, n°72, pp. 23-42

POLTON (D.)

- « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage institutionnel », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004/4, pp. 267-299
- « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », *Bulletin d'information en économie de la santé*, Questions d'économie de la santé, n°72, Octobre 2003, p. 7
- « Restes à charge : la situation paradoxale de la France », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°HS, pp. 7-19
- « La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale », *Regards*, 2017/2, n°52, pp. 175-185

PONTIER (J.-M.)

- « Région : interventions de la région », *Encyclopédie des collectivités locales*, Folio n°1750
- « Territorialisation et déterritorialisation de l'action publique », *AJDA*, 1997, n°10, pp. 723-730
- « L'intérêt général existe-t-il encore ? », *Recueil Dalloz*, 1998, n°35, pp. 327-333
- « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité », *AJDA*, 2009, n°40, pp. 2205-2211
- « La santé, entre centralisation et décentralisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°4, pp. 669-680

- POUJADE (B.)**, « Convention et liberté d'installation : le cas des masseurs-kinésithérapeutes », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n°2, 2014, pp. 120-122

PRÉTOT (X.), « Secours à victime et aide médicale urgente », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°2, pp. 197-206

RASSU (F.), « La protection de la santé : un objectif à valeur constitutionnelle non modifié par la QPC », *Revue générale de droit médical*, 2015, n°54, pp. 67-78

REBECQ (G.), « Médecins libéraux : les rapports avec les caisses de sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 45-64

RENAUDIE (O.), « La dimension idéologique du service public hospitalier », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 617-625

RICAN (S.), VAILLANT (Z.), « Territoires et santé : enjeux sanitaires de territorialisation et enjeux territoriaux de politiques de santé », *Sciences sociales et santé*, 2009/1, (Vol. 27), pp. 33-4

RICE (T.), « The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand », *Medical Care*, 1983, n°21, pp. 803-815

RICCI (J.-C.)

« Le contrat au service des politiques publiques », *RFDA*, 2015, pp. 652-656

« Le service public hospitalier, outil de performance ? », in G. Nicolas, V. Vioujas (Dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, LEH Edition, Les cahiers du droit de la santé, 2017, n°24, pp. 81-96

RICHARD (E.), SOMME (D.), « Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens », *Santé publique*, 2018/3, Vol. 30, pp. 361-370

RICHER (L.), « La contractualisation comme technique de gestion des affaires publiques », *AJDA*, 2003, n°19, pp. 973-975

RIHAL (A.), « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°1, pp. 27-33

ROCHAIX (L.), JACOBZONE (S.), « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et prévision*, 1997, n°3-4, pp. 25-36

ROCHER (A.), « Le bien curieux associé des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires », *Les petites affiches*, 26 février 2013, n°41, pp. 3-6

ROLLAND (C.), PIERRU (F.), « Les agences régionales de santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé publique*, 2013/4, Vol. 25, pp. 411-419

ROMAN (D.), « La justiciabilité des droits sociaux ou les enjeux de l'édification d'un Etat de droit social », *La revue des droits de l'Homme*, 2012/1, pp. 1-40

ROMANENS (J.-L.)

« Service public hospitalier : genèse d'un concept », *Revue Droit et Santé*, n°53, 2013, pp. 276-289

« Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre », *Revue Droit et Santé*, 2016, n°2, pp. 72-83

ROUSSET (G.)

« Comment nommer dans le système de santé ? », *Recherches en communication*, 2009, n°32, pp. 103-117

« La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°6, pp. 1061-1074

« Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 450-456

« Vers une régulation coercitive de l'installation des médecins ? À propos de la proposition de loi n°2597 visant à lutter contre les déserts médicaux », *La semaine juridique administration et collectivités territoriales*, n°14, 7 avril 2015

« « Déserts médicaux », accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé », Colloque du CIST, En quête de territoire(s) ?, Mars 2016

« Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°HS, pp. 111-124

« La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 5-14

RUELLAN (R.), « Les nouvelles relations Etat/Assurance maladie », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n°4, pp. 652-658

SAISON (J.)

« Quelle place pour les médecins territoriaux dans la nouvelle architecture sanitaire ? », 2013, n°3, pp. 439-450

« Service public hospitalier ou service public de santé ? A la recherche d'unité pour le système de santé... », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 634-643

« « Ma santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 25-35

SAMSON (A.-L.), « Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire », *Journal d'économie médicale*, 2011/5, Vol. 29, pp. 247-269

SANLAVILLE (F.), « Les logements insalubres et la loi du 13 avril 1850 », *Revue générale d'administration*, 1897, p. 11

SAOUT (C.), « L'intention démocratique et l'attention technocratique », *Actualité et dossier en santé publique*, n°74, 2011

SCHWEYER (F.-X.), « Démographie de la médecine générale », in G. Bloy, F.-X. Schweyer (Dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Coll. Métiers Santé Social, 2010, pp. 41-54

SEBAI (J.), YATIM (F.), « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », *Revue Française d'Administration Publique*, 2017/4, n°164, pp. 887-902

SEGOVIA-KUENY (S.), « Soins de premier et de second recours », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 35-37

SERIN (M.), « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation du système de notre système de santé », *Santé publique*, 2009/HS1, Vol. 1, pp. 67-71

SOSSA (O.), CHAMPAGNE (F.), LEDUC (N.), « Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle », *Pratiques et organisation des soins*, 2011/4, Vol. 42, pp. 235-244

STASSE (F.), « Le système de santé idéal », *Les Tribunes de la santé*, 2012/4, n°37, pp. 35-42

STEFFEN (M.), « Les médecins et l'Etat en France », *Politiques et management public*, 1987, pp. 19-39

TABUTEAU (D.)

« Eléments pour une analyse des mécanismes de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé », *Droit social*, 1992, n°4, pp. 410-414

« La régionalisation du système de santé en questions », *Droit social*, 2002, n°7-8, pp. 745-747

« La liberté tarifaire ? », *Droit social*, 2003, pp. 424-427

« Les autres défis de l'assurance maladie », *Les tribunes de la santé*, n°4, 2004/3, pp. 111-125

« Solidarité et santé », *Droit social*, 2007, n°2, pp. 136-139

« Politiques de santé et territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 7-15

« L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », *Droit social*, 2009, pp. 383-392

« La politique de santé, des lois d'août 2004 à la loi HPST », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, 2009, pp. 595-609

« Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! », *Santé publique*, 2010/1, Vol. 22, pp. 78-90

« La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 2010, n°1, pp. 85-93

« Loi de santé publique et politique de santé », *Santé publique*, 2010/2, Vol. 22, pp. 253-264

« Pouvoirs publics et professions de santé », *Les tribunes de la santé*, 2010/1, n°26, pp. 103-121

« Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2, n°109

« Les services publics de santé et l'assurance maladie entre repli et renouveau », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°1, pp. 5-20

« Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », *Les tribunes de la santé*, 2013/4, n°41, pp. 37-55

« 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013/1, Vol. 31, pp. 53-67

« Le praticien territorial de médecine générale (PTMG), chimère ou pionnier d'une nouvelle médecine libérale ? », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2013, n°3, pp. 128-131

« Le « New deal » des assurances maladies obligatoires et complémentaires », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, pp. 791-805

« Déserts médicaux » : un révélateur des contradictions des politiques de santé », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2015, n° 2, pp. 46-49

« La santé publique en France, une histoire singulière », in P. Suesser, M.-C. Colombo, *Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel. Du soin individuel à la santé publique*, ERES, Coll. 1001 et +, 2015, pp. 17-44

« Sécurité sociale et politique de santé », *Les tribunes de la santé*, 2016/1, n°50, pp. 25-35

« Les agences régionales (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°6, pp. 1056-1064

« Reste à charge et politique de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°HS, pp. 19-32

THIERIOT (G.), « Pour une santé participative, l'expérience de la région PACA », *Les Tribunes de la santé*, 2006/3, n°12, pp. 73-79

THOMASSIAN (M.), « Pratiques de la négociation dans les projets urbains ou la « fabrique » de décisions concertées en vue de réduire le risque d'inacceptabilité sociale », *Négociations*, 2009/1 (n°11), pp. 185-198

THOUVENIN (D.), BERGER (T.), « Le comité de déontologie de France Assos santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°HS, pp. 131-146

TIBERGHIEU (F.), « Le contrat en droit administratif », *Recueil Dalloz*, 2008, n°17, p. 1192

TOUZEIL-DIVINA (M.), « Louis Rolland, le Méditerranéen d'Alger, promoteur et sauveteur du service public », in M. Touzeil-Divina, A. Levade (Dir.), *Journées Louis Rolland le Méditerranéen – Revue Méditerranéenne de Droit Public*, Lextenso – L'épilogue, n°4, 2016

TRAORE (S.), « L'autre réforme, la réforme de l'Etat », *AJ Collectivités Territoriales*, n°2, 2016, pp. 76-78

TRÉPEAU (M.)

« La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°3, pp. 389-401

« La transformation du système de santé se nourrit-elle de l'innovation organisationnelle ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, n°5, pp. 862-876

TRUCHET (D.)

« L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine », *Etudes de droit et d'économie de la santé*, Economica, 1981, pp. 43-54

« La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière (JO 2 août 1991, p. 10255) », *AJDA*, 1992, pp. 130-143

« Unité et diversité des « grands principes » du service public », *AJDA*, 1997, n°HS, pp. 38-46

« Santé : La centralisation inéluctable ? », *Annuaire des collectivités locales*, 2004, Tome 24, pp. 139-142

« Aspects historiques et institutionnels », *Les Tribunes de la santé*, 2006/3,°12, pp. 23-28

« Renoncer à l'expression « service public » », *AJDA*, 2008, pp. 553-555

« Du service public hospitalier aux missions de service public en matière de santé », *Revue générale de droit médical*, n°33, 2009, pp. 59-67

« Le contrat dans la loi HPST », *Revue générale de droit médical*, 2011, n° spécial, pp. 137-156

« La genèse de la construction des droits sanitaire et médico-social », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°3, pp. 495-505

« Contractualisation et décentralisation fonctionnelle », *RFDA*, 2018, n°2, pp. 221-226

VACARIE (I.), « Les tensions entre le droit de la santé et le droit de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, n°6, pp. 899-907

VARNIER (F.), « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°5, pp. 620-633

VEGA (A.), « Les médecins libéraux petits prescripteurs : des révélateurs de mutation ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 606-614

VERGEZ-CHAIGNON (B.), « Le syndicalisme médical français de sa naissance à sa refondation : intérêts et morale au pays de l'individualisme », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 1996, n°4, pp. 709-734

VÉRON (P.), « Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te fourcade », *Revue droit et santé*, n°44, 2011, pp. 591-592

VÉZINAT (N.), « La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/1, n°1, pp. 11-31

VIAL (A.), « Les technologies s'opposent-elles à la médecine humaniste ? Une (fausse question) vieille comme le monde », *Annales des mines – Réalités industrielles*, 2014/4, pp. 6-11

VIALETTES (M.), « Pouvoir hiérarchique et établissement public », *AJDA*, 2013, n°8, p. 481

VIALLA (F.), « « Sanitarisation » du secteur médico-social : enjeux, réalité et relativité », *Gazette du Palais*, 2012, n°294, pp. 22-26

VIDAL (F.), « Les 'Petites écoles' de médecine au XIXe siècle », in *Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire*, 1995, pp. 22-25

VIDANA (J.-L.), « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°2, pp. 267-279

VIGNÉ (C.), « ARS et virage ambulatoire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, n°HS, pp. 125-134

VIGNERON (E.)

« Santé publique et aménagement du territoire », *ADSP*, 1999, n°29

« Les territoires au cœur de la réforme », *Revue droit et santé*, 2008, n°26, pp. 688-694

VILLENEUVE (P.)

« Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS, 2009, pp. 86-97

« Une nouvelle approche territoriale de l'offre de soins ? A propos de la loi du 21 juillet 2009 », *JCP G*, n°37, 7 septembre 2009, 210

« La loi de modernisation de notre système de santé et les collectivités territoriales », *AJ Collectivités Territoriales*, n°2, 2016, pp. 64-68

VINEY (F.), « Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 », *AJ Famille*, 2019, n°1, pp. 4-5

VINQUANT (J.-P.), « Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques », *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, n°72, pp. 33-36

VIOUJAS (V.)

« Missions de service public et établissements de santé », *JCP A*, n°23, 11 juin 2012, 2188

« La responsabilisation des médecins », *Revue générale de droit médical*, n°43, 2012, pp. 255-301

« La réforme de la permanence des soins : un seul pilote pour davantage d'efficacité ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, n°4, pp. 692-705

« Les nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements publics de santé : une offre que l'on ne peut pas refuser... », *JCP A*, 2012, n°43, 2344

« Le projet de loi relatif à la santé et les collectivités territoriales », *JCP A*, 2014, n°44, act. 852

« La télémédecine : entre expérimentations réussies et généralisation au ralenti », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, n°4, pp. 681-693

« La résurrection du service public hospitalier », *Actualité juridique du droit administratif*, 2016, n°23, p. 1272-1278

« De la loi HPST à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 : convergences et inflexions dans l'effort de modernisation de notre système de santé », *JCP A*, n°13, 4 avril 2016, 2092

« Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, n°4, pp. 644-656

« La formation des infirmiers : les voies de l'universitarisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, n°1, pp. 111-121

VIRRIOT-BARRAL (D.), « Les nouvelles obligations de la médecine libérale dans l'exercice de sa profession », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, n°HS, pp. 73-90

WINKLER (M.), « La crise de la médecine générale », *Les tribunes de la santé*, 2009/1, n°22

WOLMAN (H.), « Les facteurs de réussite ou d'échec des politiques publiques », *Revue de politiques et management public*, 1985, Vol. 3, n°3, pp. 51-95

ZACHARIE (C.), « La répartition des missions de service public des établissements de soins opérée par le décret du 24 avril 2012 », *Droit administratif*, Mars 2013, n°3, Etude 5

IV. THÈSES

APOLLIS (B.), *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, Bordeaux, LEH éditions, 2008, 538 p.

CATHERINE (A.), *Pouvoir du médecin et droits du patient. L'évolution de la relation médicale*, Université de Caen Basse-Normandie, Droit public, 2011, 746 p.

CHAPUISAT (L.-J.), *La notion d'affaires locales en droit administratif Français*, Université Paris II, Droit Public, 1971, 544 p.

DRAGO (R.), *Les crises de la notion d'établissement public*, Thèse de doctorat, Droit, Paris, 1950, Paris, 287 p.

DUBOIS (J.-P.), *Le contrôle administratif sur les établissements publics*, thèse Paris I, 1980, LGDJ, Coll. Bibl. dr. Pub.

GUERLIN DE GUER (A.), *Les pouvoirs des Maires et la loi du 15 février 1902*, Thèse de droit public, Caen, 1903

JARDEL (A.), *Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Faculté de Rouen 2013

LAMI (A.), *Tutelle et contrôle de l'Etat sur les universités françaises, mythe et réalité*, thèse Aix-Marseille, 2013, LGDJ, Bibl. dr. Pub.

LANOOTE (C.), *La maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire : points de vue de médecins n'ayant jamais reçu de stagiaire, analyse du manque d'attractivité de la fonction*, Faculté de Médecine Paris-Descartes, 2013, 81 p.

MÉDUS (A.), *La protection de la santé publique. Étude sur la loi du 15 février 1902*, Thèse de droit, Toulouse, 1910

MIMIN (P.), *Le socialisme municipal (étude de droit administratif sur la jurisprudence du Conseil d'Etat)*, Université de Paris, Droit Public, 1911, 148 p.

PASSERON (S.), *L'autonomie de gestion des établissements publics nationaux*, thèse Nice, 1965, LGDJ, Coll. Bibl. sc. Fin.

PELLETIER (M.), *Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage*, Faculté de Médecine de Bordeaux, 2013, 156 p.

PEQUIGNOT (G.), *Contribution à la théorie générale du contrat administratif*, Thèse de droit public, 1945

PRADEL (P.-M.), *Le médecin libéral face au service public de sécurité sociale*, Université d'Angers, Droit Public, 2010, 321 p.

REGOURD (S.), *L'acte de tutelle en droit administratif*, Paris, LGDJ, Coll. Bibl. Dt. Pub., 1982

ROMANENS (J.-L.), *Permanences, mutations et renouveau du service public hospitalier*, Université Montpellier 1, Droit public, 2014, 391 p.

SAVATIER (J.), *La profession libérale. Etude juridique et pratique*, LGDJ, Thèse de doctorat, 1947

THERON (J.-P.), *Recherche sur la notion d'établissement public*, LGDJ, Coll. Bibl. Dt. Pub., 1975

VAUTARD (A.), *L'aménagement sanitaire du territoire : les enjeux issus de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires*, Bordeaux, Science politique, Editions LEH, 2015, 174 p.

ZIANI (S.), *Du service public à l'obligation de service public*, Faculté de Droit, de Sciences politiques et de gestion de l'Université de Strasbourg, Lextenso éditions, LGDJ, Droit public, 2015, 433 p.

V. RAPPORTS

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191, n°3, 2007

ARS ÎLE-DE-FRANCE, Service de la démographie, Direction de l'offre de soins et Médico-sociale, *Affectations des étudiants en médecine reçus aux ECN 2015*, Janvier 2016

ASSOCIATION DES PETITES VILLES DE FRANCE, *Offre de soins dans les petites villes : Dans la difficulté, les maires innoveront*, Février 2016

ASSOCIATION MEDICALE DU QUEBEC, *Le rôle de la profession médicale dans la gouvernance du système de santé Québécois*, 2015

ATTALI (J.), Rapport de la commission pour la libération de la croissance française, 2008

BARLET (M.), BEFFY (M.), RAYNAUD (D.), *Les complémentaires santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, *Panoramas de la DREES Santé*, éd 2016

BERLAND (Y.)

Démographie des professions de santé, Rapport à la demande du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2002

Commission démographie médicale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, mai 2005

BOËNNEC (P.), *La permanence des soins*, Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire, n°1205, 2008

BOURGUEIL (Y.), MOUSQUES (J.), TAJAHMADI (A.), *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, IRDES, 2006

BOURGUEIL (Y.), MAREK (A.), MOUSQUES (J.), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – L'apport des expériences Européennes et Canadiennes*, Ministère de l'emploi, du

travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, n°57, Mars 2006

BRAS (P.-L.), DUHAMEL (G.), *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, Rapport IGAS, juin 2008

BRUGUIERE (M.-T.), *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires et la santé*, Rapport d'information du Sénat, 2011

BUR (Y.), *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'assemblée nationale, n°697, 2008

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'assurance maladie*, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2009, Juillet 2018

CANIARD (E.)

La place des usagers dans le système de santé, Décembre 2000

Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation, 2002

CARDOUX (J.-N.), DAUDIGNY (Y.), *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, Rapport d'information du Sénat, n°686, Juillet 2017

CASTAIGNE (S.), LASNIER (Y.), *Les déserts médicaux*, Conseil économique, social et environnemental, n°2017-27 du 14 décembre 2017

CHADELAT (J.-F.), *Le refus de soins des bénéficiaires de la CMU*, Rapport à la demande du Ministre de la santé et des solidarités, 2006

CHEVRIER-FATOME (C.), *Le système de santé en Angleterre. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, Rapport IGAS n°2002-105, 2002

CISS, *Le point sur les conseils territoriaux de santé*, CISS Auvergne-Rhône-Alpes, Octobre 2016

COHEN (L.), GÉNISSON (C.), SAVARY (R.-P.), *Les urgences hospitalières*, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, n°685, Juillet 2017

COLDEFY (M.), LUCAS-GABRIELLI (V.), *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, Document de travail de l'IRDES, DT n°10, mai 2008

COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE, Ministère délégué de la santé, *L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique*, 2001

COMITE POUR LA REFORME DES COLLECTIVITES LOCALES, *Il est temps de décider*, Rapport au Président de la République, Mars 2009

COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN

Une décentralisation du système de santé, 1986

Santé 2010, présidé par R. Soubie, La documentation Française, 1993

Pour un État stratège, garant de l'intérêt général, La documentation Française, 1993

Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : essai de prospective, Novembre 2005

COMMISSARIAT GENERAL A L'EGALITE DES TERRITOIRES, *Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires*, Septembre 2015 (Maj en Mai 2016)

COMPAGNON (C.), *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014

CONSEIL D'ETAT

L'intérêt général, Rapport public 1999, Etudes et documents, n°50, 1999, La documentation Française

Le contrat, mode d'action publique et de production de normes, Vol. 2, 2008

Rapport d'étude sur les établissements publics, Etude adoptée par l'assemblée générale plénière le 15 octobre 2009

Les agences : une nouvelle gestion publique ?, La Documentation Française, 2012

CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, *Les déserts médicaux*, Les avis du CESE, n°27, 2017

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013, 2014

Etude sur la répartition des médecins généralistes, Avril 2012

Rapport sur la médecine générale et la qualification de spécialiste, Juin 2014

Atlas de la démographie médicale en France, 2016, 326 p.

Livre blanc pour l'avenir de la santé, 2016

Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017, mars 2018

Etude sur l'installation des jeunes médecins, Commission jeunes médecins, 2019

CORDIER (A.), *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*, Rapport à la demande du Ministre de la Santé, La documentation française, juin 2013

COUR DES COMPTES

La sécurité sociale, La documentation Française, 2017

La sécurité sociale, La documentation Française, 2011

La sécurité sociale, La documentation Française, 2016

L'avenir de l'assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, 2017

Rapport public annuel 2018, Février 2018

COUTY (E.), *Concertation pour la création et la mise en place d'une union nationale des associations agréées des usagers du système de santé*, 2016

COUTY (E.), SCOTTON (C.), *Le pacte de confiance pour l'hôpital : synthèse des travaux*, Rapport au ministre des affaires sociales et de la santé, 2013

CREDES, *Les soins de proximité : une exception française ?*, Rapport n°503, Juillet 2001

DATAR – CREDES, *Quel système de santé à l'horizon de 2020 ?*, Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La documentation française, 2000

DEFENSEUR DES DROITS, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Rapport remis au Premier ministre, Mars 2014

DELAHAYE-GUILLOCHEAU (V.), JEANNET (A.), VERNEREZ (M.), MALLET (F.), PITTOORS (J.-P.), *Création de la filière universitaire de médecine générale*, Rapport de l'IGAS et de l'IGAENR, Février 2007

DESCOURS (C.), *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003

DEVICTOR (B.), *Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Rapport à la demande du ministère des affaires sociales et de la santé, Mars 2014

DGOS

Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières, 2017

Rapport au parlement sur les expérimentations de télémédecine, 2017

DOINEAU (E.), MESNIER (T.), AUGROS (S.), *Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins*, octobre 2018

DOMINIQUE (P.), *Quel système de santé à l'horizon de 2020 ?*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, La documentation Française, 2000

DREES

La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections, n°353, 2004

La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, Etudes & résultats, n°679, 2009

La démographie des infirmiers à l'horizon de 2030, Etudes & résultats, n°760, mai 2011

Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité, Etudes et résultats, n°817, oct. 2012

Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de médecine, n°0927, Juillet 2015

L'état de santé de la population en France, DREES/Santé publique France, Rapport 2017

Les dépenses de santé depuis 1950, Etudes et résultats, n°1017, 2017

Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, Mai 2017

Les établissements de santé, Panoramas de la DREES, 2017

DRUAIS (P.-L.), *La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé*, Rapport à la demande de Madame la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Mars 2015

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

Atlas des groupements hospitaliers de territoire 2017, 2017

Renforcer le lien Ville – Hôpital, Rapport 2018

FRANCE ASSOS, *Où siègent les représentants des usagers du système de santé ?, 2017*

GAROT (G.), *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale, n°1612, 23 janvier 2019*

GÉNISSON (C.), MILON (A.), *Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé*, Rapport d'information du Sénat, n°318, 2014

GOUTEYRON (A.), *Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale relatif aux études médicales, 21 juin 1979*

GRALL (J.-Y.), *Les maisons médicales de garde*, Rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, 2006

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2004

Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2007

Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, 24 mai 2007

Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Rapport du HCSP, 2009

Vieillesse, longévité et assurance maladie, 2010

La coopération entre professionnels de santé, 10 juillet 2014

Contribution à la transformation du système de santé, 2018

HAUTE AUTORITE DE SANTE

Délégations, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnelles de santé, Avril 2008

Coopération entre professionnels de santé. Mode d'emploi, Avril 2012

HUBERT (E.), *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Rapport au Président de la République, Novembre 2010

HUBERT (J.), MARTINEAU (F.), *Mission Groupements hospitaliers de territoire*, Rapport à la demande du ministère des affaires sociales et de la santé, Mai 2015

IBORRA (M.), FIAT (C.), *Les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, n°769, 2018

IGAS

La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) des politiques santé-environnement, Décembre 2011

La régulation du réseau des pharmacies d'officine, Octobre 2016

Evaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux, n°2015-179R, 2016

Evaluation de la généralisation du tiers payant, n°2017-111R, Octobre 2017

Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, Appui à la DGOS, Août 2018

INSEE, La méthode de détermination des « bassins de vie 2012 », 2012

INSTITUT MONTAIGNE, Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale, mai 2013

ISNAR-IMG,

Démographie médicale, propositions de l'ISNAR-IMG, Validées en Conseil d'administration à Strasbourg les 12 et 13 janvier 2008

Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale, 2011

Le guichet unique, Propositions de l'ISNAR-MG validées en Conseil d'administration à Caen, Octobre 2008

Aides à l'installation. Guide pratique à l'usage des administrateurs de l'ISNAR-IMG, Avril 2013 (MàJ Janvier 2017)

PAPS – Référents installation – FMI à l'installation, Propositions de l'ISNAR-MG adoptées par le Conseil d'Administration, Mars 2014

Propositions pour l'avenir de la médecine générale, Septembre 2016

IRDES, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*, Rapport à la demande du Fonds CMU, 2009

JUILHARD (J.-M.), *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?*, Rapport du Sénat, n°14, 4 octobre 2007

LACHAUX (A.), *Rapport sur la médecine générale*, Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale et au ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, La Documentation Française, mai 1989

LEGMANN (M.), *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, Mission confiée au Docteur M. Legmann, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, Rapport à la demande du Président de la République, avril 2010

LEMORTON (C.), *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins*, n°2837, 2015

LE-MENN (J.), **MILON (A.)**, *Rapport d'information sur les agences régionales de santé*, Rapport du Sénat, n°400, 26 février 2014

MARIOTTI (J.-A.), *Aménagement du territoire, services publics et services au public*, Rapport, Conseil économique et social, Journaux officiels, 2005

MAUREY (H.), *Déserts médicaux : agir vraiment*, Rapport du Sénat, n°335, 5 février 2013

MAUREY (H.), **NICOLAÏ (L.-J.)**, *Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur l'aménagement du territoire*, Sénat, 2017

MEDECINS DU MONDE, « *Je ne m'occupe pas de ces patients* » Dr X, Lyon, 2 février 2006 : *testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie Universelle ou de l'aide médicale d'Etat dans 10 villes de France*, Octobre 2006

MIGAUD (D.), DURRLEMAN (A.), LABOUREIX (P.), *Sécurité sociale 2011*, Rapport de la Cour des comptes, 2011

MILON (A.), *Rapport sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Rapport n°380, 2009

MOLEUX (M.), SCHAEZEL (F.), SCOTTON (C.), *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS, mai 2011

OMS

Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire, Série de rapports techniques de l'OMS, n°409, 1969, 34 p.

Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978

Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles, 2010

ONDPS, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens*, Vol. 1, Mars 2015

ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, *Rapport démographie des kinésithérapeutes. Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne*, Septembre 2017

ORS AQUITAINE, *Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux*, Décembre 2011

PAUL (C.), *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013*, Tome II, n°302, 17 octobre 2012

PERRONNIN (M.), « *Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis* », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°218, mai 2016

PICARD (M.), *Aménagement du territoire et établissements de santé*, Avis et rapports du Conseil économique et social, 2004

POTVIN (L.), MOQUET (M.-J.), JONES (C.-M.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, Coll. santé en action, 2010

PRIBILE (P.), NABET (N.), *Repenser l'organisation territoriale des soins*, Stratégie de transformation du système de santé, 2018

QUENTIN (D.), URVOAS (J.-J.), *Clarification des compétences des collectivités territoriales*, Rapport d'information fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, Assemblée nationale, 8 octobre 2008, n°1153

RAINHORN (J.-D.), GREMY (F.), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Haut comité de la santé publique, Février 1998

REGNARD (C.), *Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année*, Direction générale de l'offre de soins, 2011

ROLLAND (J.-M.), *Rapport sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Assemblée nationale, n°1441, Tome 1, 5 février 2009

RITTER (P.), *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, Rapport à la demande de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, 2008

SAINT-ANDRÉ (J.-P.), *Suppression du numerus clausus et de la PACES. Refonte du premier cycle des études de santé pour les « métiers médicaux »*, Rapport à la demande du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 17 décembre 2018

SEILLIER (B.), *Rapport sur le projet de loi relatif à la pharmacie d'officine*, Rapport du Sénat, n°257, 3 avril 1991

SENAT, *La démographie médicale*, Les documents de travail du Sénat, Série Législation comparée, Mai 2008

UFC-QUE-CHOISIR, Accès aux soins : l'intolérable fracture sanitaire, Octobre 2012

UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, *Report of the working group on inequalities in health*, 1980

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE – MEDECINS LIBERAUX, *Loi de santé : Que pensent vos syndicats*, URPS ml-infos, n°19, Janvier/Février 2015
Les exercices particuliers en médecine, Juin 2015

VALLANCIEN (G.), *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux en France*, Rapport au ministre de la santé et des solidarités, 2006

VANLERENBERGHE (J.-M.), *Rapport d'information sur la pertinence des soins*, Rapport du Sénat, n°668, 2017

VANLERENBERGHE (J.-M.), **DAUDIGNY (Y.)**, *Rapport sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne*, Rapport du Sénat, n°867, 2016

VASSELLE (A.), *Rapport d'information : Réforme de l'assurance maladie : Les nouveaux outils de la régulation*, Rapport au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, n°11, 11 octobre 2005

VERAN (O.), *Hôpital cherche médecins coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Décembre 2003

VIGIER (P.)

Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, Rapport de l'Assemblée Nationale, n°4188, 18 janvier 2012

Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, Rapport de l'Assemblée Nationale, n°401, 14 novembre 2012

Rapport visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, Rapport d'assemblée nationale, n°4223, 16 novembre 2016,

Rapport d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain, Assemblée nationale, n°1185, 2018

TNS SOFRES, Aspirations professionnelles des jeunes médecins d'IDF, 2013

VI. COLLOQUES

ASSOCIATION FRANÇAISE DE DROIT DE LA SANTE, *La médecine libérale : quel avenir ?*, Dalloz, n°HS de la RDSS, 2011, 141 p.

CASTAING (C.), *La territorialisation des politiques de santé*, Actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011, Les études hospitalières, 197 p.

CERDES, *Europe de la santé : entre service public et service d'intérêt économique général*, 13^{ème} atelier de droit Européen de la santé, Les études hospitalières, 1996, 126 p.

GREMY (F.), *La réforme Debré un tiers de siècle après*, Actes du colloque de Caen, 9-10 décembre 1996, éd. de l'Ecole nationale de santé publique, 1998

VII. TABLE CHRONOLOGIQUE DES DÉCISIONS, ARRÊTS, JUGEMENTS

DECISIONS DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Conseil constitutionnel, Décision n°71-44 DC du 16 juillet 1971, *Loi relative à la liberté d'association*

Conseil constitutionnel, Décision n°74-54 DC du 15 décembre 1975, *Loi relative à la loi sur l'IVG*

Conseil constitutionnel, Décision n°77-92 DC du 18 janvier 1978, *Loi relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle (contre-visite médicale)*

Conseil constitutionnel, Décision n°81-132 DC du 16 janvier 1982, *Nationalisation*

Conseil constitutionnel, Décision n°81-141 DC du 27 juillet 1982, *Loi sur la communication audiovisuelle*

Conseil constitutionnel, Décision n°89-269 DC du 22 janvier 1990, *Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé*

Conseil constitutionnel, Décision n°96-373 DC du 9 avril 1996, *Loi organique portant statut d'autonomie de la Polynésie-Française*

Conseil constitutionnel, 9 avril 1996, n°96-375 DC, *Loi portant diverses dispositions d'ordre économique et financier*

Conseil constitutionnel, Décision n°97-393 DC du 18 décembre 1997, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 1998*

Conseil constitutionnel, Décision n°2000-439 DC du 16 janvier 2001, *Loi relative à l'archéologie préventive*

Conseil constitutionnel, Décision n°2004-504 DC du 12 août 2004, *Loi relative à l'assurance maladie*

Conseil constitutionnel, Décision n°2013-364 QPC du 31 janvier 2014, *Coopérative GIPHAR-SOGIPHAR et autres*

Conseil constitutionnel, Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016, *Loi de modernisation de notre système de santé*

Conseil constitutionnel, Décision n°2016-551 du 6 juillet 2016, *Eric B., concernant l'accès à la profession d'avocat*

CONSEIL D'ETAT

Conseil d'Etat, 17 mars 1864, *Paul Dupont*, D. 1864

Conseil d'Etat, 24 décembre 1886, *Chapa*, Rec. 916

Conseil d'Etat, 29 mars 1901, n°94580, *Casanova*

Conseil d'Etat, 10 janvier 1902, *Compagnie nouvelle du gaz de Déville-lès-Rouen*

Conseil d'Etat, 12 décembre 1902, *Orcibal*, Rec. 750

Conseil d'Etat, 7 août 1909, n°37317, *Winkell*

Conseil d'Etat, 31 juillet 1912, n°30701, *Société des granits porphyroïdes des Vosges*

Conseil d'Etat, 11 juillet 1913, *Compagnie des chemins de fer du Sud de la France*, Rec. 854

Conseil d'Etat, 30 mai 1930, n°06781, *Chambre syndicale du commerce en détail de Nevers*

Conseil d'Etat, Sect., 21 février 1936, *SA Les Armateurs français*, Lebon, p. 226

Conseil d'Etat, 13 mai 1938, *Caisse primaire « Aide et protection »*

Conseil d'Etat, Sect., 4 mars 1938, *Consorts Le Clerc*, req. N°55677

Conseil d'Etat, Ass., 12 juillet 1939, *Chambre syndicale des maîtres-buandiers de Saint-Etienne*, Rec. p. 478

Conseil d'Etat, 2 mai 1958, *Distillerie de Magnac-Laval*, Rec. 246

Conseil d'Etat, 7 février 1963, *Jamart*, R. Lebon p. 172
Conseil d'Etat, Sect., 20 novembre 1964, *Ville de Nanterre*, n°57435, Rec. p. 562
Conseil d'Etat, Ass., 26 février 1965, *Société du Vélodrome du Parc des Princes*, Lebon 133
Conseil d'Etat, Sect., 8 mars 1968, *Chambre de commerce et d'industrie de Nice et Alpes-Maritimes*
Conseil d'Etat, 10 mai 1974, *Denoyez et Chorques*, n°88032
Conseil d'Etat, 7 janvier 1976, *Centre Hospitalier Régional d'Orléans*, n°92162
Conseil d'Etat, 4 février 1976, *Section syndicale C.F.D.T du centre psychothérapeutique de Thuir*, p. 970
Conseil d'Etat, 4 mai 1988, *Ministre des affaires sociales et de l'emploi c/ centre hospitalier de Lannion*
Conseil d'Etat, 1^{ère} et 4^{ème} sous-sections réunies, 9 décembre 1994, n°114-650
Conseil d'Etat, 15 janvier 1995, n°150066, *Delignières*
Conseil d'Etat, 18 février 1998, n°171851, *Section locale du pacifique sud de l'ordre des médecins*
Conseil d'Etat, 29 juillet 2002, n°215321
Conseil d'Etat, 12 janvier 2005, n°256001
Conseil d'Etat, Sect., 7 avril 2011, *CSMF et a.*, n°329069
Conseil d'Etat, 12 décembre 2012, *Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNERPA)*, n°350479 et *Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP)*, n°354635
Conseil d'Etat, 12 février 2014, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies, n°354505
Conseil d'Etat, 17 mars 2014, n°357594
Conseil d'Etat, 17 décembre 2014, *Ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie c/ M. D... et autres*, n°367202, 367203
Conseil d'Etat, 4 mai 2016, n°383548
Conseil d'Etat, Sect. Soc., 7 février 2019, *Avis sur le projet relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*

COUR DE CASSATION

Cour de cassation, 2^{ème} Civ., 27 juin 1979, n°7813012
Cour de cassation, Soc., 18 mai 2000, Bull. Civ. V, n°191
Cour de cassation, Crim., 16 décembre 2014, n°14-80.088
Cour de cassation, Civ. 1^{ère}, 4 février 2015, n°14-10-337
Cour de cassation, Crim., 28 juin 2016, n°15-83-587

TRIBUNAL DES CONFLITS

Tribunal des Conflits, 25 mars 1957, *Chilloux et Isaad Slimane*, Rec. p. 710

Tribunal des Conflits, 20 novembre 1961, *Centre de lutte contre le cancer « Eugène Marquis »*

Tribunal des Conflits, 21 mars 1983, *UAP*, n°2256

Tribunal des Conflits, 14 février 2000, *GIP*, n°03710

CEDH

CEDH, 2 avril 2013, *Tarantino et autres c. Italie*, n°25851/09, 29284/09, 64090/09

CEDH, 26 novembre 2015, *Ebrahimian c. France*, req. n°64846/11

CJCE/CJUE

CJCE, 10 mars 2009, *Hartlauer Handelsgesellschaft*, C-169/07

CONTENTIEUX DISCIPLINAIRE

Chambre disciplinaire nationale (CNOM) du 15 février 2016, n°12385

Chambre disciplinaire nationale (CNOM) du 17 mai 2016, n°12489

INDEX ALPHABETIQUE

- A -

Accès aux soins : 3, 58, 254, 598, 605-606, 793, 881-882, 842

Gradient social : 106-107

Inégalités sociales : 105, 118, 126, 209, 260, 655

Inégalités territoriales : 66-69, 75, 101

Accessibilité potentielle localisée : 950, 1105-1106

Agences : 409, 428, 338, 488

Agence régionale de santé : 22, 379-380, 392, 396, 489, 1030

Action de santé publique : 114

Autonomie : 401, 417, 431-432, 427, 439, 482, 491, 495

Collège des Directeurs : 526

Conseil de surveillance : 372, 464

Missions : 405, 467, 469

Président : 465-466, 471

Conseil d'administration : 404-406, 468, 470, 472-475, 481

Directeur général : 213, 403, 407, 431, 433, 478-479, 481

Lettre de mission : 426, 523

Nomination : 424-425, 480

Financement : 440, 501, 503, 770

Guichet unique : 730

Missions : 312, 353, 321

Modulation des aides conventionnelles : 654

Politique régionale de santé : 422-423, 452

Pouvoir hiérarchique : 418, 428-432, 434, 501

Projet régional de santé : 354, 376-377, 397, 479

Référent installation : 775-776, 781

Schéma régional de santé : 93, 152, 288, 397, 635

Schéma régional d'organisation des soins : 83, 358

Tutelle : 418, 428, 432, 434

Agence régionale de l'hospitalisation : 82, 352, 358, 381, 390

Commission exécutive : 403, 469

Missions : 336-337

Agence nationale de santé : 498, 507-516, 525, 554, 587, 739

Déclinaison territoriale : 763-767

Évaluation des dispositifs incitatifs : 742-747

Missions : 755-762

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé : 122, 128

Aide médicale d'État : 130

Aide médicale urgente : 194, 211

Aménagement du territoire : v. Région

Assistance (Devoir) : 191, 222, 224

Assistant médical : 224-225, 908

Assurances complémentaires : 127-128, 262

Assurances sociales : 334-338, 384

Assurance maladie : 5, 384, 387, 753

Caisse nationale d'assurance maladie : 337, 393

Caisse primaire d'assurance maladie : 388

Caisse régionale d'assurance maladie : 385, 388

Union nationale des caisses d'assurance maladie : 442, 1094

Union régionale des caisses d'assurance maladie : 358, 379, 393

Atelier Santé-Ville : 335

- B -

Bassin de vie : 152, 949, 1101, 1104

- C -

Carte sanitaire : 80-82, 202, 351, 385

Centralisation : 340-345, 379, 485

Centre ambulatoire universitaire : 1049

Centre de santé : 139-141

Charité Chrétienne : 323-326

Collectivités territoriales : 9, 12-16

Aides aux étudiants : 646

Aides à l'installation : 630, 656, 663, 719

Association au SPSP : 545-550, 553, 801-804

Concurrence : 721

Commission paritaire départementale :
1092-1094

**Communautés professionnelles
territoriales de santé** : 225, 243-245, 265,
549, 650-651, 698, 700, 798, 1131

Communes

Compétences sanitaires : 10-11, 535

Hôpitaux : 328-329

Maire : 331

**Conférence régionale de la santé et de
l'autonomie** : 352, 546, 573-575

Conférence nationale de santé : 554

Conseil national de l'ordre des médecins :
130, 210, 446, 538, 708

Conseil national de pilotage : 426, 431,
443, 498, 500-507, 525, 553

Conseil territorial de santé : 374, 446-447,
550

Contractualisation : 626-628, 639, 683, 699,
783

Contrat administratif : 519, 631, 841-842

Contrôle : 843-845, 854

Modification : 847-849

**Contrat d'amélioration de la qualité et de
la coordination des soins** : 785

**Contrat d'engagement à la rénovation de
l'accès aux soins** : 1077

Contrat d'engagement de service public :
688

Contournement : 686

Modalités : 638, 644-645

Rénovation : 814-815

Résultats : 681, 728

Contrat local de santé : 354, 375, 532

Contrat santé solidarité : 621, 624, 653

**Contrat pluriannuel d'objectifs et de
moyens** : 518

État / ARS : 426, 502, 517, 520-522

ANS / ARS : 525, 554, 763-770

ARS / Professionnels libéraux : 784-789, 802,
817-818

Contrôle : 844-846, 852, 855-856

Évaluation : 524-525, 527, 850-851

Contrat territorial de santé : 354, 549

Contrat territorial de santé mentale : 354

Convention médicale

Accord conventionnel interprofessionnel : 170, 662,
700

Adhésion : 1085

Contrat d'accès aux soins : 706

Contrat d'aide à l'installation des médecins : 650
Contrat de solidarité territoriale : 653
Contrat de stabilisation et de coordination : 651
Contrat de transition : 652, 818
Négociation conventionnelle : 1079
Option démographie : 649
Option pratique tarifaire maîtrisée : 124, 261, 655, 937
Option santé solidarité : 649, 682
Tarifs conventionnels : 125, 167, 706

Conventionnement sélectif : 949-951, 953, 967, 1082
Allemagne : 1004-1005
Contreparties : 964, 965
Effet frontière : 958, 1005
Effet sur la démographie : 955-957
Infirmier : 948-949, 954
Masseurs-kinésithérapeutes : 949-950

Conventionnement territorial graduel : 1095-1096
Modalités : 1084-1087
Modulation du revenu : 1110-1112
Zonage : 1088, 1100-1105, 1108-1109

Coopération sanitaire : 175, 265-268, 297, 826

Coordination : 152, 174, 239, 931

Couverture maladie universelle : 119

Couverture maladie universelle complémentaire : 121-122, 130

- D -

Décentralisation : 12, 341, 350, 362, 370, 415, 441
Fonctionnelle : 364, 440, 486
Territoriale : 365, 414

Déconcentration : 440-441, 486

Déconventionnement : 167, 1091, 1097

Demande induite : 987

Démocratie sanitaire : 276, 372, 559, 562-566, 578

Associations agréées d'usagers : 576

Financement : 579

Formation : 582-583

Représentants des usagers : 515, 550, 572-574, 580-581

Usager : 558, 762

Démographie médicale : 64-70, 76, 450, 605

Département : 290, 341, 385

Dépassement d'honoraire : 125, 195, 209, 260-261, 655, 706-707, 927, 1097

Diagnostic territorial partagé : 374, 446, 1133

Dossier médical partagé : 284-285

- E -

Éducation pour la santé : 110-112, 110-111, 179

Église : v. Charité Chrétienne

Équipe de soins primaires : 243, 245, 265, 549, 651

Établissements de santé : 403

Autorisations sanitaires : 79-86, 241

Établissement public : 410-415, 418, 428, 430

État : 343-344, 439, 447, 486-488, 504, 587, 709, 754

Expérimentation sur les organisations innovantes : 670, 794-797, 799

- F -

Fonds d'intervention régional : 114, 440, 579, 663

Formation (étudiants en médecine) : 194, 811, 1047

Diversification des profils étudiants : 1024, 1027-1028, 1050

Recherche en soins ambulatoires : 139, 1049

Recherche organisationnelle : 799

Stage de médecine générale : 141, 811, 1050, 1066-1068

Formation continue : 302

- G -

Gate-Keeping : 232, 931, 998

Groupement de coopération sanitaire : 240-242

Groupement hospitalier de territoire : 225, 246-247, 265, 1129

Groupement d'intérêt public : 240, 385, 409

Groupement sanitaire de proximité : 269-272, 1129, 1132-1137

- H -

Haut conseil des professions paramédicales : 970

Hygiénisme : 11, 330

- I -

Incitations : v. régulation incitative

Infirmier en pratique avancée : 827-828, 908

Intérêt général : 5, 55, 198-201, 214, 279, 426, 493, 622, 722

Internat : 635, 932, 1054, 1056

Modalités ECN : 1073

Régionalisation : 1055

Territorialisation : 1057-1058

- L -

Liberté d'établissement : 84

Liberté d'entreprendre : 916, 918-923

Libertés médicales : 90-92, 228, 609, 706, 876, 895, 901-903

Entente directe : 166-167, 832

Liberté de choix du médecin : 877, 930

Liberté d'installation : 93, 95, 98, 619, 678, 748, 894, 913, 1090

Liberté thérapeutique : 302

Modulation : 898, 926-929, 933-934

Valeur juridique : 914-916, 917

- M -

Maison de santé pluridisciplinaires : 151-153, 169, 174, 179, 240, 637, 661, 693, 697-698, 820

Démographie : 155, 694

Universitarisation : 139, 1047

Maison médicale de garde : 1125

Maîtrise des dépenses de santé : 204, 246, 293-294, 709, 849, 858-860

Médecine à exercice particulier : 67, 819

Médecine générale : 131-132, 237-238, 274, 890

Diplôme d'études supérieures : 136, 1070-1071

Maître de stage : 142-145, 646

Missions : 159-164, 179-180

Mode d'exercice : 148

Rémunération : 712

Universitarisation : 137-139, 1047-1049

Médecine libérale : 6, 29, 87-93, 227, 397, 537, 614-615, 710, 902, 1065

Secteur conventionnel : 123, 261, 707, 927

Mission de service public : 30, 193, 196

Monopole médical : 905-908, 940

- N -

Niveaux de recours : 234-239

Nouveaux modes de rémunération : v. Rémunération

Nouvelles technologies : 281

Numerus clausus : 71-74, 883, 978, 1019, 1022-1023, 1034, 1039-1040

Allemagne : 979

Canada : 982

Espagne : 981

Planification : 983-987, 1051

Réforme : 1024-1026, 1035, 1040-1045

Royaume-Uni : 980

- O -

Observatoire régional de la santé : 527, 534

Officier de santé : 6, 89

Officine de pharmacie : 919, 935-936, 952

- P -

Parcours de soins : 215, 243, 667

Permanence des soins : 112, 163, 201, 210, 616, 1116-1117, 1121, 1125

Financement : 1126

Régulation : 617-618, 1119, 1123

Planification sanitaire : 28, 80, 86, 196, 235, 351, 635-637

Politique nationale de santé : 343, 397

Portail d'accompagnement aux professionnels de santé : 775-779

Pouvoir hiérarchique : v. Agences régionales de santé

Praticien territorial de médecine générale : 657

Pratique tarifaire excessive : 927

Préfet : 330, 385-386, 466, 482

Prévention sanitaire : 57, 111, 113, 161, 291, 298

Professionnels de santé : 924

Association au SPSP : 537-538, 545-550

Représentation : 541, 553

Responsabilisation : 632, 749

Projet sanitaire de proximité : 1132-1136

Promotion de la santé : 111-114, 160, 179

Protection de la santé : 1, 57, 95-100, 306

Protection universelle maladie : v. Couverture maladie universelle

Protocoles de coopération : 791, 826, 907

Proximité : 23, 40, 224, 253-255

Pseudo-canton : 1101

- Q -

Qualité des soins : 194, 273-278, 859-861

- R -

Région : 14, 368-368, 533

Aménagement du territoire : 378, 533

Compétences sanitaires : 359, 365-366, 532
Compétences d'association : 376-379, 803
Dispositifs incitatifs : 367

Régionalisation : 354, 356-359

Règlement sanitaire : 330

Régulation active : 873, 893-898, 910, 937-940

Régulation contrainte : 619, 621, 736, 891, 991-996

Obligation de service public temporaire : 598, 1074-1075

Propositions de lois : 624

Régulation incitative : 600-603, 637, 639, 671, 673, 710, 736

Aides à l'investissement immobilier : 663-664

Contreparties financières : 712-713

Coût : 673, 678-680, 714, 723

Effet d'aubaine : 689, 725

Effets sur la démographie : 684-685, 725

Évaluation : 724, 726-727

Incitation à l'exercice regroupé : 661-662

Rémunération : 662, 830, 834-836

Capitation : 833

Païement à l'acte : 167, 832

Rémunération à la performance : 836

Rémunération forfaitaire : 159, 168, 651, 662

Renoncement aux soins : 110, 126, 259

Responsabilité populationnelle : 175, 179, 255, 800, 966

Restes à charge : 118, 120, 122, 129, 259, 262

Refus de soins : 130

- S -

Service public hospitalier : 185-186, 198, 216

Continuité : 201-202

Égalité : 200, 205, 209

Missions : 188, 191-194, 208-213

Mutabilité : 203-204

Neutralité : 205

Service public de l'information en santé : 566

Service public de santé de proximité : 249, 256-257, 412, 455, 494, 594, 598, 1006

Service public territorial de santé : 30, 223, 226, 349, 494, 1130

Service territorial de santé au public : 223-225, 230

Stratégie nationale de santé : 298, 343, 489, 493, 554

Syndicalisme médical : 88, 227, 538, 812, 888, 911, 1078

Système de santé : 218, 222, 247, 264-265, 310

Système national de santé : 991-1001

- T -

Télémédecine : 282-283, 666

Téléconsultation : 667

Téléexpertise : 668

Territoire : 2-3, 17-19, 51, 315, 349, 379, 392, 764-765, 790

Territoire de démocratie sanitaire : 354, 374

Territoire de santé : 354

Territorialisation : 20-24, 349, 401, 426,
434, 436-437, 449, 764-767

Tiers payant généralisé : 228-229

Tutelle : v. Agences régionales de santé

- U -

**Union régionale des professionnels de
santé** : 538

**Universitarisation (Professions
paramédicales)** : 971

Urgence sanitaire : 482

- Z -

Zonage : 790

Zones : 354, 949

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
TABLE DES ABREVIATIONS	V
SOMMAIRE	VII
INTRODUCTION	1
Section 1. La relation entre la santé et les territoires.....	5
Paragraphe 1. L’affirmation historique du territoire comme lieu d’exercice des compétences sanitaires... 5	
Paragraphe 2. Le recours aux territoires, une logique d’action publique appliquée au domaine sanitaire.. 9	
Paragraphe 3. L’insaisissable notion de territorialisation	11
Section 2. La relation entre la santé et le service public	14
Paragraphe 1. L’émergence du service public en matière sanitaire	14
Paragraphe 2. L’hétérogénéité des services publics sanitaires comme cause de leur inefficience	18
Partie 1. L’ambiguïté de la notion de service public de santé de proximité	25
Titre 1. L’aspect positif : l’évidente nature de service public de la santé de proximité	27
Chapitre 1. La protection de la santé, une mission de service public par essence.....	29
Section 1. L’égal accès aux soins, un principe d’intérêt général à deux facettes	30
Paragraphe 1. La politique de répartition de l’offre de soins comme vecteur d’un meilleur accès aux soins	31
A. Le dérèglement programmé de la démographie médicale.....	31
1. Les maux de la démographie médicale	31
2. Les dérèglements de la démographie médicale induits par un numerus clausus non programmatif	34
B. Un recours aléatoire aux mesures de planification en matière de répartition de l’offre de soins impropre à satisfaire l’objectif de protection de la santé	37
1. L’ambivalence de la politique de répartition des établissements de santé et des professionnels de santé sur le territoire	37
a. L’évolution du régime d’autorisation des établissements de santé	37
b. La liberté d’installation des professionnels libéraux, fruit d’une longue maturation idéologique autour de la défense d’intérêts corporatistes.....	41
2. L’accès aux soins, un objectif d’intérêt général	45
Paragraphe 2. La lutte contre les inégalités sociales d’accès aux soins, une action d’intérêt général	49
A. L’existence d’inégalités sociales dans l’accès aux soins issues du gradient social de la population..	49
1. Le gradient social comme frein à une protection de la santé uniforme	49
2. Les politiques publiques d’intégration des citoyens au système de santé.....	51
B. Les inégalités économiques dans l’accès aux soins.....	54

1. Les politiques de réduction des inégalités économiques d'accès aux soins	54
2. Le maintien de facteurs d'inégalités économiques entraînant un renoncement aux soins	58
Section 2. La recomposition du paysage sanitaire autour du médecin généraliste	62
Paragraphe 1. Les leviers de la lutte contre la dévalorisation de la médecine générale	62
A. Le rééquilibrage de la formation médicale autour de la médecine générale	63
1. La lente reconnaissance universitaire de la médecine générale.....	63
2. Les lacunes du cursus médical en matière de stages de médecine générale.....	66
B. L'évolution des modes d'exercices de la médecine générale.....	69
1. L'évolution des aspirations des médecins et étudiants en médecine	69
2. La maison de santé comme pilier de l'exercice collectif de la médecine générale	70
Paragraphe 2. Une évolution de la médecine générale tournée vers l'intérêt général.....	73
A. L'évolution des missions du médecin généraliste : une ouverture à la protection de la santé publique.....	73
1. Le médecin comme acteur de la santé individuelle et collective	73
2. L'évolution des modes de rémunération en médecine générale.....	76
B. Les enjeux du recentrage du système de santé autour du médecin généraliste.....	79
1. L'amélioration de la réponse aux besoins des usagers	80
2. Les bénéfices pour les acteurs du système de santé	81
Chapitre 2. La satisfaction par la santé de proximité des critères du service public.....	85
Section 1. L'élargissement du spectre du service public sanitaire : du service public hospitalier au service public de santé de proximité.....	86
Paragraphe 1. Le service public hospitalier : entre tumultes et inaboutissements	87
A. L'introduction du service public hospitalier comme outil de rationalisation de l'offre de soins	87
1. Une volonté de recentrage du système de santé autour de l'Hôpital via le service public hospitalier	87
2. La satisfaction des lois du service public par le service public hospitalier.....	91
B. Le service public hospitalier : îlot de résistance de service public ou symbole au sein du système de santé.....	95
1. Le maintien de missions résiduelles inhérentes au service public hospitalier.....	96
2. Le service public hospitalier comme symbole politique	98
Paragraphe 2. La naissance silencieuse d'un service public de santé de proximité.....	100
A. Les implications d'un choix politique fort au service de l'égal accès à des soins de qualité	100
1. Le rejet de l'introduction d'un service public territorial de santé.....	101
2. L'opposition des syndicats de professionnels libéraux à la restructuration du système de santé	103
B. Une unité d'action naissante des acteurs au sein du système de santé	105
1. La structuration des soins autour des niveaux de recours.....	105
2. L'émergence d'une coopération entre les différents niveaux de recours	107
Section 2. Les objectifs liés à la création du service public de santé de proximité.....	113
Paragraphe 1. L'objectif d'une offre de soins égale et continue sur l'ensemble du territoire.....	114
A. La satisfaction de l'exigence d'accès aux soins par le service public de santé de proximité	114

1. La proximité comme garantie de l'accès aux soins des usagers du service public de santé de proximité	114
2. Une action en faveur de la réduction des inégalités sociales dans l'accès aux soins au sein du service public de santé de proximité	116
B. L'unité du système de santé comme objectif du service public de santé de proximité	119
1. La coopération, une nécessité pour la continuité des soins au sein du système de santé.....	120
2. Le groupement sanitaire de proximité vecteur de qualité des soins	123
Paragraphe 2. Un service public en adaptation permanente	125
A. L'adaptation au service du patient, usager du service public.....	125
1. Le recours aux nouvelles technologies pour satisfaire les objectifs du service public de santé de proximité	125
2. Le service public de santé de proximité face au défi du vieillissement et du développement des maladies chroniques.....	129
B. Le service public de santé de proximité et l'enjeu de la maîtrise des dépenses de santé.....	131
1. L'évolution de l'exercice médical comme vecteur d'économies.....	132
2. La maîtrise des dépenses du service public de santé de proximité par le biais du contrôle de la pratique médicale	133
Titre 2. Le périmètre institutionnel du service public de santé de proximité	137
Chapitre 1. L'absence de cohérence dans l'attribution des compétences en matière sanitaire	139
Section 1. Le développement anarchique des compétences en matière sanitaire.....	140
Paragraphe 1. La tentation centralisatrice face aux problématiques sanitaires	141
A. L'hésitation historique dans l'attribution de la compétence sanitaire	141
1. Les prémices d'un devoir d'assistance aux malades et indigents	142
2. La saisine progressive de la compétence sanitaire par les pouvoirs politiques.....	143
B. La structuration progressive des compétences sanitaires suite à la mise en œuvre des assurances sociales.....	145
1. Un système fortement centralisé au service de l'égalité.....	146
2. Le renforcement des pouvoirs de l'État en matière sanitaire.....	148
Paragraphe 2. Une volonté de territorialisation brouillée par un paysage institutionnel complexe	150
A. Le choix d'un territoire d'action pertinent en matière sanitaire	151
1. L'affirmation progressive de l'importance d'un ancrage territorial des politiques sanitaires	151
2. La région : échelon pertinent de pilotage de la mise en œuvre des politiques sanitaires	154
B. Les compétences des collectivités territoriales en matière sanitaire	156
1. La faible étendue des compétences propres des collectivités territoriales en matière sanitaire.....	156
2. Le renforcement des compétences d'association de la région aux politiques sanitaires.....	159
Section 2. L'agence régionale de santé, un établissement public sous influence	163
Paragraphe 1. Un établissement public particulier au service de la recomposition sanitaire régionale ..	163
A. L'objectif de maîtrise globale de l'offre de soins sur le territoire des agences régionales de santé.....	164
1. Un système historiquement cloisonné administrativement.....	164
2. Un dispositif en rupture basé sur le décloisonnement avec des compétences renforcées	167
B. L'organisation interne des ARS : un établissement public particulier	171

1. La prééminence du directeur général dans l'organisation de l'agence régionale de santé	171
2. Réflexions sur le statut d'établissement public des agences régionales de santé.....	174
Paragraphe 2. L'agence régionale de santé, un établissement public fondatif sous contrôle	178
A. Les mécanismes de contrôle de l'État sur les ARS	178
1. Un encadrement légal précis renforcé par la tutelle étatique	179
2. Le pouvoir hiérarchique du ministre sur l'Agence régionale de santé.....	183
B. Un organe de déresponsabilisation de l'État.....	185
1. L'agence régionale de santé, organe hybride de territorialisation.....	186
2. L'agence régionale de santé comme opérateur de la déresponsabilisation de l'État	188
Chapitre 2. L'organisation institutionnelle du service public de santé de proximité	193
Section 1. La restructuration des Agences régionales de santé au service de la territorialisation des politiques sanitaires.....	194
Paragraphe 1. La mutation attendue des ARS vers plus d'autonomie.....	195
A. La refonte institutionnelle des agences régionales de santé.....	195
1. La mutation du conseil de surveillance en un conseil d'administration	196
2. La rénovation de la fonction de directeur général de l'agence régionale de santé.....	199
B. L'évolution des liens entre l'État et les agences régionales de santé.....	202
1. La nécessité d'un État stratège en matière sanitaire	202
2. Une capacité d'action et une responsabilisation accrue des agences régionales de santé.....	205
Paragraphe 2. La rénovation de l'administration centrale et du contrôle sur les agences régionales de santé	207
A. La refonte du pilotage du système de santé	207
1. Le Conseil national de pilotage où l'absence de cohérence entre les échelons régionaux et nationaux	207
2. La création d'une agence nationale de santé favorable à un pilotage unifié du système de santé	210
B. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens clé de la coopération échelon national et régional	213
1. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : un outil de stratégie négocié	213
2. L'évaluation des performances des agences régionales de santé.....	216
Section 2. Les acteurs associés à la définition et à la mise en œuvre du service public de santé de proximité	218
Paragraphe 1. L'association d'acteurs à compétence technique au service public de santé de proximité.....	218
A. Des acteurs aux capacités d'expertise technique fondamentales	219
1. L'apport de compétences techniques au service public de santé de proximité.....	219
2. L'association des professionnels de santé et médico-sociaux au service public de santé de proximité	222
B. Les modalités d'association de l'ensemble de ces acteurs au service public de santé de proximité	224
1. Une participation accrue à la politique de santé de proximité	224

2. La participation à la définition stratégique et au pilotage du service public de santé de proximité	227
Paragraphe 2. L'utilisateur en quête de démocratie sanitaire, acteur prioritaire du service public de santé de proximité	229
A. La lente construction d'une citoyenneté sanitaire	229
1. L'apparition de droits collectifs des usagers du système de santé	229
2. Les enjeux de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire au cœur du service public de santé de proximité	231
B. L'institutionnalisation de la démocratie sanitaire	233
1. Le paradoxe de la représentation des usagers	234
2. La rénovation des moyens alloués à la démocratie sanitaire	236
CONCLUSION PARTIE 1.	241
Partie 2. Les moyens d'action du service public de santé de proximité, une construction hésitante	243
Titre 1. L'échec relatif des moyens purement incitatifs de régulation	245
Chapitre 1. L'inefficacité du mille-feuille incitatif introduit depuis la loi HPST	247
Section 1. La recherche d'un compromis entre les intérêts des médecins et des usagers du système de santé dans l'objectif d'un égal accès aux soins	248
Paragraphe 1. L'orientation souple et volontariste privilégiée par les pouvoirs publics	249
A. Une position de principe ferme à l'égard des dispositifs de contrainte à l'installation	249
1. L'existence et le maintien d'outils de diagnostic et d'action inopérants	250
2) Le mythe de la régulation de la liberté d'installation	252
B. Le contrat comme outil de conciliation des intérêts des usagers du système de santé et des médecins	256
1. Un outil de négociation vis-à-vis des offreurs en santé	256
2. Un outil de planification au service de l'intérêt général d'accès aux soins	259
Paragraphe 2. Le développement d'un éventail contractuel incitatif au service de l'accès aux soins de qualité	261
A. Les mesures d'incitation à l'installation	261
1. Les mesures incitatives à destination des étudiants en médecine	262
2. Les incitations à destination des professionnels libéraux installés	264
B. Les incitations à la rénovation de la pratique médicale	269
1. La politique incitative en faveur d'un exercice regroupé de la médecine libérale	269
2. La promotion de pratiques innovantes au service de l'accès aux soins de qualité des usagers	272
Section 2. Le bilan mitigé des outils contractuels incitatifs	275
Paragraphe 1. Le bilan mitigé des aides à l'installation sur le paysage sanitaire	275
A. L'inefficacité des dispositifs exclusifs d'incitation à l'installation	276
1. L'absence d'effets directs des incitations à l'installation sur l'accès aux soins	276
2. Les détournements des incitations à l'installation	278
B. L'intérêt accordé à la rénovation de la médecine libérale par le biais des dispositifs contractuels	281

1. L'attrait grandissant pour l'exercice collectif de la médecine libérale	281
2. Le risque lié au surinvestissement dans les maisons de santé	283
Paragraphe 2. Les facteurs explicatifs de l'échec des politiques incitatives exclusives sur l'évolution de la démographie médicale.....	286
A. L'échec de la méthodologie incitative financière exclusive.....	287
1. L'inconciliable divergence d'intérêts entre les professionnels et les usagers du système de santé	287
2. L'inadaptation des contreparties financières des dispositifs incitatifs	289
B. Les facteurs de l'échec dans la mise en œuvre des incitations à l'installation	291
1. La complexité du système incitatif.....	291
2. L'absence d'évaluation des politiques incitatives	294
Chapitre 2. La rationalisation des outils contractuels de régulation de la médecine libérale au sein du service public de santé de proximité	299
Section 1. La restructuration des dispositifs incitatifs de régulation au sein du service public de santé de proximité.....	300
Paragraphe 1. La construction d'un cadre stratégique incitatif unique de régulation de la médecine libérale.....	301
A. L'évaluation des dispositifs de régulation à l'installation des professionnels libéraux.....	301
1. La nécessité d'une évaluation d'ensemble des dispositifs incitatifs accomplis.....	301
2. Les prémices d'une régulation unifiée du système de santé : une distinction entre la définition de la politique de santé et sa mise en œuvre.....	303
B. L'édition d'un cadre stratégique concerté et sa déclinaison territoriale.....	305
1. L'adoption concertée d'un cadre opérationnel incitatif d'organisation de l'offre de santé	305
2. La déclinaison territoriale de la stratégie de régulation objet de contractualisation entre l'ANS et les ARS.....	307
Paragraphe 2. La déclinaison de proximité des dispositifs de régulation de la médecine libérale par les agences régionales de santé.....	310
A. L'agence régionale de santé, acteur unique de la contractualisation des offreurs libéraux au sein du service public de santé de proximité.....	310
1. L'importance d'un interlocuteur unique en matière d'installation	310
2. La contractualisation entre l'ARS et les offreurs libéraux fruit d'une rationalisation.....	313
B. La modulation de l'action de régulation par les offreurs libéraux et les collectivités territoriales..	316
1. La préservation d'une capacité expérimentale des offreurs libéraux	316
2. L'accompagnement des actions du service public de santé de proximité par les collectivités territoriales.....	319
Section 2. Rationalisation et évaluation : valeurs fondamentales des dispositifs incitatifs de régulation.....	321
Paragraphe 1. Les principaux axes de contractualisation entre l'ARS et les offreurs libéraux.....	322
A. L'installation et la structuration du paysage sanitaire au cœur des dispositifs de contractualisation développés par les ARS et les offreurs de santé	322
1. L'accentuation des mesures à destination des étudiants en médecine.....	322

2. La structuration des territoires par la contractualisation entre l'ARS et les professionnels libéraux.....	326
B. La contractualisation comme vecteur d'efficacité dans la pratique médicale.....	328
1. Les mesures destinées à un gain de temps médical.....	328
2. La nécessaire mutation des modes de rémunération des professionnels libéraux.....	332
Paragraphe 2. L'évaluation des engagements contractuels souscrits au sein du service public de santé de proximité.....	335
A. Les modalités du contrôle des contrats conclus entre l'agence régionale de santé et les professionnels de santé.....	336
1. L'organisation du service public de santé de proximité au cœur de la justification du pouvoir de contrôle de l'ARS.....	336
2. La prise en compte de l'évolution contractuelle dans la mise en œuvre du contrôle.....	338
B. Les dimensions du contrôle de l'ARS sur les dispositifs contractuels.....	341
1. Un contrôle de la satisfaction de l'intérêt général via les procédés contractuels.....	341
2. La tentation de la maîtrise des dépenses de santé au travers le pilotage de l'activité des professionnels.....	343
Titre 2. Le pari d'une régulation active de la médecine libérale au sein du service public de santé de proximité.....	347
Chapitre 1. La légitime régulation active de l'exercice libéral au sein du service public de santé de proximité.....	349
Section 1. L'appartenance au service public de santé de proximité comme justification d'une régulation active.....	350
Paragraphe 1. La conciliation entre régulation active et exercice libéral de la médecine.....	351
A. La définition du concept de régulation active.....	352
1. Un négatif de la définition de régulation active.....	352
2. La description positive de la régulation active.....	354
B. La régulation active : une garantie aux objectifs de la médecine libérale.....	357
1. La régulation active, une revalorisation des droits des usagers issus des libertés médicales.....	357
2. La régulation active comme mesure de protection des intérêts de la profession médicale.....	359
Paragraphe 2. La régulation active : un aménagement des libertés médicales justifié par l'intérêt général.....	361
A. Une tentative d'appréhension de la valeur juridique de la liberté d'installation.....	362
1. L'absence de qualification constitutionnelle de la liberté d'installation.....	362
2. La relation entre liberté d'entreprendre et liberté d'installation.....	364
B. Les objectifs d'intérêt général défendus au sein du service public de santé de proximité comme justification de l'atteinte aux libertés médicales.....	366
1. La diversité des atteintes envisageables aux libertés médicales au service de l'intérêt général du service public de santé de proximité.....	367
2. L'appréciation de la proportionnalité des atteintes aux libertés médicales au regard de l'objectif de protection de la santé.....	369
Section 2. Les voies de régulation ouvertes à l'étranger et pour les autres professions de santé.....	372

Paragraphe 1. Les vertus des politiques de régulation.....	373
A. L'appropriation conventionnelle de la nécessité d'introduire des mécanismes de régulation.....	373
1. L'introduction de dispositifs conventionnels de régulation hybrides	374
2. Les perspectives d'évolution de la démographie des professions qui bénéficient du conventionnement sélectif.....	376
B. Une régulation synonyme de contreparties pour les professionnels de santé.....	379
1. Une contrepartie relative à l'amélioration de la pratique professionnelle	379
2. Un lien renouvelé avec les pouvoirs publics profitable à la protection des professions	381
Paragraphe 2. Un aperçu comparatif des mesures de régulation de la démographie médicale.....	383
A. L'existence de mesures programmatiques dans la sélection et au cours des études médicales	383
1. La régulation sur le nombre d'étudiants intégrant les établissements de formation	384
2. L'impossible définition des besoins futurs en professionnels de santé.....	386
B. Analyse comparée de dispositifs de régulation à l'installation des médecins	388
1. Les dispositifs de régulation globaux d'installation des médecins	389
2. L'utilisation d'un conventionnement sélectif à l'installation	392
Chapitre 2. L'application de politiques de régulation actives aux professionnels de santé : clé d'un accès aux soins renouvelé	397
Section 1. La planification des flux d'étudiants au sein du service public de santé de proximité	398
Paragraphe 1. Le numerus clausus : outil de programmation au bénéfice du service public de santé de proximité	399
A. La perception de la territorialité dans la réforme de l'accès à la formation initiale des professionnels de santé.....	399
1. La réforme des modalités de détermination du numerus clausus	399
2. Vers un nouvel échec de la territorialisation des flux d'étudiants	403
B. Une sélection à l'entrée dans les études médicales conforme aux objectifs du service public de santé de proximité	405
1. La détermination négociée des effectifs étudiants, une nécessité pour garantir l'accès aux soins	405
2. Une formation réorganisée autour des enjeux du service public de santé de proximité	408
Paragraphe 2. Une réforme de l'internat au service de l'adéquation aux besoins futurs des territoires ..	410
A. La territorialisation des épreuves nationales classantes	410
1. Une mesure de rééquilibrage de la démographie médicale sur le territoire	411
2. Une attractivité renforcée pour les territoires.....	413
B. Renouveler l'attractivité de l'exercice de la médecine générale auprès des étudiants en médecine	414
1. La promotion universitaire d'une médecine générale au service des usagers.....	415
2. La création d'outils de régulation actifs à destination des étudiants du service public de santé de proximité	417
Section 2. Le recours à la régulation active dans l'installation des médecins sur le territoire	420
Paragraphe 1. L'instauration d'un mécanisme de conventionnement territorial graduel respectueux des principes du service public de santé de proximité	421
A. La régulation de l'installation des professionnels libéraux par la voie conventionnelle	421

1. Les principes structurants du conventionnement territorial graduel.....	422
2. Le conventionnement territorial graduel sous le prisme de la liberté d'installation	424
B. Le zonage un élément essentiel d'efficacité du conventionnement territorial graduel	427
1. La détermination d'une méthodologie de zonage au plus proche des besoins des usagers du service public de santé de proximité	427
2. Le zonage comme matrice d'application des mesures de rééquilibrage de la démographie médicale	430
Paragraphe 2. Les mécanismes de régulation active au service d'un accès aux soins permanent et continu	432
A. La rénovation du modèle de permanence des soins au service des usagers du service public de santé de proximité	433
1. Une participation à la permanence des soins inégale sur le territoire et entre les professionnels de santé	433
2. Construire une permanence des soins qui réponde aux objectifs du service public de santé de proximité	435
B. Le groupement sanitaire de proximité, entité en charge d'une responsabilité populationnelle.....	438
1. La concrétisation de l'action de coopération au niveau de proximité : le groupement sanitaire de proximité	438
2. La satisfaction de la continuité dans l'accès aux soins par le groupement sanitaire de proximité	440
CONCLUSION PARTIE 2.....	445
CONCLUSION GENERALE	447
BIBLIOGRAPHIE	453
I. OUVRAGES GÉNÉRAUX	453
II. OUVRAGES SPECIAUX	456
III. ARTICLES DE REVUES ET ETUDES.....	461
IV. THÈSES.....	495
V. RAPPORTS	497
VI. COLLOQUES.....	508
VII. TABLE CHRONOLOGIQUE DES DÉCISIONS, ARRÊTS, JUGEMENTS	508
INDEX ALPHABETIQUE	513
TABLE DES MATIÈRES.....	521